



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIOSANITARIAS

La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica
en Murcia: 1980-1995

**D. Silvestre Martínez Benítez
2015**

TESIS DOCTORAL

"LA TRANSFORMACIÓN DE LA ASISTENCIA
PSIQUIÁTRICA EN MURCIA: 1980-1995"

DOCTORANDO:

SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ

DIRECTORES:

PEDRO MARSET CAMPOS, DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS.
UNIVERSIDAD DE MURCIA.

RAFAEL HUERTAS GARCÍA-ALEJO, CENTRO DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES,
CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS, MADRID

Dedicado a:

Mi familia, por su maravilloso apoyo.

Los entrevistados, por su inestimable generosidad.

Mis directores, por su eterna comprensión.

*Los miles de enfermos mentales sobre los que trata esta tesis, por su discreta
valentía.*

"Si la locura es un derecho por qué el Manicomio es una cárcel"

"Los pacientes del psiquiátrico son deshabitados del tiempo y presos del espacio"

Adriana Leira: "Los espacios de Toén"

"La historia de las instituciones, sus avances y retrocesos se hace desde el altruismo y no desde el egoísmo, para el beneficio colectivo y no para la satisfacción personal".

"La preocupación asistencial es el nivel más alto de profesionalidad, por encima de la docencia y de la investigación pero sin excluirlos".

Manuel González de Chaves: "Dos décadas de Reforma"

ÍNDICE

I.	Planteamiento del problema.....	6
II.	Objetivos y hipótesis.....	18
III.	Material y método.....	19
IV.	Contexto histórico y marco de referencia	
	a. Antecedentes históricos de la Región de Murcia	
	i. Siglo XVIII-XIX.....	25
	ii. Asilo Provincial de Enfermos Mentales.....	28
	iii. El hospital Psiquiátrico de El Palmar.....	37
	iv. La escuela de Barcia.....	58
	b. <i>Marco de referencia</i>	
	i. Modelo Comunitario en Salud Mental.....	67
	ii. Situación política de Murcia y España. <i>La transición</i>	71
	iii. Políticas del PSOE en Salud Mental.....	76
V.	Análisis de la reforma psiquiátrica en Murcia	
	a. <u>Primera etapa 1980-1988.</u>	
	i. <i>Coordinación y política sanitaria</i>	86
	1. Región de Murcia	
	a. Las alternativas socialistas.....	88
	b. Morales Meseguer.....	101
	c. La unidad técnica de Salud Mental	108
	2. España	
	a. Reformas del código civil/penal.....	111
	b. Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica.....	115
	c. Ley General de Sanidad.....	118
	d. Plan Nacional sobre Drogas.....	120
	e. Salud Pública.....	120
	ii. <i>El cambio de la Asistencia psiquiátrica</i>	
	1. Hospital Psiquiátrico.....	122
	a. Las Juntas de Gobierno.....	127
	b. Los Pabellones.....	130
	c. Los <i>Estamentos</i>	132
	d. El Servicio de Rehabilitación.....	140
	e. El Centro/Hospital de Día.....	142
	f. Los Pisos Asistidos.....	147
	g. La Población Internada.....	149
	h. La escisión de 1986.....	155
	i. El Servicio de Subagudos.....	166

2.	Atención ambulatoria	
	a. Consultas externas.....	170
	b. El Centro de Salud Mental de Sanidad.....	171
	c. Centros de Salud Mental.....	173
	d. Neuropsiquiatras de zona.....	182
3.	Unidades de hospitalización	
	a. Hospital General.....	184
	b. Ciudad sanitaria Virgen de la Arrixaca.....	187
4.	Salud Mental infanto-juvenil.....	190
5.	Drogodependencias.....	192
	a. La Unidad de alcoholismo.....	193
	b. El Plan Regional de Intervención en Drogodependencias.....	197
	c. Centros.....	204
iii.	<i>Movimiento asociativo y sindical</i>	
	1. Profesionales.....	208
	2. Familiares.....	211
	3. Sindicatos laborales.....	216
iv.	<i>Formación y docencia</i>	217
v.	<i>Atención Primaria</i>	218
vi.	<i>Financiación y redes asistenciales</i>	220
b.	<u>Segunda etapa 1988-1991.</u>	
	i. <i>"Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia"</i>	224
	ii. <i>La Ambulancia del Hospital Psiquiátrico</i>	231
	iii. <i>El fallido Plan de 1989</i>	240
	iv. <i>El informe del Defensor del Pueblo</i>	256
	v. <i>Cambios asistenciales y política sanitaria</i>	
	1. Consejero: Miguel Ángel Pérez-Espejo.....	263
	a. Desarrollo asistencial.....	271
	b. Primera sectorización.....	274
	2. Consejero: Lorenzo Guirao.....	275
	a. Proyecto de Remodelación de la Residencia Luis Valenciano.....	276
	b. Primer Plan de Salud de la Región de Murcia.....	283
c.	<u>Tercera etapa 1992-1995.</u>	
	i. <i>Elaboración del plan de Salud Mental.</i>	
	1. <i>Vuelta a la Unidad Técnica</i>	288
	a. <i>La "ruina" del Hospital Psiquiátrico</i>	291
	b. <i>Objetivos para 1993-1994</i>	294
	c. <i>Drogodependencias</i>	300
	2. <i>Integración de redes</i>	301
	3. <i>Segunda sectorización</i>	304
	ii. <i>Constitución de la AEN autonómica</i>	305

iii.	<i>Primer Plan de Salud Mental de la Región de Murcia</i>	307
1.	Atención Primaria.....	315
2.	Centros de Salud Mental. Adultos.....	317
3.	Infanto-juvenil.....	325
4.	Drogas.....	327
5.	Hospitalización.....	328
6.	Rehabilitación.....	330
iv.	Plan de transformación del Hospital Psiquiátrico.....	340
v.	Período posterior inmediato.....	350
VI.	Análisis de la desinstitucionalización	355
VII.	Conclusiones	368
VIII.	Documentación y bibliografía	379
IX.	Apéndice documental	385

ABREVIATURAS

- **AEN:** Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- **AFES:** Asociación de Familiares de Enfermos Psíquicos.
- **AISNA:** Administración Institucional de la Sanidad Nacional.
- **AREMUPD:** Asociación Regional de Murcia para la Prevención de las Drogodependencias
- **ATS:** Auxiliar técnico sanitario.
- **CAD:** Centro de Atención a Drogodependencias.
- **CARM:** Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- **CD:** Centro de Día.
- **CSM:** Centro de Salud Mental.
- **CT:** Comunidad Terapéutica.
- **DUE:** Diplomado universitario en enfermería.
- **HD:** Hospital de día.
- **HP:** Hospital Psiquiátrico.
- **HPRA:** Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".
- **INP:** Instituto Nacional de Previsión.
- **INSALUD:** Instituto Nacional de la Salud.
- **INSERSO:** Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- **ISSORM:** Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia
- **PRID:** Plan Regional de Intervención en Drogodependencias.
- **PTHP:** Plan de transformación del Hospital Psiquiátrico
- **Residencia L.V.:** Residencia Luis Valenciano.
- **RM:** Región de Murcia.
- **SEP:** Sociedad Española de Psiquiatría.
- **SMS:** Servicio Murciano de Salud.
- **UPH:** Unidad de Psiquiatría Hospitalaria.
- **URPA:** Unidad de Rehabilitación psicosocial de Área.
- **UTO:** Unidad de Tratamiento con Opiáceos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Estado de la cuestión

Existe una amplia producción escrita acerca de las reformas asistenciales de la atención psiquiátrica en el mundo. La psiquiatría o medicina mental ha estado en constante revisión de sus postulados y paradigmas, con lo que además de sus diagnósticos y terapéutica, la asistencia que prestaba también ha estado en continua evolución.

Se habla de varias revoluciones psiquiátricas en relación a estas reformas de la asistencia a lo largo de los últimos siglos (XIX y XX) pero sin duda, el mayor intento de transformarla ha sido el que se ha llevado a cabo a partir de 1960 comenzando en los países del mundo occidental, la llamada Salud Mental Comunitaria. Muchos autores europeos y norteamericanos son conocidos por sus aportaciones en la construcción de este nuevo modelo de atención desde la psiquiatría, psicología, psicoanálisis, sociología, antropología, etc.

Para centrar el análisis en España tendremos que tener en cuenta sus vicisitudes en el plano político durante el siglo XX.

A comienzos del siglo XX la psiquiatría se empieza a conformar como disciplina científica dentro del campo de la medicina. Empiezan a surgir las primeras voces que denuncian el espantoso estado de la asistencia psiquiátrica¹ y piden reformas en el plano legislativo, formativo, profiláctico e higiénico-asistencial² ("en España el Estado ha desatendido siempre sus más elementales deberes psiquiátricos") por otro lado desoídas por las Diputaciones Provinciales, a cargo de la Beneficencia, donde estaba incluida la atención psiquiátrica. El primer intento de superación del modelo manicomial que consiguió ver la luz, aunque de forma efímera, fue la planificación de la asistencia psiquiátrica en la Mancomunitat de Diputaciones de Cataluña (1914-

¹ RODRÍGUEZ LAFORA, G.. "Los Manicomios Españoles". España, 12 octubre, 1916. 90: 8-10.

² SACRISTÁN, J.M., 1921, "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España", Archivos de Neurobiología, 2, 1-1.

1924), que tras el golpe de Estado de Primo de Rivera vio frustrado el desarrollo de las propuestas planteadas³.

Más adelante, se crea la revista *Archivos de Neurobiología* (1919) y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924), de cuyo seno nace la Liga de Higiene mental en 1927 que viene a "estudiar y proponer la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxis de la locura, mejorar la asistencia médica y social del psicópata y del alienado y condensar las reglas más indispensables de la higiene mental individual". Todo ello contribuye a crear un clima científico e ideológico propicio para realizar una reforma integral de la asistencia que, por otro lado, no tenía ningún viso de prosperidad dentro de aquella Administración.

Con la II República comienzan a realizarse los cambios que venían pidiendo los psiquiatras españoles de principio de siglo, el más importante el paso de una legislación decimonónica obsoleta y en la que prima lo administrativo-jurídico a una más medicalizada, mediante el Decreto del año 1931 que permitiría medicalizar los ingresos, es decir, que los pacientes no tuvieran que ser sometidos a procedimiento legal para su tratamiento psiquiátrico.

Dentro del marco de reforma sanitaria global de la II República^{4,5,6}, la cual había aumentado el presupuesto de la Dirección General de Sanidad durante su primer bienio un 150%⁷, en el marco de la psiquiatría, se crea el Consejo Superior Psiquiátrico por decreto del 10 de Noviembre de 1931, el primer Dispensario de Higiene Mental de España en Madrid y al año siguiente

³ HUERTAS, R. "El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España". *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illust.*, 15, 1995, 193-209.

⁴ HUERTAS, R. (1998), "Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic", *History of Psychiatry*, 9: 51-64.

⁵ HUERTAS, R. (2000), "Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República", *Revista Española de Salud Pública*, 74: 37-45.

⁶ Huertas, Rafael y Campos, Ricardo (2013), La medicina mental en la segunda República española: Retóricas legitimadoras e iniciativas políticas. En: Gómez, Amparo y Canales, Antonio, eds. *Estudios políticos de la ciencia. Políticas y desarrollo científico en el siglo XX*. México, Plaza y Valdés, pp. 81-104.

⁷ MARSET P., SÁEZ J.M. "La salud pública durante el franquismo". *Dynamis* 1995. 15: 211-150.

se le añade el primer Patronato de Asistencia Social Psiquiátrica⁸, estos organizaban, entre otras tareas profilácticas, campañas de sensibilización para la sociedad. Justo cuando estas primeras reformas republicanas comenzaban a tomar cuerpo sobrevino el golpe de estado del 1936 que impidió por completo su desarrollo.

Tras los atroces años de la guerra y posguerra inmediata, durante la dictadura franquista se produjo un retroceso y estancamiento científico que aumentó la brecha que entre España y Europa ya había. La psiquiatría oficial se organizó en torno a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (refundición renovada de la anterior, se sustituye neuropsiquiatras por neuropsiquiatría) y posteriormente en la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría, fundada por López-Ibor⁹. No se derogó el decreto de la República y las Diputaciones Provinciales junto con la dirección técnica del Ministerio de la Gobernación siguieron haciéndose cargo de la asistencia psiquiátrica.

Mientras la incipiente Sanidad nacional nacía y se organizaba en torno al Instituto Nacional de Previsión (INP, 1908) y la implantación del SOE a cargo de él (1944), perteneciente al Ministerio de Trabajo, la psiquiatría se veía incluida en forma de consultas de neuropsiquiatría, aportando muy poco al rumbo de la psiquiatría institucional que seguía creciendo a manos de la Diputaciones Provinciales.

La creación del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP) en el seno del Ministerio de la Gobernación en 1955, que pretendía venir a centralizar y coordinar la asistencia, no aportó gran cosa al desarrollo de ésta. La cifra de dispensarios de higiene mental que se crean son aproximadamente la mitad que provincias tenía España, no se creó ninguna clínica neuropsiquiátrica. En 1972 desaparece y es sustituido por la Administración institucional de la Sanidad Nacional (AISNA), igualmente fracasada en su tarea de organizar la asistencia.

⁸ Ibidem

⁹ LÁZARO, JOSÉ (2000), "Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999)", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, 399-518.

Este espíritu reformador del primer tercio de siglo sobrevivió en algunos psiquiatras (que no se habían exiliado o sido fusilados) y posteriormente en los jóvenes médicos residentes, se llegó a organizar en forma de coordinadora psiquiátrica en 1971¹⁰. La mayoría de intentos de abrir paso a las distintas reformas de los manicomios por este grupo fue aplastado (Asturias y Madrid, 1971 y Galicia, 1975) por la Administración del régimen franquista.

Con el tiempo se irá haciendo más visible la crisis institucional de la psiquiatría española. Expresión directa de la misma será la ruptura interna y refundación de la vieja Asociación Española de Neuropsiquiatría -que había ido recuperando la palabra después de la Guerra Civil con la vuelta de algunos exiliados ilustres-, en el Congreso de Sevilla de 1977. Del lado de la psiquiatría oficial, la aparición de una nueva asociación -que irá cogiendo un peso creciente-, la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica vino a romper, al menos inicialmente, el monopolio que había venido ejerciendo la Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría desde su creación después de la Guerra Civil. Los años de descomposición del franquismo se corresponden, por tanto, con cambios dentro del propio asociacionismo psiquiátrico español que se había consolidado durante la dictadura.

A partir de la transición democrática las Comunidades Autónomas en España han seguido diferentes caminos en cuanto a sus reformas sanitarias por haber ido incorporando las transferencias en materia de Sanidad desde el año 1981 progresivamente y con ritmos distintos en cada una de ellas. Por lo cual es necesario analizar dichas reformas por separado, teniendo en cuenta los elementos comunes que las vertebran.

Uno de los elementos comunes que vertebra el desarrollo de la Reforma es la Asociación Española de Neuropsiquiatría y los profesionales a ella asociados, tanto por el constante análisis y evaluación de la misma como por participar muchos de sus socios desde lugares políticos nacionales y autonómicos. Esta asociación nacida en 1924 con vocación reformista, continuó durante la dictadura franquista y en 1977 fue "tomada" por el grupo de

¹⁰ GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. "La generación de la Democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría". Frenia, Vol. III-1-2003. Pp: 87-114.

psiquiatras más afines al modelo comunitario y partidarios de la reforma psiquiátrica. Muchos de ellos lideraron desde posiciones políticas a más técnicas las numerosas reformas de la asistencia psiquiátrica en las comunidades autónomas. Podemos encontrar en los años 80 numerosos artículos^{11,12,13,14}, mesas redondas¹⁵, libros¹⁶, comunicaciones¹⁷ y ponencias¹⁸ relativos a la evaluación¹⁹, la puesta en marcha^{20,21}, los avatares²² y la finitud²³ de la reforma psiquiátrica.

Desviat²⁴ propone retener de sus orígenes unas características que podrían servir para analizar cualquier otro proceso de reforma psiquiátrica, pues la reforma psiquiátrica española va a reunir, en su inicio, las condiciones que han estado y van a estar presentes en casi todos los procesos de reforma psiquiátrica, con la ventaja de haber empezado tarde el proceso, con el conocimiento de buena parte de las dificultades encontradas en otros países:

¹¹ DESVIAT, M. "De la asistencia médica a la salud pública. Por una atención comunitaria". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. V, Nº 15. 1985.

¹² GONZÁLEZ, Onésimo. "Sobre la Reforma Psiquiátrica en Andalucía". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. VIII, nº 26, 1988. Pp: 515-522.

¹³ MARQUINEZ, F. "Salud mental y reforma psiquiátrica en Euskadi". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol VII, nº 22, 1987. Pp: 461-468.

¹⁴ MENÉNDEZ OSORIO, F. "El modelo comunitario en Salud Mental". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría Vol. IX. N. o 28. 1989

¹⁵ APARICIO, V. "Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica". Jornadas de la A.E.N. Gerona, junio, 1987.

¹⁶ GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (coordinador). "La transformación de la Asistencia Psiquiátrica". D. L.: M. 36.298-1980. ISBN: 84-85.300.10.6. Editorial Mayoría. Ponencias presentada al XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Sevilla.

¹⁷ ANGOSTO, T., GARCÍA, M., PÉREZ, J. "Reflexiones sobre la intervención en crisis en la visita domiciliaria". Comunicación a la mesa redonda "intervención en crisis" del XVI Congreso Nacional de la A.E.N. Oviedo, Noviembre, 1983.

¹⁸ DESVIAT, M. "Acción de salud mental en la comunidad (Salud Mental y Asistencia Primaria)". Ponencia a las I Jornadas de Medicina Comunitaria. C. S. de la S.S., 1 de octubre, 1982.

¹⁹ DESVIAT, M.; LÓPEZ, N.; XIMÉNEZ, P. "Análisis de una experiencia de hospitalización". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría; Vol 1, No 1 (1981).; 069-085.

²⁰ GARCÍA, José. "La cuestión de la desinstitutionalización y de la reforma psiquiátrica en Asturias: cinco años de evolución (1983-1987)". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. VIII, nº 27, 1988.

²¹ GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. "Recursos en Salud Mental Comunitaria". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, Nº 37. 1991.

²² GONZÁLEZ DURO, E. "La «contrarreforma» de Jaén". Informe publicado en la Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. III, Nº. 8, 1983, págs. 91-102.

²³ APARICIO, V. "Desinstitutionalización y cronicidad: Un futuro incierto". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol. X. N. 034. 1990.

²⁴ DESVIAT, M. "¿Hacia dónde la reforma?". I Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000. Conferencia 48-CI-C: [17 pantallas].

Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_c.htm

- Se da en un momento histórico muy apropiado (una sociedad receptiva, movilizada socialmente).
- Una reforma sanitaria acorde con los principios fundamentales de la reforma psiquiátrica. (Servicio Nacional de Salud, universalidad, integración de redes, descentralización, potenciación de Atención Primaria, desarrollo de Servicios Sociales de base).
- Núcleos profesionales preparados para la reforma con implantación profesional y social (había existido un conjunto de experiencias, un movimiento previo).
- Un amplio consenso programático: expresado en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (1986).
- Escasa legitimidad por la vinculación franquista de la psiquiatría tradicional (tanto universitaria como asistencial).
- Una administración dispuesta a asumir la reforma psiquiátrica (el partido en el gobierno desde 1982 se presentaba como estandarte de una reforma de las prestaciones sanitarias y de los servicios sociales).

La reforma nace, pues, en un momento de profundas transformaciones sanitarias y sociales, en tiempos ilusionados de reconstrucción democrática de la sociedad, de la cosa pública, de la trama social.

El proceso desinstitucionalizador iniciado en otros lugares del mundo en los años 60 (Goffman²⁵, Basaglia²⁶, Foucault²⁷, Szasz²⁸) alternativo, comunitario, en España forma parte de una época singular: donde el horizonte era el Estado de bienestar, la universalización de las prestaciones sanitarias y sociales, su equidad: reforzar el lazo social por medio de una redistribución social de la renta.

²⁵ GOFFMAN, E. "Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates". New York, Doubleday. 1961. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

²⁶ BASAGLIA, F. "L'istituzione negata". Milano, Baldini Castoldi Dalai, 1968. Traducida al castellano como *La institución negada*.

²⁷ FOUCAULT, M. "Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique / Historia de la locura en la época clásica". 1961.

²⁸ SASZS, Th. "The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct". N. York, Hoeber-Harper. 1961.

Después de este somero repaso histórico, entraremos en la cuestión que nos ocupa, la reforma de la asistencia psiquiátrica en la Región de Murcia. Comenzaremos revisando la bibliografía relativa a la concreción de dicha reforma:

- 1) Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia²⁹. Documento, publicado en marzo de 1988, fruto del trabajo de un comité de expertos liderado por José M^a Morales Meseguer que recoge las primeras propuestas organizativas, objetivos y planificación de las actuaciones al poco tiempo del comienzo de la aplicación del modelo comunitario en la comunidad autónoma de Murcia.
- 2) Tesis doctoral de Presentación Ataz López³⁰: "La Reforma de la Asistencia Psiquiátrica Murciana (1983-1988). Valoración crítica". Presentada en Enero de 1989.

En esta tesis se realiza el análisis de las reformas llevadas a cabo en la comunidad murciana usando como material las cifras de resultados asistenciales del intervalo señalado y los datos sociodemográficos respectivos; el método empleado es el análisis de datos empírico y demostrativo, y comparación con los descritos en otras comunidades autónomas; las conclusiones fueron:

- i) La no unificación de competencias, falta de evaluación permanente y no planificación global han conducido a un funcionamiento independiente de cada dispositivo asistencial.
- ii) Aumento en la cantidad de asistencia en hospitalizaciones breves. Se ha generado una "nueva demanda" y polarización por selección de patologías.
- iii) Dos modelos distintos de hospitalización breve: unidades abiertas y cerradas. Esto plantea una problemática que debe ser revisada.

²⁹ Bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental en la Región de Murcia. 1988. Consejería de Sanidad de Murcia.

³⁰ Tesis doctoral de Presentación Ataz López. "La Reforma de la Asistencia Psiquiátrica Murciana (1983-1988). Dirigida por José María Morales Meseguer. Enero 1989.

- iv) La unidad de Subagudos del Hospital Psiquiátrico ha desempeñado un papel multifuncional. Podría mejorar esta limitación aumentando el número de unidades intermedias (Centro y Hospital de Día). A pesar de ello sugiere que las necesidades de hospitalizaciones prolongadas pueden superar a las del modelo teórico empleado.
- v) Duplicidad de redes ambulatorias: INSALUD y CARM, con incidencia sobre la misma población. Plantea la urgente necesidad de coordinación.
- vi) Los Centros de Salud Mental (C.S.M.) funcionan como un dispositivo de acceso directo, asumiendo funciones que no les corresponden (Atención Primaria).
- vii) Los Programas específicos: Infanto-juvenil y Drogodependencias, necesitan integrarse en la red de salud mental general.

Tuvo repercusión en la prensa de la época³¹, haciéndose ésta eco de las conclusiones (necesidad de contar con unidades de estancias más prolongadas) y algunos resultados de la tesis (C.S.M. atienden a un tercio de la demanda, demanda infantil muy alta en la Región).

Las posibles críticas que se le podrían realizar en cuanto al planteamiento serían: análisis de un período temporal muy corto (6 años), análisis exclusivamente a partir de datos asistenciales sin la ampliación de los contextos socio-cultural ni político, uso de escasa documentación probablemente determinado esto por el momento en que se realiza -se termina un año después de la fecha de cierre del análisis, por lo que no hay distancia temporal para analizar los datos-.

- 3) Plan de salud mental de la Región de Murcia, 1995³². Coordinadores: Juan Antonio Aznar Moya, Luis López Sánchez. En él se hace una breve recapitulación del proceso de reforma psiquiátrica en la región, en el primero de sus seis libros, el plan director, la primera mitad del libro, mediante el escrutinio de los datos asistenciales, la dedica a un análisis de

³¹ La verdad, 3/06/1989, página 4. "Más de 7.000 niños murcianos fueron al psiquiatra en 1988".

³² Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, 1995. Consejería de Sanidad de Murcia. Unidad 00100. Registro 00004877.

situación y detección de problemas, que deberían haberse solucionado los años siguientes, que eran:

i) En el nivel de organización, planificación y gestión: la falta de consolidación del proceso de unificación e integración funcional de redes -El INSALUD aún financia el 20% de la red-, la carencia de aplicación de procedimientos de gestión modernizados, no existe sistema de información adecuado para la gestión y evaluación de servicios, queda pendiente el desarrollo de acuerdos y convenios con distintas administraciones y organismos que permitan una actuación coordinada entre instituciones implicadas en la Salud Mental.

ii) En el nivel asistencial, en sus distintos programas: es necesario profundizar en la definición de las prestaciones de Salud Mental, así como el desarrollo de protocolos y programas asistenciales y los sistemas de información que permitan evaluarlos, inversión de recursos para propiciar el desarrollo técnico de todos los programas y específicamente los menos desarrollados (Infanto-juvenil y Rehabilitación).

iii) En el nivel específico de rehabilitación. En este nivel es en el que se acusan más los déficits de infraestructuras y falta de desarrollo de planes de transformación y programas y dispositivos específicos, que permitan superar las estructuras tradicionales de atención psiquiátrica.

iv) En el nivel de la formación y la investigación: se necesita una adecuada formación de los actuales y futuros profesionales de la red para adaptarse al modelo de atención, es necesario el desarrollo de investigaciones epidemiológicas que mejoren el conocimiento de este campo, establezcan prioridades y orienten sobre las actuaciones en cuanto a prevención de las enfermedades y promoción de la Salud Mental.

- 4) Libro "Historia de la psiquiatría murciana"³³. Sus coordinadores fueron Francisco Martínez Pardo y Leonor Coy Fuster. Publicado en 2007 con motivo de los 40 años desde la inauguración del hospital psiquiátrico en Murcia.

En él podemos ver una serie de capítulos relativos a algunas áreas de salud y una pequeña historia de cada una de ellas. Los capítulos tratan sobre historia de la psiquiatría universal (breve), sobre la asistencia psiquiátrica en Murcia, sus psiquiatras insignes, una breve reseña sobre la reforma psiquiátrica y el trascurso de los acontecimientos en cada dispositivo asistencial con importantes cambios de forma y estilo al ser escritos cada capítulo por personas diferentes. A continuación se muestra un esquema de la composición del libro:

- Introducción. "Historia de la Psiquiatría universal". *Francisco Martínez Pardo*.
- Historia de la asistencia psiquiátrica en Murcia hasta la construcción del Manicomio Provincial. "Datos para la historia de la asistencia psiquiátrica en Murcia". *Luís Valenciano Gayá*. Importante estudio acerca de la asistencia, alojamiento y problemática de los enfermos mentales desde que se tiene constancia en documentos escritos hasta 1892 en la ciudad de Murcia.
- Cuatro capítulos sobre el Manicomio Provincial y Hospital Psiquiátrico. *Francisco Martínez Pardo*. Describe cronológicamente los cambios en la estructura del Hospital Psiquiátrico de 1892 hasta 2006.
- Dos artículos sobre Bernabé Guerrero Caballero:
 - "Bernabé Guerrero Caballero (1858-1911). Primer psiquiatra murciano." *Luís Valenciano Gayá*.
 - "Los precedentes: D. Bernabé Guerrero Caballero y Cien Años de Historias Clínicas". *Matías Valverde García*.
- Sanatorio de los doctores Raimundo Muñoz. *Raimundo Muñoz Pérez*.

³³ MARTÍNEZ PARDO, F., COY FUSTER, L. "Historia de la Psiquiatría murciana". ISBN -13-978-84-96994-06-5. D.L.: 2032-2007.

- Capítulos sobre personajes de especial relevancia en la historia de la psiquiatría murciana: Román Alberca Lorente, Luís Valenciano Gayá, José María Morales Meseguer y Demetrio Barcia Salorio. *Francisco Martínez Pardo, Joaquín Nieto Munuera y Miguel Santiuste de Pablos (respectivamente)*. Semblanzas de los principales psiquiatras hechas por sus discípulos.
- Capítulo sobre la Reforma Psiquiátrica y de los Centros de Salud Mental de Murcia. *Luís López Sánchez y Juan Antonio Aznar Moya*. Breve resumen de la filosofía de la Reforma y su puesta en marcha por dos de sus principales coordinadores.
- Cuatro Capítulos con una breve historia de algunas áreas de salud mental de la Región de Murcia. Retrato de cada servicio/área de salud mental hecho por sus propios Jefes de cada Servicio o coordinadores.
 - Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. *José Hernández Martínez, Sofía Ruiz Fabeiro y Francisco Toledo Romero*.
 - Cartagena. *Mario Arnaldos Payá*.
 - Lorca. *José Manuel Peñalver Mellado*.
 - Hospital General Reina Sofía. *Pedro Pozo Navarro*.
- Capítulo sobre drogodependencias. *Julián Oñate Gómez*.
- Capítulo sobre Psiquiatría infantil. *Concepción Gómez-Ferrer Górriz y Antonio Fernández Moreno*.
- Capítulo sobre Planes y Programas de Salud Mental. *Carlos Giribet Muñoz*.

Como podremos inferir, en la elaboración de este libro se pidió a las personas más cercanas a los personajes ilustres o las que tenían una especial relación con cada servicio o área que confeccionaran los capítulos correspondientes, esto da lugar al uso de un tono acrítico y sin cuestionamiento, enaltecendo características personales, omitiendo ciertas áreas de salud y momentos históricos y, en resumen, dando una imagen heroica y dignificada, a la vez que parcial, de los profesionales, las instituciones y el devenir de los acontecimientos en cuanto a la Salud Mental se refiere en la Región de Murcia.

Creemos que el siguiente trabajo debe aportar luz sobre ciertas lagunas historiográficas, sin desestimar ningún área sanitaria de la Región -en tanto en cuanto exista documentación para ello-, no incurrir en la sobrevaloración histórica del pasado y tratar de ampliar lo máximo posible, por debajo de la fecha de cierre, la perspectiva histórica, con un criterio unificado.

II.OBJETIVOS E HIPÓTESIS

II. 1. Objetivos

Este trabajo se plantea el objetivo principal de analizar, desde un punto de vista histórico, el desarrollo de la reforma de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia en el intervalo de años de 1980 a 1995.

A su vez se plantean también los siguientes objetivos secundarios:

- Describir el proceso, e identificar sus puntos fuertes y débiles, y las dificultades y soluciones que se dieron para su puesta en marcha en los distintos ámbitos de la Salud Mental.
- Evaluar la adecuación a las metas que se plantearon desde el inicio y su correlación con datos asistenciales.
- Determinar la influencia del contexto socio-político en las actuaciones técnicas llevadas a cabo sobre la Red de Salud Mental.

II. 2. Hipótesis

La asistencia a la salud mental en la Región de Murcia sufrió un profundo cambio fruto de los esfuerzos realizados en los años 80-90 para iniciar la Reforma Psiquiátrica por los profesionales de la red de salud mental de aquel momento. Los objetivos de la Reforma se comenzaron a cumplir y, en un principio Murcia fue una de las comunidades que con mayor destreza supo llevarlos a cabo consiguiendo una importante desinstitucionalización de su población manicomial a pesar de un gran aumento de población y de los internamientos psiquiátricos sufrido en esas dos décadas. Este proceso culmina con la elaboración y publicación por parte de la Consejería de Sanidad del primer Plan de Salud Mental para la Región de Murcia (1995-1999), siendo éste un plan altamente consensuado, con vocación comunitaria y con valiosas aportaciones en relación a la atención al trastorno mental grave.

III. MATERIAL Y MÉTODO

III. 1. Material

Para alcanzar los objetivos propuestos se ha realizado una búsqueda de material documental, bibliográfico y entrevistas a las personas que han tenido más influencia en el desarrollo de la reforma;

1. Documentación:

- a. **Archivo General de la Región de Murcia.** Principalmente se han encontrado aquí las Memorias del Hospital Psiquiátrico (1958-2000), algunas memorias del antiguo Manicomio Provincial (1910, 1925-1929), documentos relativos al dispensario de higiene mental, y del hospital psiquiátrico previo a las transferencias en salud mental. Debido a que los documentos de la Administración no son desclasificados hasta pasados 30 años de su publicación no podemos encontrar documentos posteriores a 1985.
- b. **Archivo Municipal de Murcia (Hemeroteca).** Prensa escrita.
 - i. Hoja del lunes. 1965-1989.
 - ii. La opinión. 1989-1994.
 - iii. Línea. Años 1970-1983.
 - iv. La verdad. 1932-1995.
 - v. Noticias médicas. 1928.
- c. **Documentos técnicos** de la Subdirección de Salud Mental y Archivo del Hospital Psiquiátrico. Formato papel.
- d. **Documentos de la Consejería de Sanidad.**
 - i. Memorias de la Consejería de Sanidad. Años 1988-1991.
 - ii. Planes de Salud de la Región de Murcia 1993-1994.
 - iii. Boletín epidemiológico de la Región de Murcia 1986-1987.
- e. **Boletín Oficial de la Región de Murcia.** 1983-1995.
- f. **Boletín oficial del Estado.** 1980-1995.
- g. **Planes de salud mental de la Región de Murcia.** 1995-2001.

- h. **Planes regionales de intervención en drogodependencias.**
1985-1999
- i. **Archivo del Centro de Atención a Drogodependencias de Murcia.**
- j. **Actas** de Congresos y Jornadas. Libros de ponencias y comunicaciones.
 - i. "Las esquizofrenias, hoy". I Jornadas de la AEN autonómica de Murcia. 3, 4 y 5 de noviembre de 1994.
 - ii. Programa de la I Reunión de Trabajadores de la Salud Mental de la Región de Murcia. 24-25 de abril de 1988.
 - iii. IV Jornadas de Trabajo sobre Hospitales de Día y Centros de Día psiquiátricos, Murcia del 27-29/11/1986. "Las terapias en el Hospital de Día".
 - iv. V Jornadas Nacionales de Hospitales de Día y Centros de Día, Bilbao del 8-10/11/1987.
- k. **Revista Ambiente.** Escrita por pacientes y profesionales del Hospital Psiquiátrico. Edición mural 1966-1978, y la edición en formato revista de difusión 1978-1986.

2. Entrevistas, realizadas durante el año 2013 y 2014 a:

- a. Bartolomé Ruiz Periago (*Psicólogo, coordinador regional de Drogodependencias*)
- b. Carlos Giribet Muñoz (*Psiquiatra, subdirector de Salud Mental*)
- c. Catherine Séiquer de la Peña (*Psiquiatra, coordinadora del C.A.D.*)
- d. Concepción Rivera Rocamora (*Enfermera, Jefa de Enfermería del Hospital Psiquiátrico*)
- e. Concepción Sáenz González (*Psiquiatra*)
- f. Demetrio Barcia Salorio (*psiquiatra, catedrático de psiquiatría*)
- g. Francisco Martínez Pardo (*Psiquiatra, político*)
- h. Joaquín Nieto Munuera (*Psiquiatra, Jefe de Área*)
- i. José Luís López-Mesas Colomina (*Psicólogo, político*)
- j. Juan Antonio Aznar Moya (*Psiquiatra, coordinador de Salud Mental*)
- k. Julián Oñate Gómez (*Psiquiatra, coordinador regional de Drogodependencias*)
- l. Luís López Sánchez (*Psiquiatra, Jefe de Área*)
- m. Manuel Roberto Galiana Cela (*Psiquiatra, Director Médico del Hospital Psiquiátrico*)

- n. María Dolores Castillo Bueno (*Enfermera*)
- o. María Luisa Sánchez Álvarez-Castellanos (*Psiquiatra*)
- p. Matías Valverde García (*Psiquiatra*)
- q. Miguel Ángel Larrosa Sánchez (*Enfermero, Jefe de Enfermería del Hospital Psiquiátrico*)
- r. Pedro Maset Campos (*Psiquiatra, catedrático de Historia de la Medicina*)
- s. Presentación Ataz López (*Psiquiatra*)
- t. Purificación Herraiz Ruiz (*Terapeuta*)
- u. Sor Modesta y Sor Dolores (*Hermanas de la Caridad*)
- v. Tiburcio Angosto Saura (*Psiquiatra, Jefe de Área*)

III. 2. Metodología

El método que utilizaremos es el análisis historiográfico de la asistencia psiquiátrica en un período concreto teniendo en cuenta no caer en el "pecado historiográfico" del anacronismo³⁴, intentando un análisis que tenga en cuenta datos asistenciales, contexto social y político, y toda la documentación que se pueda obtener relativa al ámbito de la salud mental comunitaria en ese período dado.

La línea directriz del siguiente trabajo estará basada en una visión comunitaria de la Salud Mental que es necesario indicar desde el principio pues no es posible mirar la historia sin estar imbuido por la propia subjetividad del investigador³⁵. Dicho esto, se tratará de ser rigurosos en el análisis de la historia incorporando el máximo número de elementos objetivos y tratando de que "hablen" por sí solos, a la par que los elementos subjetivos guíen el discurso y que la unión de ambos permita alcanzar unas conclusiones que enriquezcan el análisis.

El vocabulario que se empleará tanto para referirse a los usuarios: locos, enfermos mentales, alienados, subnormales, etc.; así como de las instituciones que los atienden: Manicomio, Hospital Psiquiátrico, Salud Mental,

³⁴ BERRIOS, G. (1995), La historiografía de la psiquiatría clínica. En VV.AA., Un siglo de psiquiatría en España, Madrid, Extraeditorial, pp. 11-17.

³⁵ HUERTAS, R. "Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?". Frenia. Revista de historia de la psiquiatría, 2001, vol. 1, no 1, p. 9-36.

Psiquiatría Comunitaria, etc. se ajustará a la época en cuestión y variará según el documento o testimonio en cuestión por lo que habrá dentro de esta tesis varias denominaciones para las mismas personas/instituciones en función de lo anteriormente citado.

En el caso de una minoría de los documentos no se cuenta con la fecha exacta de su elaboración por lo cual se hará un fechado aproximado que se indicará en la referencia si, por los elementos de su contenido, esto es posible.

Las noticias de prensa y su precisión se tomarán con la cautela que requieren este tipo de fuentes y se intentarán contrastar con otras fuentes documentales u orales.

Las dificultades que conlleva la evaluación de un proceso de Reforma Psiquiátrica llevan a cuestionar los elementos que se consideran deficitarios o insuficientes, mucho más sencillos de identificar que los que se consideran éxitos o logros ya que no nos es posible distinguir de las situaciones en las que un golpe de suerte o la coyuntura del contexto nacional o transnacional favorece determinadas políticas o por el contrario actuaciones que no lo aparentan conllevan una dificultad mayor de la que se supone por su mera descripción.

Las Tablas y Gráficas que se emplean en este trabajo son de elaboración propia, excepto si se indica específicamente ("No elaboración propia").

III. 3. Limitaciones

Este estudio presenta las siguientes limitaciones:

1. Falta de documentación, numerosos documentos que eran de carácter interno, principalmente del H.P.R.A. y de la Consejería de Sanidad no se han encontrado.

2. Falta de ciertos datos, muy importantes como suicidios, psicocirugía, abortos intrahospitalarios, robos, desfalcos, etc. de los que se tiene constancia a través de las entrevistas y resto de prácticas o sucesos que se tendían a

ocultar lo más posible de la opinión pública, sin salir datos de este tipo en ningún documento oficial.

3. Dificultades a la hora de valorar la influencia de factores personales, afectos, etc. que jugaron en contra y a favor. Las entrevistas son una suma de subjetividades, por lo que es difícil alcanzar la objetividad que se pretende.

III. 4. Obtención del material.

El uso de las entrevistas a los personajes clave ha servido principalmente para realizar un exhaustivo rastreo de la documentación en papel, para localizar a las personas que pudieran aportar, con su testimonio, alguna respuesta a las dudas que surgen al revisar la documentación (alguna de ellas sin fecha ni firma), así como para enhebrar las lagunas que quedan en la reconstrucción de todo el perímetro temporal del intervalo ya mencionado así como las influencias culturales, sociales y políticas de cada momento.

La búsqueda de documentación se ha hecho a través de búsqueda en plataformas digitales (murciasalud³⁶, archivo municipal³⁷, archivo regional³⁸, B.O.E., B.O.R.M.), y principalmente por medio de préstamo de la misma por los personajes entrevistados, o por centros institucionales (Hospital Psiquiátrico, Centro de Atención a Drogodependencias, Centros de Salud Mental), documentación facilitada por el Partido Socialista Obrero Español de la Región de Murcia.

La práctica totalidad del formato papel en la documentación buscada ha hecho que sucumba a numerosos altercados, tras los años acaecidos desde el período a estudio, como fueron: inundaciones, rotura de tuberías, destrucción, apropiación, y la falta de un apropiado archivo en los organismos oficiales o de acceso al mismo.

³⁶ <http://www.murciasalud.es/principal.php>

³⁷ <http://www.archivodemurcia.es/pandora.aspx?nmenu=4&sub=3>

³⁸ <http://archivoweb.carm.es/archivoGeneral/arg.inicio>

IV. Contexto histórico y marco de referencia

IV.1. Antecedentes en la Región de Murcia

A continuación haremos un recorrido por la historia de los enfermos mentales en la Región de Murcia, ya que no sería posible entender el alcance y desarrollo de la Reforma Psiquiátrica sin observar, como advertiría Valenciano, la trayectoria y experiencia de las generaciones anteriores y los cambiantes intereses de la Administración pública a lo largo de los años en relación a la Psiquiatría o Salud Mental, no en vano, citada frecuentemente en la prensa como la *hermana pobre* o la *Cenicienta* de las especialidades médicas.

IV. 1. 1. Siglos XVIII-XIX

El primer lugar donde se tiene constancia que sirviera como hospedaje para locos en Murcia es la Casa de Misericordia (en la actual Plaza de Santa Eulalia)³⁹, junto con "ancianos menesterosos, hombres tullidos, niños abandonados y mujeres en grave peligro de perdición", fundada por el cardenal Luís Antonio de Belluga y Moncada en 1742 como hospicio de pobres, en un lugar con tradición hospitalaria pues varios siglos anteriores había atraído a peregrinos enfermos que acudían para pedirle al Cristo de la Esperanza que estaba en la Capilla y se habían hospedado en los edificios colindantes. El primer documento que atestigua su internamiento en esta Casa data de 1768, en el que se los desahucia. El cardenal Belluga sería, pues, el primer personaje que vemos preocuparse por los locos, entre otros, precursor y defensor del tratamiento "moral" de todo el colectivo de personas que vivían en esta Casa de Misericordia, entre ellos los afectados por enfermedades y anomalías psíquicas.

A continuación, tras un breve traslado de dicha Casa a San Esteban, hay una laguna histórica hasta 1852 en la que probablemente no hubiera

³⁹ VALENCIANO GAYÁ, L. "*Datos para la Asistencia psiquiátrica en la Región de Murcia*". Murcia, 1975. Discurso de entrada en la Real Academia de Medicina. Publicaciones de la Academia Alfonso X, El Sabio, Murcia (Murgetana, 43).

establecimiento alguno para albergarlos, salvo la salida de ingresarlos en el Manicomio de Valencia (Padre Jofré), pues en Murcia se les consideraba transeúntes. Indicios de esto es el censo de Floridablanca de 1809, en el que constan 65 dementes viviendo con sus familias, cifra muy elevada para la época.

Posteriormente, son situados en el Refugio de Santa María Magdalena en la Casa de Recogidas junto con sus anteriores inquilinas, mujeres "de vida disoluta". Al poco tiempo (1855), se plantea su traslado por las condiciones inhumanas que presentaba este local y se mudan al Hospital de Unciones (para sífilíticos) perteneciente al Hospital de San Juan de Dios. Este establecimiento fue fundado en el año 1495 por el Cabildo de la Catedral de Murcia y el Ayuntamiento de dicha ciudad con objeto de socorrer a los enfermos pobres de la ciudad de Murcia y su provincia, y previamente Alcázar Nasir.

Aquí tampoco mejoraron mucho las condiciones de vida de los hacinados enfermos, y, además, hay constancia de numerosos expedientes por maltrato a los mismos a parte del personal⁴⁰. Consta también la presencia de jaulas, gavias, sillones de fuerza, brazaletes, chaquetas de fuerza de lona (el artículo que más se compraba) y camas de fuerza. Frecuentes eran las quejas de los médicos por las condiciones de sus pacientes a la Administración Provincial, sin ver respuesta por parte de la misma hasta la construcción del Asilo de enfermos mentales.



Figura 1. Hospital San Juan de Dios. Murcia. En la esquina derecha se situaba el Hospital de Unciones.

⁴⁰ MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, A. "*Historia del Hospital Provincial de Murcia*". Tesis doctoral, 1984. Facultad de Medicina de Murcia.



Figura 2. Hospital de Unciones en el siglo XX (Hospital San Juan de Dios).

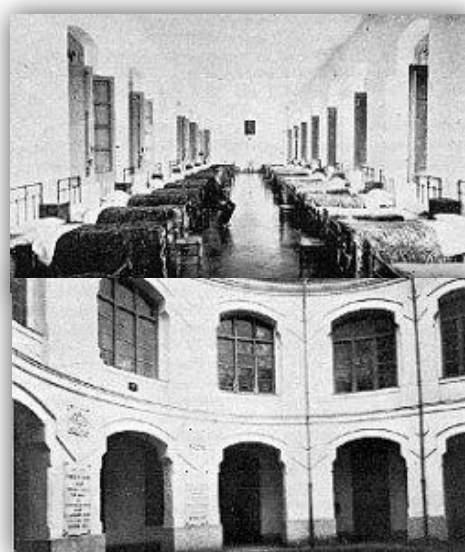
Desde los tiempos de la Casa de Misericordia, vemos como se cambia de lugar la ubicación de los dementes por motivos higiénicos (suciedad, problemas de alimentación), sanitarios (epidemias), ambientales (rigores del verano), o bien, la necesidad de efectuar obras de remodelación así lo requerían. Durante su estancia en el Hospital de San Juan de Dios son trasladados por causa de tres epidemias de cólera: al convento de los Jerónimos (1865), a una Fábrica de Papel en Puerta Nueva (1885) y a la Casa de Canónigos de Espinardo (1890), justo antes del cambio al nuevo Asilo para enfermos mentales (noviembre de 1892). Hasta este momento se seguían enviando dementes al Manicomio de Valencia, pagando la Diputación la manutención, situación que, por ventajosa, la Diputación de Murcia perpetuó hasta la construcción del Asilo.



Figura 3. Casa de Canónigos, Espinardo, Murcia. Antiguo Palacio de los Fajardo.

IV. 1. 2. El Asilo Provincial de Enfermos Mentales

El nuevo asilo o manicomio debe en gran parte su construcción al empeño de Juan de la Cierva y Peñafiel, vicepresidente de la Diputación durante los años 1891-1892. Se sitúa en el huerto de la Casa de Misericordia, siendo paredaño a ésta, adyacente a la iglesia de San Esteban y según los datos existentes³⁶ parece ser el primer manicomio de planta construido en España en el siglo XIX. A pesar de que las diputaciones ya tenían las competencias de la Beneficencia, el estilo de asistencia aún estaba anclado en el modelo caritativo, reflejado en la cantidad de donaciones provenientes de la burguesía que hicieron falta para construirlo y mantenerlo los siguientes años.



Figuras 4, 5 y 6. Manicomio Provincial de San Esteban.

A los dos años de su inauguración toma su dirección el que es considerado el primer psiquiatra murciano, Bernabé Guerrero Caballero⁴¹ (1895-1911), que lo hace hasta su muerte. Éste sufre las dificultades que aún existían virtud de la ley de beneficencia del siglo anterior, por lo que su desarrollo como clínico está constreñido por las ataduras que le imponían los altos poderes de la sociedad de principio de siglo (criterio clínico estaba relegado a un segundo plano, por detrás del administrativo-jurídico). El resto de

⁴¹ Ver nota 33.

directores que restan hasta la llegada de Román Alberca en 1928 no tienen trascendencia en documentos escritos ni producción científica.

Tras una breve andadura con los Hermanos de San Juan de Dios (9 frailes), vuelve a ocuparse de la asistencia en el Manicomio la Orden de San Vicente de Paul en 1913 (19 Hermanas de la Caridad), que ya había servido a esta función en previas localizaciones del Manicomio desde 1855⁴².

Este nuevo manicomio alberga en sus inicios a 114 enfermos trasladados desde el hospital de San Juan de Dios, pero rápidamente duplica su número en los primeros diez años (234 en 1903).

En uno de sus primeros reglamentos⁴³ describe la organización manicomial que consta de dos secciones: Hombres y Mujeres, cada una de las cuales se reparte en cuatro Divisiones: general, agitados, pensionistas y enfermería: del Servicio neuropsiquiátrico para observación de los casos recién ingresados y asistencia a enfermos agudos y casos neurológicos; y del Consultorio neuropsiquiátrico.

También fija la designación de un representante de la Diputación Provincial de su seno, que ostente la representación de la misma ejerciendo las funciones que particularmente le fueran conferidas y de inspección de todos los Servicios, sirviendo de órgano de comunicación entre la Presidencia de la Diputación y el Establecimiento. En cuanto a los médicos del centro, queda estipulado que tienen la obligación de asistir a los enfermos acogidos en otros Centros benéficos provinciales que presenten trastornos mentales cuando se les requiera debidamente (sic).

El grado de reclusión y sensación de peligrosidad de los internados era, con bastante certeza muy alto a la vista de historias clínicas y comentarios posteriores sobre la altura de sus muros y la dificultad para fugarse cuando se inauguró el nuevo hospital psiquiátrico de El Palmar.

Llama la atención si atendemos a los datos de mortalidad intra-asilar por sexos⁴⁴, siendo la esperanza de vida para las mujeres de 3 años por encima de los hombres en aquel momento en la población general, según el

⁴² Ver nota 39.

⁴³ Reglamento del Manicomio Provincial, aprobado por la Comisión Gestora de la Excma. Diputación Provincial en sesión celebrada el 4/03/1949.

⁴⁴ Memoria del Manicomio Provincial, años 1925-1928. Archivo General de la Región de Murcia.

Anuario Estadístico (51,6 años), la tasa de mortalidad de las mujeres es doble que la de los hombres (1 mujer muerta/16 mujeres ingresadas al año vs. 1/33 hombres). A lo largo de los años persistirá esta tendencia hasta el momento de la división del Hospital Psiquiátrico entre sanidad y servicios sociales en 1986 (1 mujer muerta/18 mujeres ingresadas al año vs. 1/35 hombres). Esto se explica por una mayor edad media en el momento del ingreso de las mujeres, este dato no aparece en las primeras memorias anuales del Hospital Psiquiátrico, pero sí a partir de los años 80. Ver tabla 1.

	POBLACIÓN			INGRESOS			ALTAS			MUERTES		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
2º/1925	160	101	261	27	26	53	15	6	21	9	10	19
1º/1926	163	111	274	33	16	49	9	3	12	2	7	9
1º/1927	178	126	304	27	15	42	7	6	13	7	13	20
1º/1928	194	124	318	26	24	50	14	15	29	4	5	9
2º/1928	199	131	330	30	23	53	11	7	18	3	5	8
1º/1929	215	142	357	26	14	40	8	7	15	7	6	13

Tabla 1. Entradas y salidas del Manicomio Provincial. Fuente: Memorias del Manicomio Provincial.

En 1928 aprueba la oposición a Jefe Clínico del Manicomio Provincial de Murcia el Dr. Román Alberca Lorente, compitiendo con Luis Valenciano Gayá y Raimundo Muñoz Sánchez⁴⁵. Se trataba de un neuropsiquiatra, especialidad que escogió tras leer los trabajos sobre el sistema nervioso de Río-Hortega. Consiguió brillantes calificaciones y fue formado con Sanchís Banús en el Departamento de Dementes del Hospital General de Madrid. Desarrolló una total dedicación a su profesión llegando a compaginar el cargo de director del Manicomio con la consulta privada, el dispensario de higiene mental, la cátedra de psiquiatría de Valencia (obtenida por oposición en 1950), presidencia de varias asociaciones científicas⁴⁶ (entre ellas la A.E.N.), publicaciones, ponencias, viajes a congresos⁴⁷...

⁴⁵ CERÓN, CESÁREO. "*Luis Valenciano, psiquiatra*". Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1996.

⁴⁶ RODRÍGUEZ ARIAS, B. "*Román Alberca. In memoriam*". Anales de medicina y cirugía vol. XLVIII. - n.o 206. Pp: 105-111.

⁴⁷ MARSET CAMPOS, P. (coordinador) et als. "*Médicos murcianos de la escuela histológica española*". 2008. Editum scientia. Universidad de Murcia.

En su oposición a Jefe Clínico del Manicomio de Murcia⁴⁸ (en el tribunal estaban Sanchís Banús, Etellaz, Salvador Pascual y Jaime Esquerdo), podemos ver los temas de interés para la psiquiatría de la época, claramente progresistas para su tiempo, a saber: exposición de las publicaciones de cada opositor, valoración de la capacidad civil y criminal de un enfermo, valoración diagnóstica, pronóstica y de tratamiento de otro enfermo, y desarrollo por escrito de uno de los siguientes temas:

- Régimen de puerta abierta en las colonias y asilos psiquiátricos;
- Reformas más urgentes en la legislación española de alienados;
- Como debe organizarse un Hospital y Colonia psiquiátrica;
- Asilo y Dispensario psiquiátrico: organización de la asistencia y funciones;
- El trabajo terapéutico, técnica y normas para organizarlo en hospitales, asilos y colonias;
- Las celdas de aislamiento juzgados con el criterio actual, criterio sobre los medios de sujeción (sic) mecánica.

Desde entonces será el encargado de la dirección del mismo. Durante los siguientes años será nombrado presidente de la A.E.N., obtiene la cátedra de psiquiatría de Salamanca (tercera de España) y posteriormente la de Valencia (1950) e ingresa en la Real Academia de Medicina de Murcia⁴⁹.

En 1.934 se crean los primeros talleres ocupacionales de España. Alberca, influido por las ideas de H. Simón, intenta organizar la Rehabilitación a través del trabajo de los pacientes. Se crean los siguientes talleres: Carpintería, Herrería, Alpargatería, Cerámica, Espartería, Pintura, Juguetería. Pero la rehabilitación, recién nacida, tuvo una corta vida, en 1936, dos años después de montar este servicio y durante todo el período de la guerra civil, la laborterapia desapareció. La Administración se adueñó de los talleres para dedicarlos a mantenimiento⁵⁰.

Paralelamente, Luis Valenciano, tras una breve incorporación como médico al Manicomio Provincial de Murcia durante los años de guerra civil entre otros destinos (Madrid y Almería), vuelve a ocupar dicha plaza, por intercesión de

⁴⁸ Revista Noticias Médicas, Agosto 1928. Pág. 47. Publicación médica murciana (1926-1936).

⁴⁹ Ver nota 45. Página 149.

⁵⁰ Entrevista con Matías Valverde García. 10/10/2014.

Román Alberca, en el año 1940, donde vuelve como Médico Interno Interino, habiendo superado la dura prueba de someterse a la depuración médico-profesional en el colegio de Médicos de Madrid⁵¹. En pocos años, el Dr. Valenciano, nombrado posteriormente Jefe del Departamento de Hombres, emprende la reorganización de la Laborterapia y consigue poner en marcha todas las secciones, destacando entonces las de espartería y alpargatería.

Más adelante, y a pesar de las presiones de López Ibor y Vallejo Nágera para que no lo hiciera, se presenta a las oposiciones de Director de Dispensario de Higiene Mental en 1947 y saca su plaza en Alicante, plaza que rápidamente cambia por Murcia el mismo año (1948).

Comienza a trabajar en dicho dispensario ubicado en la Jefatura Provincial de Sanidad (Avenida Ibáñez Martín s/n) a la vez que comienza a pasar la consulta de neuropsiquiatría del S.O.E. (Seguro Obligatorio de Enfermedad) desde enero del mismo año, junto con Román Alberca. Posteriormente se unen otros psiquiatras a estas consultas (Francisco Román, Antonio Sabater, Raimundo Muñoz), ubicando una en Cartagena, otra en Murcia y las otras dos en pueblos (Valenciano y Muñoz), en las que se pasaba consulta unas horas un día a la semana.



Figura 7. Instituto Provincial de Sanidad, previo al año 1965. Archivo General de la Región de Murcia.

⁵¹ Ver nota 45.

Unos pequeños esbozos de atención ambulatoria comienzan a hacer aparición, con flagrantes deficiencias de personal y salario, contando con las siguientes consultas en 1954⁵²:

- Dispensario de Higiene Mental: 1.042 consultas/año.
- Consultorio público del Manicomio: 169 consultas/año.
- Consultorio de la Cruz Roja: 258 consultas/año.
- Consultorios del S.O.E. (4): 1.881 consultas/año.

En el dispensario también se realizaban electroshock ambulatorios (en 1954 se realizaron 32), colaboraciones con médicos generales, peritajes psiquiátricos requeridos por los tribunales, charlas y apariciones en prensa y radio. A su vez estas actividades también se realizaban en el Manicomio.

También se propusieron atenciones domiciliarias por el médico o, más a menudo, de las Enfermeras Visitadoras, como ya defendiera Lafora, maestro de Valenciano, en la constitución de la Liga de Higiene Mental⁵³, de las que no tenemos datos si se llegaron a realizar. Valenciano en 1950, en una reunión con el Director General de Sanidad y el Ministro de la Gobernación, propone la organización de los dispensarios dentro de un plan de asistencia nacional de mayor alcance, con el propósito de evitar en la medida posible los ingresos en manicomio, que quedaría como centro de tratamiento para personas con cursos largos o crónicos, evitando dicha entrada en el manicomio mediante ingresos agudos en clínicas neuropsiquiátricas adjuntas a cada dispensario, que dependerían, como estos, del Estado⁵⁴.

⁵² Ver nota 45. Página 59.

⁵³ LEAL, J. Y ESCUDERO, A. "La continuidad de cuidados y el trabajo en Red en Salud Mental". Libro editado por la A.E.N., 2006. Estudios/ 35. Capítulo 2.

⁵⁴ Ver nota 45.

*Visto en la Consulta Pública
El cl. n.º 3886*

REVALUACIÓN PSICO-PATOLOGICA
ASILLO PROVINCIAL DE ENFERMOS MENTALES MURCIA
15 de Mayo de 1953

HISTORIA PSIQUIATRICA


N.º 2915 Ingresó en el Asilo el día 15 de Mayo de 1953 por [redacted] de 1953 por [redacted] de 1953

Nombre: [redacted] Edad: 43 años Estado: Soltero
Profesión: [redacted] Naturaleza: Murciana
Domicilio habitual: [redacted] Domicilio accidental: [redacted]

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES PERSONALES
Nada. Enfermedad mental, probablemente Esquizofrenia.

Alcohol y drogas: *Ha abusado mucho de la bebida, embriaguez frecuente.*
Historia sexual: *Partner. Poco contacto sexual a lo largo de su vida.*



MANICOMIO PROVINCIAL DE MURCIA

VARONES

Para hacer un diagnóstico justo, es necesario en Medicina Mental más que en ninguna otra rama de la Medicina, conocer las circunstancias de la vida pasada del presunto enfermo y los motivos que deciden su ingreso en el Asilo para su debido tratamiento. En otras circunstancias, es el enfermo mismo quien proporciona tales antecedentes; pero el enfermo mental, por la índole de su trastorno, llega a veces a dar datos positivos, cuya certeza toda noticia de lo pasado, confundiendo las situaciones, empuja en la realidad con temas diferentes, se defunde de nuestras exigencias a favor de los hechos intencionalmente. Ante los casos en que nada de esto ocurre, unas noticias sobre la vida pasada del enfermo y sobre los motivos que deciden su ingreso, ayudan extraordinariamente al Médico para resolver un diagnóstico. En interés, sobre todo del propio enfermo, se ruega a sus familiares o acompañantes que llenen esta hoja lo más completamente posible, con los datos que conozcan ciertamente. Es preferible silenciar una respuesta que se desconoce o daría equivocada.

A los familiares o encargados de enfermos que no acudieren al Manicomio, se ruega encarecidamente que devuelvan esta hoja debidamente contestada, dentro de los cinco días siguientes al en que la recibieran. Entendiendo, de no hacerlo así, que renuncian a toda relación amistosa con quienes cuidan al enfermo, que no podrán tener con ellos otra relación que la rigidamente oficial.

Nombre del enfermo: [redacted]
Edad: 43 Estado: Soltero Naturaleza: Murciana
Profesión: [redacted]

¿Diga si viven los padres del enfermo; si están enfermos o, si murieron, a qué edad y de qué enfermedad?

¿Diga cuántos hermanos fueron; cuántos viven, de qué murieron los restantes; si padecen los que viven alguna enfermedad; si tuvo la madre algún aborto?

¿Hay en la familia del enfermo alguna enfermedad que parezca repetirse o hereditaria?

¿Diga si hay en la familia alguna persona con ataques o jaquecas; alguno que se haya suicidado en la casa después de los cuatro años; quien haya sufrido enfermedades nerviosas, quien sea de raro o de carácter extraño o haya estado recluido en un Manicomio; si hay suicidas, bebedores o jugadores (en caso afirmativo especifique quienes y procure concretar lo que les ocurre)

Figuras 8 y 9. Fragmentos de Historia clínica, año 1953 (anonimizadas).

Si observamos las Figuras 8 y 9, vemos que lo primero que se hacía cuando un enfermo ingresaba era abrir la Historia Clínica y adjuntar un foto. Llama la atención la desnudez y la mano en el pecho, siendo muy similares este tipo de fotografías a las de un preso al entrar en una prisión, dando una idea de la pobre diferenciación que se podría hacer entre un tipo de internamiento y el otro en esta época. En cuanto a la Figura 9, vemos como se exhorta a los familiares a rellenar un cuestionario sobre la vida personal del enfermo que ingresa dadas las dificultades que la enfermedad mental impone en el relleno del mismo por parte del enfermo, y la referencia a la renuncia de toda relación amistosa (pasando a ser la rígidamente oficial) con quienes cuidan a su familiar si no es rellena y entregada en el plazo de cinco días desde el ingreso del mismo.

En la memoria de 1959, ante el creciente número de internados, se plantea la necesidad de atender a ciertos pacientes en régimen domiciliario (p. ej. oligofrénicos) dado que no resulta indispensable su reclusión ni hay probabilidades de tratamiento eficaces. Esto parece no llegar a desarrollarse por no aparecer en memorias posteriores.

Ambulatorio	1ª consulta	Consultas sucesivas	TEC	EEG
1958	179	2080	2500	327
1959	201	743	2000	441
1960	148	664	1200	620
1961	165	738	1225	670
1962	151	792	1185	557
1964	148	923	1357	710
1965	159	988	1357	658

Tabla 2. Consultas e intervenciones ambulatorias. TEC: Terapia electroconvulsiva; EEG: Electroencefalograma. Fuente: Memorias del Manicomio Provincial. No hay datos del año 1963.

En 1960 se crea una consulta adjunta para niños hasta 12 años a cargo de Raimundo Muñoz Martínez. El siguiente año atiende a 2.610 niños⁵⁵.

En cuanto a las diferencias por sexo de los internados observamos la aplicación tan desigual de terapias en cada departamento, llegando a ser el electroshock de 3 a 4 veces más utilizado en mujeres que en hombres (1.600 en hombres/año vs. 5.861 en mujeres/año en 1958). Otra de las diferencias es el mayor número de ingresos de varones que en la memoria del Manicomio Provincial del año 60 se explica por el mayor temor a su peligrosidad y la retención de alcohólicos reincidentes.

Lo que podría haber sido el comienzo de un cambio asistencial quedó en un amago harto insuficiente, con cobertura desigual de la población por clases sociales, que no produjo cambios significativos en la dinámica de los pacientes, que continuaban, prácticamente, de la misma manera en un circuito único de ingreso y falta de atención cuando se iban de alta a sus domicilios.

Las condiciones del Manicomio en sus últimos momentos, podemos deducir de las memorias de dicho centro, eran bastante penosas llegando a justificar en ellas la imposibilidad de que el personal vigilara las salas durante la noche por las malas condiciones higiénicas derivadas del hacinamiento en los dormitorios generales (con literas)⁵⁶. Todavía en esta época, por el grado de colapso que presentaba este Manicomio, se seguían remitiendo pacientes a

⁵⁵ Ver nota 33. Capítulo "La psiquiatría infantil en Murcia".

⁵⁶ Memoria del Manicomio Provincial. Año 1959. Diputación provincial de Murcia.

Valencia, a cargo de la Diputación Provincial de Murcia⁵⁷, aunque no tenemos datos documentales disponibles de ello.

AÑO	POBLACIÓN			INGRESOS			REINGRESOS			ALTAS			MUERTES		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
1958	450	376	826	201	167	368	101	57	158	263	205	468	18	13	31
1959	466	335	801	218	153	371	105	73	178	264	218	482	29	10	39
1960	483	335	818	197	153	350	125	78	203	293	213	506	12	18	30
1961	469	361	830	179	176	355	114	89	203	293	220	513	14	19	33
1962	485	340	825	181	125	306	140	77	217	284	203	487	21	20	41
1964	510	389	899	221	143	364	131	76	207	333	192	525	26	14	40
1965	505	364	869	233	147	380	149	74	223	357	224	581	30	22	52

Tabla 3. Entradas y salidas del Manicomio Provincial. Fuente: Memorias del Manicomio Provincial. H: Hombres. M: Mujeres. T: Total. La memoria del año 1963 no se ha encontrado.

Román Alberca, tras arduas y largas negociaciones con la Diputación consiguió que se aceptara el proyecto de nuevo Hospital Psiquiátrico Provincial, que se inauguró el 31/10/1965. Desde 1958 encontramos documentos relativos a la construcción de un nuevo Manicomio por problemas de espacio en el antiguo. El antiguo Manicomio de San Esteban, a la fecha de su cierre (último traslado de pacientes) el 16/02/1966⁵⁸, contaba con una población de 869⁵⁹ personas internadas.



Figuras 10 y 11. A la izquierda: Dr. Bernabé Caballero Guerrero (director del Asilo de Enfermos Mentales de 1895 a 1911). A la derecha: Dr. Román Alberca Lorente (director del Manicomio Provincial de 1928 a 1965);

⁵⁷ Entrevista a Pedro Marset Campos. 3/02/2014.

⁵⁸ Revista *Ambiente* (mural) nº 2 (Semana del 22/02/1966). Órgano particular del Hospital Psiquiátrico Provincial.

⁵⁹ Memoria del Hospital Psiquiátrico Provincial de El Palmar (Murcia), año 1966. Diputación Provincial de Murcia.

IV. 1. 3. El Hospital Psiquiátrico de El Palmar

El nuevo Hospital Psiquiátrico se inaugura el 31 de octubre de 1965 en la localidad murciana de El Palmar. El modelo era el de Hôpital-village, contaba con 800 camas de las cuales 60 eran para pacientes agudos. Constaba de⁶⁰:

- Una plaza central, remedaba la de un pueblo, donde se desarrollaban las actividades lúdicas y festivas.



Figura 12. Plaza central. Fiesta.

- Un pabellón central, donde se encontraban las direcciones médica y administrativa, archivo, salón de actos, biblioteca, servicios comunes, residencia de monjas, capellanes y médicos de guardia, dos unidades de Agudos (Hombres y Mujeres).
- Seis pabellones de crónicos divididos por sexos, cada uno con más de 120 pacientes.
- Zona de Laborterapia, a la izquierda de la plaza, formada por el Club Social y los talleres de Laborterapia, que separaban el "pueblo" de la zona agrícola. A la derecha de la plaza un Teatro-cine y una capilla (el único de estos edificios que perdura en la actualidad).
- Zona de Servicios en la parte posterior (limitada en su parte posterior por el río Reguerón), donde estaban las cocinas, almacenes, calefacción, lavadero y mantenimiento.

⁶⁰ Ver nota 33. Capítulo "El Hospital Psiquiátrico de El Palmar: primera etapa (1966-1986)".



Imágenes 11 y 12. Vista aérea del Hospital Psiquiátrico de El Palmar.

Tras un año en el nuevo centro Román Alberca dimite como director del mismo en noviembre de 1966, para dedicarse a la cátedra de psiquiatría en Valencia a tiempo completo, hecho que no fue posible porque falleció varias semanas después (1/01/1967). Tras él toma la dirección Luis Valenciano, que, a su vez, es nombrado también presidente de la A.E.N en el Congreso Nacional de dicha asociación en La Manga del Mar Menor en 1967.

Desde el traslado se continúan y amplían las tareas de la Laborterapia ya iniciada en el antiguo Manicomio Provincial, aunque no está terminado el pabellón para Laborterapia aún. En la siguiente tabla (ver tabla 4) podemos ver los salarios que se expendían a los enfermos por realizar las tareas de Laborterapia, algunas de ellas, como se detalla en las sucesivas Memorias del Hospital Psiquiátrico de aquellos años, auténticos trabajos que suplían la contratación de todo tipo de servicios como reparación, mantenimiento, hostelería, etc. para el hospital. No obstante los sueldos, y así lo reconoce Luis Valenciano en la Memoria de 1966, son ínfimos y que para que la Laborterapia adquiriera su valor el incentivo económico tiene que ser digno. Para poder hacernos una idea baste mirar los sueldos mínimos publicados en el B.O.E. del 26/09/1966 para subalternos y auxiliares administrativos: 2.520 pta./mes. La remuneración de algunos enfermos es tan sólo de 10 pta./mes. La participación de los enfermos en dichas tareas era del 38% (343 enfermos) y la asignación presupuestaria total de 194.020 pta. anual.

Al poco de su inauguración se contratan a cuatro médicos becarios para realizar guardias: Salvador Llorens, Antonio Fernández, Juan Romero y Camilo Salgueiro.

Tarea	Nº de enfermos	Remuneración* mensual/enfermo	Remuneración total anual*
Cocina	22	13,3	3.600
Lavado	35	10	4.200
Ropero	15	25	4.500
Limpieza	85	13,5	13.800
Barbería	3	100	3.600
Calefacción	2	15	360
Jardinería	4	55,4	2.660
Albañilería	7	120	10.080
Recaderos	8	10	960
Carpintería	6	150	10.800
Huerta	25	120	36.000
Cajones	70	71,4	60.000
Muebles	14	23,8	4.000
Esparto	25	25	7.500
Trenzado pita	5	16,6	1.000
Escobas	2	40	960
Labores, bordados	15	166,6	30.000
TOTAL	343	MEDIA MENSUAL: 47,1	194.020

Tabla 4. Fuente: Memorias del Hospital Psiquiátrico. Año 1966. * en pta.

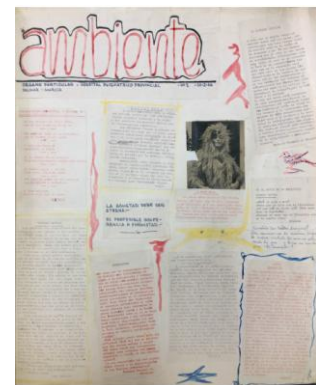


Figura 13. Revista *Ambiente*. Ver nota 61.

La revista *Ambiente* se crea en febrero 1966⁶¹, fecha en que terminan de ser trasladado el último paciente del antiguo Manicomio. Es una iniciativa del Dr. Francisco Román Moreno, psiquiatra que venía del viejo manicomio, dónde colaboró estrechamente con el Dr. Valenciano, y en el nuevo Hospital, se dedica de lleno a la rehabilitación, creando el D.A.R.C. (Departamento de Actividades Rehabilitadoras Colectivas), embrión de lo que sería el Servicio de Rehabilitación. Allí es confeccionada esta revista en su totalidad por un grupo de pacientes del centro, apodados "los intelectuales". Cada número de la revista se realizaba con periodicidad semanal y constaba de dos cartulinas con varios artículos que se colgaban en una pared de uno de los recintos comunes. El director de la misma es uno de estos pacientes (Enrique Sánchez Alberola). Se editaron 447 números, el último de ellos el 1 de octubre de 1977. Probablemente, debido a la gran riada de 1973, en la que el río Guadalentín, pardaño con el muro trasero del Hospital Psiquiátrico se desbordó, por la que

⁶¹ Revista *Ambiente*, nº 2. 22/02/1966.

se perdió gran parte de material y mobiliario⁶², desaparecieron 124 números de dicha revista (números del 245 al 369: 10/1/1971-9/9/1973).

Las consultas de Neuropsiquiatría suman siete: cuatro en Murcia (ya mencionadas), y dos en Cartagena (Dr. Limón y Dr. Azofra)⁶³.

A petición de un escrito del PANAP, Valenciano escribe un informe titulado "plan para elevar el nivel de la asistencia psiquiátrica en Murcia" basándose en las normas existentes en el ante-proyecto del Reglamento de Hospitales. En él se enumeran por orden de prioridad las mejoras necesarias para el perfeccionamiento del Hospital:

1. Pabellón de Psiquiatría infantil. 50 camas separadas por sexos.
2. Mortuorio. Por motivos epidemiológico-sanitarios.
3. Residencia de Hermanas. Para así dejar lugar al Hospital de noche y de día.
4. Pabellón de pensionistas. Con adecuado confort y personal sanitario seleccionado. Repitiendo la experiencia del pabellón sanatorial del antiguo manicomio provincial de San Esteban. La idea es que la diferencia induzca a buscar el servicio por enfermos y familiares deseosos de cuidados a nivel sanatorial. 100 camas separadas por sexos.
5. Anejo psiquiátrico en el Hospital Provincial. 80 camas separadas por sexos.

En cuanto a las peticiones de personal en dicho plan se solicitan 108 trabajadores más de todas las disciplinas del centro, principalmente cuidadores. En total las estimaciones económicas de estas mejoras serían de 57 millones de pta. en instalaciones y 29 millones en personal. Ninguna de las mejoras solicitadas se realizó tras este informe.

A partir de 1967 descienden de forma importante las consultas al consultorio público del Hospital Psiquiátrico ya que se prefieren atender a los pacientes dados de alta por los mismos médicos de sendos servicios de Hombres y Mujeres, habilitando para ellos una consulta post-cura.

⁶² Entrevista con Manuel Roberto Galiana Cela. 15/01/2015.

⁶³ Ver nota 33. El Hospital Psiquiátrico de El Palmar: primera etapa (1966-1986).

También en 1967 se crea el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica para atender de forma ambulatoria a población infantil, con 3 psiquiatras que se hacen cargo del mismo. Estaba situado en la Calle Santa Teresa, muy cerca de San Esteban donde estaba la Casa del Niño. Estos centros se venían creando en España desde 1965 por el PANAP⁶⁴.

En 1968 Luis Valenciano presenta un escrito ante la Comisión de Beneficencia y el INP sobre la ampliación de la asistencia de los enfermos psíquicos procedentes de la Seguridad Social en el Hospital Psiquiátrico en virtud de un decreto ministerial⁶⁵ que daba pie al cobro de estancias de enfermos que por diversas razones hubieran de ser atendidos en establecimientos hospitalarios no pertenecientes a la red de la Seguridad Social. En dicho decreto en uno de sus apartados se refiere a que la Seguridad Social se hará cargo de reintegrar los gastos ocasionados en Centros hospitalarios ajenos a la misma en el caso de que, entre otros, "el estado del paciente o su conducta requieren vigilancia sanitaria continua", apartado que podría incluir la asistencia en Hospitales Psiquiátricos. La Diputación Provincial finalmente acepta a final de año este cambio, proponiendo un convenio entre las Entidades implicadas⁶⁶.

En 1970 se inaugura en Espinardo, por el ministro de la Gobernación, el complejo residencial Francisco Franco⁶⁷ para niños con problemas familiares y sociales y ancianos por la Diputación Provincial, con subvención del Estado. Hasta ese momento los internamientos se realizaban en el centro Cristo de la Misericordia sito en la Casa del Niño⁶⁸. Constaba de 18 pabellones que albergarían en su interior:

- Centro de maternidad: 60 plazas.
- Pabellón quirúrgico con consultorio y pabellón sanatorial.
- Casa-cuna. 150 plazas. Con escuela de párvulos.
- Hogares infantiles. Capacidad para 600 niños. Talleres, sala de estar, escuela y guardería.

⁶⁴ Ver nota 29. Capítulo "La psiquiatría infantil en Murcia".

⁶⁵ B.O.E. 28/11/1967 Decreto Ministerial. Sección 5ª.

⁶⁶ Oficio sobre la asistencia a los enfermos psíquicos procedentes de la Seguridad Social. Archivo Regional de la Región de Murcia. Conjunto de documentos de Enero 1968-Enero 1969.

⁶⁷ Periódico ABC, 15/04/1970. Página 47.

⁶⁸ Ver nota 29. "La psiquiatría infantil en Murcia".

- Centros de recuperación para niños subnormales. Capacidad para 100 niños en régimen de internado y otros tantos en ambulatorio. Estaba destinado a edades entre 6 y 17 años, con Retraso Mental moderado y ligero (Cociente intelectual 40-70). Estos niños, si no tenían problemas en la estructura familiar, iban a sus domicilios familiares los fines de semana.
- Cine-teatro, comercios, comedores, iglesia. Todos ellos con una capacidad aproximada cada uno de 600-800 plazas.

Dicho centro contó con Dra. Concha Gómez-Ferrer Górriz como Psiquiatra Jefe. Se crearon, además, plazas de educadores con el título de Magisterio. Aún a pesar de la creación de este centro seguía sin cubrirse el internamiento de los niños con Cociente Intelectual (CI) inferior a 40.

En abril 1970 se crea el Psico-Club, o Club Social, tras el fracasado intento de instaurar la Comunidad Terapéutica⁶⁹. Éste consistía en una asociación de internados y algunos trabajadores del centro con funcionamiento democrático que pasaría a organizar la Socioterapia del Centro⁷⁰ con un presupuesto inicial de un millón de pesetas. Su primer presidente será el Dr. Francisco Román Moreno aunque más adelante pasarán a presidirla personas internadas del Hospital Psiquiátrico.



Figura 14. Club Social.

En el mismo año se le encarga a Valenciano la tarea, por parte de la Administración Local, de presentar una ponencia en las Jornadas Nacionales de Asistencia Psiquiátrica sobre formación del personal de un Hospital Psiquiátrico. En dicha ponencia⁷¹ atisbamos a percibir el espíritu que Valenciano trataba de conseguir en su visión de la asistencia como un trabajo en un equipo, para ello ve preciso: disminuir la distancia interprofesional, buena comunicación y libertad de expresión, opinión e iniciativa de los profesionales

⁶⁹ Revista *Ambiente "mural"*, nº 208, 19/04/1970.

⁷⁰ Memoria del Hospital Psiquiátrico de El Palmar. Año 1973. Diputación Provincial.

⁷¹ Ponencia "Formación del personal de un Hospital Psiquiátrico". Ponencia presentada en las Jornadas Nacionales de Asistencia Psiquiátrica. 9 de abril de 1970. Archivo Regional de la Región de Murcia.

en las reuniones, formación continuada en todos sus miembros, alejarse de actitudes autoritarias y custodiales, perseguir la reincorporación de los enfermos en la sociedad, ampliar el alcance de la asistencia ambulatoria y domiciliaria para evitar la hospitalización siempre que sea posible, asistencia continuada y total tras el alta hospitalaria. Para los psiquiatras abunda en la necesidad de perder las formas autoritarias, implicación personal con su presencia física un tiempo casi análogo al del resto de personal, reivindica la importancia de la formación y su remuneración y la necesidad que tiene el Hospital Psiquiátrico de la presencia de psiquiatras jóvenes y entusiastas. El espíritu es claramente reformista pero las trabas institucionales eran bastante poderosas, baste recordar los incidentes acaecidos durante esos mismos años en Asturias, Galicia y Madrid en similares intentos. En cuanto al personal de enfermería y cuidadores resalta la idoneidad de ciertos factores de personalidad y prejuicios acerca de la enfermedad mental (punitivos, fatalismo, incurabilidad), adoptar el rol de verdaderos colaboradores y no meros subordinados. Como es cíclico en su obra pone el foco en las actitudes estigmatizantes y de rechazo de la sociedad como un problema muy importante a tratar mediante la formación y reactivación sobre el personal existente o la contratación de personal nuevo (inclinado más bien por esta última) formado en Escuelas de Enfermería Psiquiátrica independientes.

Potenciar la laborterapia fue una importante tarea a realizar para Luis Valenciano, con un gran aumento sobre todo desde la inauguración del nuevo Hospital Psiquiátrico. De hecho, en 1969 se celebra la primera reunión sobre Laborterapia en el Hospital Psiquiátrico de Murcia, que congregaba por primera vez a los profesionales de la psiquiatría nacional para tratar este tema.

Años	Participación en Laborterapia
1958	40% hombres / 30% mujeres
1966	38% (343 salarios)
1970	60%
1972	65%
1974	70%

Tabla 5. Fuente: Memorias del Hospital Psiquiátrico de los años correspondientes.

En 1970 se crean nuevos talleres para la laborterapia masculina y femenina, diferenciados, como era costumbre, por actividades consideradas propias de cada género, a saber⁷²:

- *Hombres*: carpintería, ebanistería, herrería, pintura y confección de mosaicos, algunos de ellos fuera del hospital en tareas agrícolas de la zona.
- *Mujeres*: sastrería y confección, peluquería de señoras. Además de ocuparse de la limpieza del establecimiento junto con las empleadas.

En el libro *Mi viaje a través de la locura*⁷³, resultado de la publicación compuesta de una serie de reportajes aparecidos en Tribuna Médica entre 1971 y 1972, el Hospital Psiquiátrico de Murcia aparece referido como "La Colmena" por el gran número de pacientes ocupados en trabajos de Laborterapia que encontró el autor en su visita. En dicho reportaje Luis Valenciano habla de que, a pesar de que el hospital parece grande, aún falta sitio para los enfermos debido que se ven obligados a retenerlos más tiempo del debido por el "mal aire" que les aguarda fuera. Nombra la necesidad de una nueva conciencia colectiva como el problema más importante de la terapéutica psiquiátrica. Durante su visita al hospital describe lugares como la tienda y la cafetería, que están en régimen de cooperativa, no propios de otros hospitales psiquiátricos. Las habitaciones, según describe, son largos pasillos con camas en hilera sin ningún objeto personal visible.



Figura 15. Zona agrícola. Hospital Psiquiátrico de El Palmar.

En 1971, el Jefe Provincial de Sanidad, Ángel Fernández Nafria, remite a Gaspar de la Peña, Presidente de la Diputación Provincial, un Plan de

⁷² Memoria del Hospital Psiquiátrico de 1970. Diputación Provincial de Murcia.

⁷³ DE LERA, ÁNGEL M. "Mi viaje alrededor de la locura". Biblioteca Universal Planeta. 1972.

Actividades del futuro Centro de Salud Mental⁷⁴, elaborado conjuntamente con Luis Valenciano, que se abrirá el siguiente año en las dependencias de la nueva Jefatura Provincial de Sanidad en C/ Ronda de Levante.

Las normas de funcionamiento del centro son dictadas por el PANAP (documento firmado por Adolfo Serigó, secretario general del mismo). En otro documento sin firma, probablemente escrito por el Dr. Martínez Pardo, que sería el director del futuro CSM, se propugna que el Dispensario de Salud Mental vendría a ser el "cuartel general" de la asistencia psiquiátrica a la colectividad. Entiende que debe haber tres tipos de actividades:

- 1) Divulgadora: seminarios públicos de divulgación psiquiátrica, artículos en prensa local sobre problemas de salud mental, campañas de divulgación acerca de problemas específicos (alcoholismo, suicidio, epilepsia, etc.), estrechas relaciones con el Hospital Psiquiátrico y entidades docentes.
- 2) Asistencial: absorción de las consultas del Hospital Psiquiátrico y del antiguo Dispensario de Higiene Mental, control post-cura de los enfermos dados de alta del Hospital Psiquiátrico, conexión con centros de la Seguridad Social, atender a otros núcleos importantes de la Región, se contaría con el apoyo por parte de los médicos de cabecera que realizaron el cursillo de Capacitación Psiquiátrica, cartas y visitas domiciliarias a enfermos que no acuden a control (servicio de "repeca" que efectuará preferentemente la Asistente Social).
- 3) Epidemiológica: Fichero de enfermos psicóticos y mapa de distribución de los casos, encuestas, estudios catamnésicos, publicación de Anales o Memoria de actividades realizadas.

En dicho informe se indica que se establecerá una consulta periódica en Cartagena, Caravaca de la Cruz, Lorca y Jumilla. Esta consulta⁷⁵ se pasaba una vez a la semana, los jueves por la tarde, por dos psiquiatras: uno general y otro especialista en drogas (Juan Romero Tarifa), una enfermera y una asistente social. Previamente los pacientes eran citados por carta. En casos aislados se realizaron visitas domiciliarias. El Equipo inicial estaba formado por un Director Médico, dos Jefes de Sección (un psiquiatra y un psicólogo), un

⁷⁴ Plan de actividades del Centro de Salud Mental. Noviembre, 1971. Archivo Regional de la Región de Murcia.

⁷⁵ Entrevista a Manuel Roberto Galiana Cela. 15/01/2014.

ATS básico y un auxiliar administrativo. Todos ellos en régimen de media jornada por la tarde y compatibilizando su trabajo con el del Hospital Psiquiátrico por las mañanas, pues aún no había entrado en vigor la Ley de Incompatibilidades. Tras la desaparición del PANAP este personal pasó a depender de la AISNA -1972- sin cambiar su modo de trabajo. Además del centro de adultos, también se trasladó a dicha ubicación el Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica (infantil) y el dispensario anti-alcohólico. Compartiendo las mismas instalaciones en jornadas de mañana (infantil) y tarde (adultos y anti-alcohólico). También se realizaron desde el servicio de infantil desplazamientos a las cabezas de comarca de la región.



Figura 16. Boceto del Instituto Provincial de Sanidad. Inaugurado en 1965.

En ese momento el estado de las consultas en el Hospital Psiquiátrico es el siguiente: se crean las consultas post-cura, es decir, revisiones periódicas por parte de los propios médicos de los pabellones de los que se le daba el alta al enfermo, y un consultorio público con precios estandarizados.

Ambulatorio	Consultorio Público		Consultas post-cura
	1ª	Sucesivas	
1966	138	899	*
1968	107	508	706
1969	128	301	1061
1970	245	327	1193
1971	203	394	1124
1972	161	296	457
1974	48	92	**

Tabla 6. Actividad ambulatoria en el Hospital Psiquiátrico durante la década de la dirección de Valenciano. Fuente: Memorias del Hospital Psiquiátrico de El Palmar.

*Aún no había consultas post-cura.

**Se pasan al Centro de Salud Mental.

Obsérvese como el número de consultas va disminuyendo hasta 1974, fecha en que se extinguen, por corto período de tiempo, con vistas a que

el Centro de Salud Mental se hiciera cargo de toda esta asistencia ambulatoria. Ver Tabla 6.

Luis Valenciano, como presidente de la A.E.N. tuvo que mediar en los conflictos que se crearon entre la generación de la coordinadora psiquiátrica y la generación anterior, que se enfrentaron en los Congresos de Málaga de 1971 y sobre todo en Valladolid en 1973, fecha en la que se desvincula de la A.E.N. por encontrar que la generación de la coordinadora (que posteriormente toma el poder en el Congreso de Sevilla de 1977) no ofrecía posibilidad de diálogo y presentaba unas ideas y actitudes contestatarias y rupturistas en materia de asistencia que, a pesar de no ser del todo contrarias a sus tesis (reformistas moderadas), le parecían carentes de una intención de acercamiento entre las dos posturas. Este pensamiento era considerado radical y monotemático por su pretensión de dismantelar los Hospitales Psiquiátricos y transformar la asistencia psiquiátrica como se conocía hasta el momento a un modelo en el que eje sería la asistencia comunitaria⁷⁶, descuidando, en opinión de Luis Valenciano otros aspectos clínicos y científicos que en sus anteriores reuniones habían prevalecido⁷⁷.

En 1972, Valenciano y la Psiquiatra Jefe del Conjunto Residencial de Espinardo (Gómez-Ferrer) confeccionan un informe, probablemente remitido a la Diputación Provincial, diseñando la puesta en marcha del departamento infantil del Hospital Psiquiátrico con la intención de atender a los niños con CI de 21-39, que no estaban siendo atendidos en Espinardo. El coste total se estimó en 14.314.500 pta/año. Esta propuesta se materializó en 1976 con la construcción del Centro de Educación Especial de El Palmar dirigido por el psiquiatra Antonio Fernández Moreno. Su capacidad fue de 96 plazas de internado y 50 de semipensión. El año siguiente se construyó en Canteras, municipio de Cartagena, el Centro Asistencial destinado a Retrasados Profundos (CI inferior a 21). Posteriormente, los siguientes centros se fueron creando por mano de las asociaciones de padres.

En Julio de 1973 se contrata al primer enfermero titulado (Concepción Rivera) tras determinar la dirección del centro que no podían realizarse

⁷⁶ Ver nota 9.

⁷⁷ Ver nota 40. Página 85.

excursiones con pacientes sin que fuera presente un enfermero tras una muerte por atragantamiento de un paciente epiléptico en una de ellas⁷⁸.

El 19 de octubre de 1973 cabe destacar una gran inundación que sufrió El Palmar (y en muchos lugares del Sureste de España) por la crecida del río Guadalentín, afluente del Segura, éste afluente constituía el muro trasero del Hospital Psiquiátrico por lo que produjo graves daños, principalmente en material documental de este hospital.

En 1974⁷⁹, un año antes de la jubilación de Valenciano se termina el nuevo pabellón de ingresos de Hombres, con capacidad de 76 camas, con lo que se aumentan las camas para pacientes agudos ante el aumento de la demanda, principalmente a expensas del alcoholismo (38% de los ingresos en 1969, 40% en 1970 y 50% en 1971). En la consulta de alcoholismo del Centro de Salud Mental comienza a trabajar M. Galiana que comienza a tratar a los primeros morfinómanos, utilizando el carnet de extradosis, herramienta precursora de las actuales terapias sustitutivas con opiáceos.



Figura 17. Nuevo Pabellón de ingresos.

En el Hospital Psiquiátrico, el alcoholismo se trataba de la siguiente manera: las formas agudas en la Unidad de Ingresos (Delirium Tremens) con una estancia media de 10-12 días para luego pasar al segundo pabellón de crónicos⁸⁰ donde continuaban el tratamiento de desintoxicación y se iniciaban diversas terapéuticas de deshabitación, en particular aversivas con apomorfina y se les enviaba a los servicios generales de Laborterapia, existieron diversos intentos de terapia de grupo...Hay que señalar que en este pabellón junto a los pacientes alcohólicos de nuevo ingreso se encontraban internados alcohólicos crónicos de larga estancia , en especial, otros pacientes

⁷⁸ Entrevista a Concepción Rivera Rocamora. 25/04/2014.

⁷⁹ Ver nota 39. Página 89.

⁸⁰ Ver nota 30. Los primeros equipos de atención a drogodependencias.

de distintos diagnósticos (psicópatas, epilépticos, débiles mentales y formas residuales de esquizofrenias).

En el mismo año, Valenciano y el año siguiente el Dr. Sabater Sanz⁸¹, envían una propuesta de jerarquización de la plantilla de médicos del Hospital Psiquiátrico solicitando cinco jefaturas de Servicio otorgadas por antigüedad a los médicos del centro, nueve jefaturas adjuntas y once médicos ayudantes (dejando nueve puestos vacantes a ser provistos en el futuro).

En 1974 también se firma un Convenio entre la Facultad de Medicina y la Diputación Provincial de Murcia⁸² para que en los Centros de esta se impartieran las enseñanzas adecuadas a los alumnos de dicha Facultad.

En 1975, se realiza un informe con la plantilla del Hospital Psiquiátrico⁸³ en el cual se describe la situación actual y lo deseable para el futuro próximo. Para resaltar la importancia que se le había dado al departamento de rehabilitación baste citar el número de personal "subalterno" adscrito a él:

OCUPACIÓN	Número
Terapeutas ocupacionales	4
Monitores de Laborterapia (almacén central, carpintería, mosaicos, herrería, cartonaje, manufacturas, jardineros)	10
Monitores de Socioterapia (Club, Cafetería, Tienda)	3
Escuela hogar	1
Capataces agrícolas/ganadería	2
Maestro taller Espartería	1
Punto	1

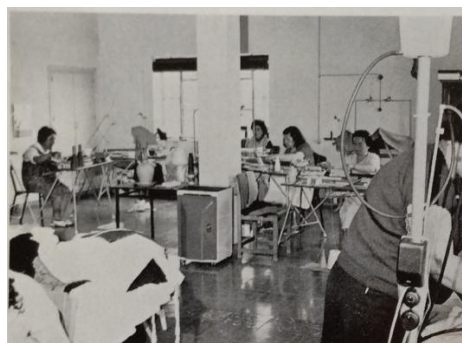


Tabla 7. Personal adscrito al Departamento de Asistencia y Recuperación Común (D.A.R.C.). Figuras 18 y 19. Taller de tricotasas y sala de terapia ocupacional⁸⁴, respectivamente.

⁸¹ Propuesta de jerarquización de los servicios médicos del Hospital Psiquiátrico. 1974-1975. Archivo Regional de Murcia.

⁸² Convenio entre la Facultad de Medicina de Murcia y la Diputación Provincial. 14/10/1974.

⁸³ Informe sobre la plantilla del Hospital Psiquiátrico Provincial. 1975. Excma. Diputación Provincial de Murcia. Archivo Regional de Murcia.

⁸⁴ "Ayer, hoy y Mañana de la Asistencia Psiquiátrica". Excma. Diputación Provincial de Murcia. Depósito legal: MU- 230- 1975.

Además del personal médico, enfermería y cuidadores, un Auxiliar administrativo y una Asistente Social.

En el resto del hospital cabe destacar la falta de puestos de trabajo "hoteleros", es decir, de mantenimiento de las instalaciones y provisión de servicios necesarios por las personas que allí residen. Las tareas de limpieza se especifica en dicho informe que son realizadas por personal del centro (subalterno) dirigiendo a un grupo de enfermas, además se justifica la dificultad de contratar este servicio por la suciedad de los pabellones de crónicos. La "gran ayuda" de las enfermas también se explicita en las tareas de servir las comidas a lo largo del día, así como de otros servicios hoteleros.

En el año 1975 es cuando vemos mayor concentración de documentos y escritos enviados a la administración con propuestas para los servicios del Hospital Psiquiátrico, probablemente auspiciados por la jubilación de Valenciano. Uno de ellos es un informe sobre el servicio de Laborterapia⁸⁵ y Socioterapia del Hospital Psiquiátrico. En éste se describe la organización y situación del Departamento de Actividades Rehabilitadoras Comunitarias (S.A.R.) iniciando el proceso del enfermo en la terapia ocupacional, y luego integrándolo en la laborterapia y en las subsecciones de que se compone.

El presupuesto de Laborterapia del año 1974 constó de 2.250.000 ptas., ampliándose en el año siguiente en 250.000 ptas. (2,5 millones de ptas.). En cuanto a su organización el S.A.R. constaba de cuatro secciones: Laborterapia, Socioterapia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Formación Profesional, Orientación Laboral, Terapia por el Arte y Oficina.

El psico-club constituía la pieza fundamental en la función rehabilitadora del enfermo y se regía por una Junta Directiva que se elegía democráticamente entre los socios de número y una Junta Técnica que se formaba con personal del Centro que sirve de órgano asesor y orientativo. Los beneficios del club se podían obtener de: las cuotas mensuales de los socios, 20% de las manufacturas, 40% de la venta de mosaicos, y cafetería y tienda. El motivo de incluir porcentajes de beneficios de ciertos trabajos se debe a que los ingresos eran tan grandes que desproporcionaban los premios que se le daban al resto de enfermos asignados a otras tareas. Con ello se constituía la

⁸⁵ Informe sobre el Servicio de Laborterapia del Hospital Psiquiátrico Provincial. Archivo General de la Región de Murcia. 18/10/1975.

Caja del Club que era controlada por un funcionario administrativo del Centro. Dicha Caja llegó a sumar 1.334.518 ptas. en 1974 que se usaron para regalos a enfermos, contratación de grupo teatral, terapia ocupacional (tabaco, caramelos y pequeño material), excursiones e instalaciones del Club. Con respecto a las remuneraciones ver tabla 8.

REMUNERACIONES	CUANTÍA	DESCRIPCIÓN
Manufacturas	Baja	Sencillos: cordelería, sobres, envases, cartonaje...
Industriales	1/2 sueldo*	Carpintería, herrería, pintura, mosaicos, artesanía...
Granja y huerta		
Servicios	Sueldo*	Mantenimiento del edificio y servicios bajo la dirección de los encargados.
Contratos con exterior		Contratados por empresas particulares para realizar trabajos fuera.

Tabla 8. Remuneraciones de Laborterapia. Fuente⁸⁶. *Sueldo: quiere decir una cuantía equiparable a un sueldo por una actividad similar en la calle.

El personal del plano directivo constaba de el médico, el Jefe de Servicio, el administrativo con experiencia comercial y el técnico responsable de la sección de Laborterapia correspondiente. Existía una bolsa de trabajo a la que los pacientes podían apuntarse y elegir entre distintas posibilidades de trabajo según el que se requería por dicha bolsa. Los motivos para incluir a un enfermo en un taller o fase del proceso eran decididos por este plano directivo con lo cual la relación con la institución se veía afectada en gran medida por este hecho, ya que de sus relaciones con la misma dependían sus remuneraciones y, por así decirlo, su "puesto de empleo".

En febrero de 1975, a pocos meses de la jubilación de Valenciano, atendiendo a las sugerencias hechas por el presidente de la Diputación Provincial, Ginés Huertas Celdrán, y por el Diputado Visitador del Hospital

⁸⁶ Ver nota 76.

Psiquiátrico, éste elabora un proyecto de reforma de la asistencia psiquiátrica en la Región de Murcia⁸⁷.

Comienza justificando las necesidades de una reforma: en su momento la construcción del Hospital Psiquiátrico supuso una importante mejora, incluso se consideró un ejemplo a seguir en el resto del país, pero en la actualidad se encuentra con numerosas carencias y deficiencias lamentables. Advierte también sobre el error que supone considerar el Hospital Psiquiátrico como un lugar de reclusión para tranquilizar a la sociedad de la más heterogénea índole de pacientes, siendo necesaria la dispersión de la asistencia como ya se está llevando a cabo en otras naciones. Parte de las siguientes seis bases:

1. Ir por delante de los problemas, en lugar de hacerlo por detrás para solucionarlos de modo precario.
2. El Hospital Psiquiátrico puede albergar a menos personas de las que se pensó en su planificación (1.000).
3. Tipo de construcción muy económico y hacinamiento han provocado un rápido deterioro del edificio.
4. Servicios básicos como cocina y lavadero, resultaron desde el principio insuficientes.
5. La demanda hospitalaria ha crecido hasta casi el doble que cuando se inauguró, con casi el mismo número de personas internadas. Número de ingresos/año en 1965: 603, internados: 869; en 1973 número de ingresos/año: 1.167, internados 926.
6. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para una buena asistencia los hospitales psiquiátricos no deben contar con más de 600 camas.

Propone dos tipos de medidas: remodelación del Hospital Psiquiátrico ya existente y construcción de nuevos centros, un hospital psiquiátrico en Cartagena y Hogares psico-geriátricos.

En cuanto a la remodelación del Hospital Psiquiátrico del Palmar propone limitar la capacidad actual a 664 camas de crónicos y 130 de agudos. En total se perderían 132 camas, exigiría la construcción de un Pabellón psico-

⁸⁷ Proyecto de asistencia psiquiátrica en la provincia de Murcia. 2/2/1975. Archivo Regional de Murcia.

geriátrico dentro del recinto hospitalario con capacidad para 100 camas. Todo esto sin contar con el probable aumento de hospitalizaciones que vaticina, ocurrirían en los siguientes años.

En cuanto a los edificios de nueva construcción:

- A. Hospital Psiquiátrico de Cartagena para 100 enfermos de nuevo ingreso y con estancias no superiores a los cinco meses. Lo justifica porque un quinto de los ingresos del Hospital Psiquiátrico (207 ingresos/año) pertenecen a la zona de Cartagena, por su elevada industrialización, necesidades especiales por abundancia de militares y por ser la segunda comarca más poblada de la provincia. Daría una capacidad para 300 ingresos/año.
- B. Hogares psico-geriátricos a lo largo de la provincia para ancianos con problemas psíquicos. La justificación de estos Hogares sería el aumento de esperanza de vida, con el consiguiente aumento de patologías cerebrales, las dificultades de asistencia doméstica por pluriempleo de los familiares y la menor tolerancia social a los ancianos. En el Hospital Psiquiátrico representan la cuarta parte (247 internados). Su tratamiento es mínimo y la deshumanización aumenta debido a que las familias tienden a abandonar las visitas por encontrarse muchas a gran distancia de una asistencia centralizada. Las necesidades, calcula, serían: 100 camas en Murcia (ya mencionado), 60 camas en Cartagena, 30 camas en Lorca, 20 camas en Caravaca de la Cruz y 20 camas en Jumilla. Serían atendidos por médicos de la localidad y con periodicidad se realizarían visitas desde los hospitales psiquiátricos.

Finalmente, calcula que con el plan en conjunto se necesitarían 1.204 camas en la provincia, que todavía serían 71 menos de las que recomienda la OMS (1'5 camas psiquiátricas/1.000 habitantes). En este escrito asistimos a la primera proposición de ampliar la asistencia psiquiátrica más allá del Hospital Psiquiátrico de El Palmar y romper, así, la centralización de la asistencia. No obstante, aún esta situación está muy lejos de una asistencia de salud mental comunitaria.

Poco después del documento anterior, la Diputación Provincial de Murcia publica "Ayer, hoy y mañana de la Asistencia Psiquiátrica"⁸⁸, documento muy similar con algunas modificaciones, firmado únicamente por el presidente de dicha entidad. El documento está ilustrado con fotos y hace hincapié en los logros realizados durante la última década, obviando las críticas que Valenciano hacía en el documento anterior. Probablemente fue confeccionado por Luis Valenciano, según fuentes orales⁸⁹, que además era suegro de F. Martínez Pardo, podemos observar muchos de los datos a los que se refiere en esta planificación de la asistencia psiquiátrica. Este documento comienza con una presentación que acaba diciendo:

"La Asistencia Psiquiátrica en Murcia tiene una solera y una tradición reconocidas en toda España y nuestra misión es seguir ocupando los primeros puestos no sólo en la asistencia al enfermo, sino en docencia e investigación."

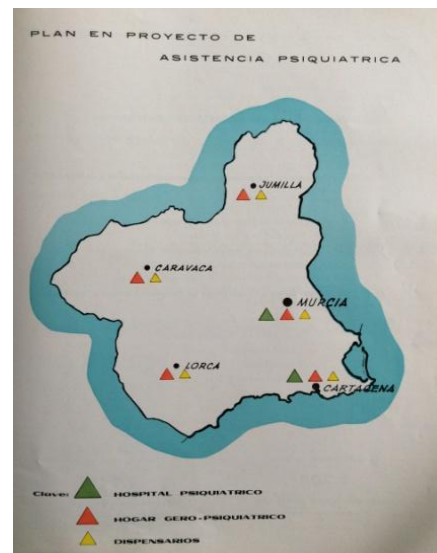


Figura 20. Fuente: ver nota 88.

Expone el plan de asistencia psiquiátrica ya comentado y añade cinco dispensarios o consultorios de Psiquiatría anejos a los Hogares psico-geriátricos. Ver figura 20.

Finalmente, en este documento, el presidente de la Diputación habla de promocionar la asistencia extrahospitalaria, en el seno de la comunidad, en consonancia con las modernas tendencias del resto del mundo como "un reto que la Corporación Provincial ha aceptado valientemente". Podríamos considerar este documento como el primer protoplan de salud mental de la Región de Murcia por estar publicado y contener una planificación de la asistencia extrahospitalaria.

⁸⁸ Ver nota 84.

⁸⁹ Entrevista a Matías Valverde García. 10/10/2014.

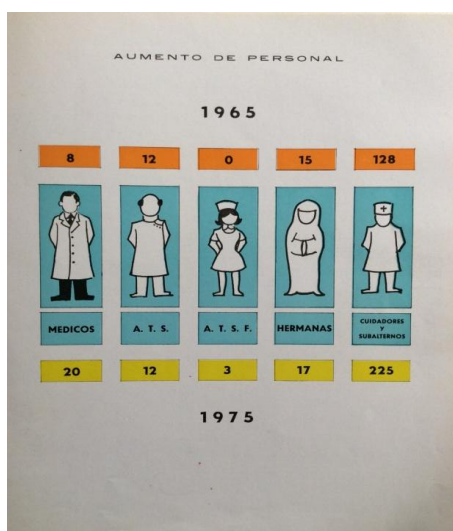


Figura 21. Fuente: ver nota 88.

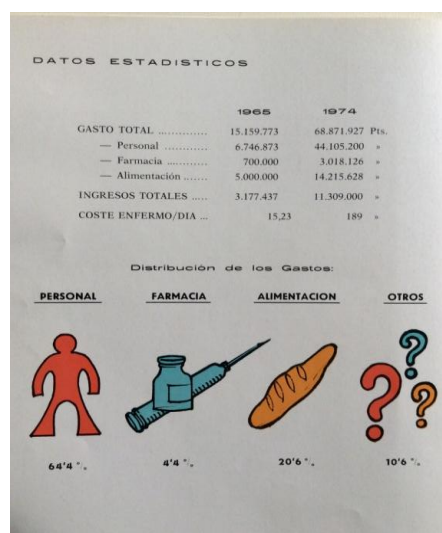


Figura 22. Fuente: ver nota 88.

En la Figura 21 se muestra un aumento de la plantilla de personal principalmente subalterno y médico. Obsérvese la separación entre sexos en los A.T.S.

En la Figura 22 podemos ver que los gastos del H.P. evolucionan hacia un incremento en 8 veces del gasto en personal, mientras que los gastos de farmacia y cocina se incrementan en 3 veces.

Como muchos escritos y documentos de la época se ensalza la calidad de la asistencia en este HP sin tacha. Trata de hacer un balance de los cambios ocurridos en el HP en los diez años transcurridos desde su inauguración (1965) hasta el momento del presente (1975), en cuanto a los siguientes aspectos:

En cuanto a los ingresos del Hospital Psiquiátrico, a partir del año 1968 se comienza a cobrar por las consultas del consultorio público. Uno de las principales fuentes de ingresos son los cobros por las estancias a los pensionistas y el Fondo Nacional de Asistencia Social creado en 1960 para personas que no eran beneficiarias de la Seguridad Social. Los talleres de Laborterapia, como ya se ha dicho, en gran parte, se autofinancian.

AÑOS (*) / GASTOS (**)	GASTOS MATERIAL	GASTOS PERSONAL	INGRESOS (GRANJA+ TALLERES)	COSTE ENFER MO/DÍA	ESTANCI A MEDIA (días)	INFLACIÓN NACIONAL (**)	GASTO NETO
1966	9.869	10.479	1.969	60	-	6.36	18.379
1968	10.467	17.945	3.142	85	184	4.72	25.270
1969	11.907	16.858	4.414	84	178	2.19	24.351
1970	13.340	26.668	4.960	116	315	5.72	35.047
1971	15.962	23.374	11.026	111	319	8.23	28.110
1972	17.191	24.676	10.248	115	-	8.33	31.618
1974	44.105	24.766	11.309	189	310	15.7	57.562

Tabla 9. Saldo de ingresos y gastos del Hospital Psiquiátrico durante dicha década. *No se han encontrado las memorias de 1967 y 1973. **En millones de pesetas. *** Fuente: INE.

En cuanto a entradas y salidas aumentan de forma muy notable tanto los internamientos como las altas en igual proporción en más del doble a lo largo de esta década. En parte esto venía sucediendo de forma paulatina desde principio de siglo en toda España, excepto durante la guerra civil y la inmediata posguerra en la que disminuyeron⁹⁰, por causas de diversa índole como el cambio de modelo social y económico del agrario al industrializado, la promesa de los nuevos psicofármacos y, a nivel regional, por la inauguración de un nuevo H.P. con nuevas y modernas instalaciones.

AÑO	POBLACIÓN			INGRESOS			REINGRESOS			ALTAS			MUERTES		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
1966	510	379	889	286	177	466	200	101	301	459	246	705	25	17	42
1967			860												
1968	519	378	897	272	166	438	323	191	514	549	320	869	27	19	46
1969	535	402	937	324	163	487	386	180	566	647	312	959	37	25	62
1970	551	393	944	296	159	455	463	174	637	714	317	1.031	34	29	63
1971	570	393	963	309	162	471	441	200	641	699	324	1.023	37	16	53
1972	586*	441*	936	286	173	459	469	214	683	744	376	1.120	25	24	49
1973	534	393	927												
1974	573*	410*	944	363	143	506	493	259	752	798	389	1.187	28	26	54

Tabla 10. Fuente: Memorias del Hospital Psiquiátrico. Años 1966-1974. Los datos de población se refieren a 1/01/...*Los datos son medias anuales. Las Memorias de los años 1967 y 1973 no se han encontrado (datos poblacionales provienen de otras memorias). Hay que tener en cuenta las variaciones

⁹⁰ Ver nota 16.

estacionales: en Navidad algunos pacientes eran dados de alta para estar con sus familias y en verano muchos eran ingresados para respiro familiar (vacaciones)⁹¹.

Durante los últimos años, Luis Valenciano se encarga de la docencia de psiquiatras y psicólogos de la universidad, no pudiendo acceder al cargo de catedrático por no tener terminada su tesis doctoral. Valenciano se jubila el 6 de junio de 1975, contando con 70 años de edad. Pocos meses antes de jubilarse pasa a formar parte de la Real Academia de Medicina de Murcia.

Como podemos ver la trayectoria y obra de Luis Valenciano es amplia y trata en gran medida los aspectos relacionados con la asistencia psiquiátrica: potenciación de la laborterapia y del empleo protegido, demanda de asistencia ambulatoria y sectorizada, denuncia el estigma social y el abandono de los enfermos mentales en centros residenciales (hospitales psiquiátricos). Su deseo fue crear un "pueblo" en el que pudieran convivir los enfermos para luego poder reintegrarse en la sociedad y consiguió que el de El Palmar llegara a ser, dentro del territorio nacional, uno de los hospitales psiquiátricos más modernos, dignos y a la altura de cualquier innovación técnica que en aquellos tiempos surgiera.

Tuvo un compromiso reformista con denuncias claras y públicas a las carencias de la asistencia psiquiátrica nacional y regional, sin embargo, debido a la coyuntura política derivada de la dictadura franquista y el inmovilismo institucional que acarreó, nunca pudo llegar a ver gran parte de las reformas que solicitaba como director del Hospital Psiquiátrico y como presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.



Figura 23. Luis Valenciano Gayá.

⁹¹ Entrevista a Concepción Rivera Rocamora. 25/04/2014.

IV. 1. 4. La escuela de Barcia

Tras un breve período en el que el Dr. Sabater Sanz fue director en funciones del Hospital Psiquiátrico -meses-, Demetrio Barcia Salorio es nombrado Director Médico del Hospital Psiquiátrico a la vez que catedrático del departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Murcia en 1975, siendo de este manera el primer catedrático de la facultad de Medicina. Según una entrevista realizada poco después de su jubilación⁹² (2002), afirma que vino a Murcia por su mujer, la psiquiatra Pilar Fuster, que falleció a los pocos años de llegar a Murcia (1979). También dice haber pedido que se creara la cátedra porque no quería dejar la carrera universitaria de la que venía de ser catedrático en Santiago de Compostela desde 1972. Luis Valenciano sigue acudiendo al Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" (bautizado así tras la muerte de dicho psiquiatra).

A los pocos meses, viene a Murcia el psiquiatra Jose María Morales Meseguer a impartir la asignatura de Psicología Médica para el curso 1975-1976, dentro de una sección creada en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Murcia.

Previamente se había encargado de la cátedra de Psicología que dejó vacante el profesor José Luis Pinillos en la Universidad de Valencia, había sido colaborador de los doctores Barcia Goyanes y Román Alberca en dicha universidad. A Murcia venía de la mano de Demetrio Barcia, compañero de carrera y con el que había colaborado también en la Cátedra de Psiquiatría de Santiago de Compostela desde 1973, donde lo sustituyó unos meses antes de venir a Murcia.

Al año siguiente, 1976, se incorpora, por concurso nacional de méritos, a su puesto de Jefe de Sección de Psicopatología del Departamento de Medicina Interna de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, ya trasladada ésta a El Palmar en 1975⁹³, donde ya trabajaba el psiquiatra Felipe Serrano Laliga. En los años posteriores se van incorporando otros médicos que hacen la residencia con Morales en dicho hospital. Con esto se inaugura el primer

⁹² "Demetrio Barcia Salorio, un gallego capaz de encontrar belleza hasta en la locura". <http://www.diariosalud.net/content/view/full/723/258/> (consultado el 15/01/2015).

⁹³ VERA FERRÁNDIZ, J.A.; PEDRAJA, M.J. "José María Morales Meseguer, un capítulo de la psicología en Murcia". Revista de historia de la Psicología 1995, vol. 16, nº3-4. pp. 263-271.

servicio de psiquiatría en un Hospital General de la Región de Murcia, aunque en forma de unidad de Psicósomática con características especiales: constaba de una consulta externa que atendía las interconsultas de otras especialidades del hospital y de los pacientes remitidos desde las consultas de la Seguridad Social (neuropsiquiatras de zona). No se presentaba como una alternativa al internamiento, que se seguiría haciendo en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca.

Con Barcia van a cobrar un gran auge la investigación y la docencia, con él comienzan a formarse gran número de estudiantes de Medicina en su Escuela de Especialistas en Psiquiatría y Psicología Médica, ubicada en el Hospital Psiquiátrico. Formó lo que se ha acabado acuñando como "La escuela de Barcia", la cual fue responsable de la formación de muchas promociones de psiquiatras y psicólogos.

La docencia se realizaba en conjunto con los médicos del Hospital Psiquiátrico que a veces se hacían a cargo de las clases para los futuros psiquiatras y psicólogos. Las bases comunes de la formación eran la psicoterapia teórica y aplicada y los contenidos específicos eran básicamente: la medicación y patología médica para los psiquiatras y la formación en test neuropsicológicos para los psicólogos. La admisión de los mismos era bastante arbitraria y personalista, Barcia llega a reconocer que su criterio de selección era en función de que sus alumnos jugaran al tenis, simpatías personales⁹⁴, etc. Durante un período se les hacía un test de Rorschach⁹⁵ para seleccionar a los aspirantes con un criterio psicopatológico.

En 1976, el Dr. Valverde, llevó a cabo una experiencia en la tercera planta de un pabellón tradicional, fueron trasladadas 23 pacientes a fin de constituir una Comunidad Terapéutica cuya actividad más novedosa consistía en salidas al exterior de las pacientes, sin compañía de personal sanitario. Posteriormente, sólo 10 de las 23 pacientes con las que comenzó la experiencia, fueron trasladadas a unas dependencias desocupadas, independientes del pabellón para ensayar la convivencia como en un piso asistido que, con el tiempo fue coloquialmente llamado "el piso de solteras".

⁹⁴ Ver nota 77.

⁹⁵ Entrevista con Luis López Sánchez. 17/03/2014.

En septiembre de 1977 se inaugura el Hospital de Día⁹⁶, que entra en funcionamiento durante ese curso académico y se cierra en junio de 1978 por falta de personal⁹⁷, proyecto de Francisco Román Moreno que ya venía gestando desde hacía unos años. En la memoria del Hospital Psiquiátrico de 1978 encontramos una reseña hacia la importancia de esta modalidad asistencial, acreditada su eficacia en el tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales durante cincuenta años (primer hospital de día en 1933 en la URSS⁹⁸) y que se va imponiendo a la asistencia tradicional en régimen de internamiento completo. Habla de utilizar los medios terapéuticos que han demostrado los mejores resultados en el tratamiento de la enfermedad y la reinserción social en las esferas biológica, psicológica y social. La jornada terapéutica es de 9:00 a 17:00. Una de las ventajas de este enfoque es que el enfermo no pierde el contacto con su familia y entorno social. Se evitan los tratamientos "de por vida" (sic), el abandono familiar, se disminuye la probabilidad de demenciación que produce el internamiento prolongado y sobre todo se facilita que el enfermo se reintegre a la sociedad en un tiempo más corto y con menos posibilidades de reingreso. En 6 meses se valora que el funcionamiento ha sido bueno, ya que de 50 enfermos que han atendido, la mitad se han reintegrado a su vida habitual, no obstante, admiten que falta tiempo para valorar de un modo objetivo. Este Servicio estuvo tan apoyado por la colaboración de estudiantes de Medicina, A.T.S. y Psicología que tuvo que cerrarse a principios de verano de 1978 al marchar de vacaciones los alumnos y carecer de personal de plantilla para continuar la asistencia. A pesar de esto, el "ensayo" se consideró positivo por el propio personal y dirección del Centro.

En noviembre de 1977 se crea la Unidad de Alcoholismo⁹⁹ en un primer intento de ofrecer un tratamiento diferenciado al paciente alcohólico de nuevo ingreso o con posibilidades de seguir un programa de rehabilitación amplio "que pretende ser una nueva modalidad de tratamiento anti-alcohólico de acuerdo con los modernos principios de la comunidad terapéutica".

⁹⁶ Ver nota 30. El Hospital Psiquiátrico de El Palmar: primera etapa (1966-1986).

⁹⁷ Memoria del Hospital Psiquiátrico de 1978. Diputación Provincial de Murcia. Archivo Regional de Murcia.

⁹⁸ Revista del psico-club "Luis Valenciano". *Ambiente*, nº 0. Marzo, 1978.

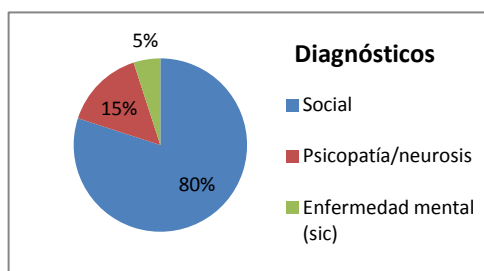
⁹⁹ Memoria del Hospital Psiquiátrico. 1978.

Su actividad se desarrollaba en el espacio físico de la antigua unidad de ingresos de hombres en el pabellón central exclusivamente en horario de mañanas, pasando el resto del día en el 2º Pabellón de Hombres donde se procura una cierta separación del resto de pacientes adjudicándoles preferentemente la tercera planta del mismo.

El objetivo era reducir el tiempo de internamiento e incorporar al tratamiento del mismo a las familias. Además de los tratamientos farmacológicos se incluyeron abordajes psicoterapéuticos grupales con ex-alcohólicos, reuniones de pacientes, familiares y entrevistas psicológicas. El personal constaba de un psiquiatra (Manuel Galiana), un psicólogo clínico (Jose Luís López-Mesas), un psicoterapeuta (Óscar Estrada), una asistente social (Julia Bascuñana), un A.T.S. femenino, una monitora y un auxiliar. Además colaboraban médicos residentes y psicólogos así como estudiantes de psicología. En Julio del 1978 aparece una noticia-reportaje¹⁰⁰ que habla del alcoholismo y su aumento progresivo en Murcia -y España- desde los años 40, últimamente afectando cada vez más a jóvenes y mujeres. Ver tabla 11 y gráfico 1 con las estadísticas de la Unidad.

Unidad de Alcoholismo	%
Remisión total en los primeros 6 meses	60
Recaída moderada	20
Reincidentes	20

Tabla 11. Gráfico 1. Fuente: Ver nota 99.



La recuperación dentro del hospital pasa por tres fases progresivas: desintoxicación, deshabitación y rehabilitación. En esta última fase es donde se realizan las psicoterapias de grupo y un círculo cultural anti-alcohólico, actividades en las que también participan estudiantes de Psicología. Por iniciativa de antiguos residentes del Hospital Psiquiátrico se creó la Asociación de alcohólicos rehabilitados de Murcia (A.R.E.M.).

Además de estas dos nuevas unidades, en la memoria del año 1978 también aparece nombrada una unidad de Electrosueño, especialmente indicada para adictos. Por último alude a la potenciación de la psicoterapia en

¹⁰⁰ "Alcoholismo en Murcia". La verdad, fechado en julio de 1978.

el Hospital de Día y unidad de Alcoholismo. Observamos una intención de innovar en técnica y métodos diagnósticos pero pocos cambios sustanciales en lo asistencial.

En 1977 se crea la primera consulta de neuropsiquiatría en Lorca, dependiente de la Seguridad Social, plaza que ocupa el psiquiatra Aniceto García Martínez durante los siguientes 24 años. En este momento en total hay 11 consultas de neuropsiquiatría en la Región de Murcia: 8 en Murcia, 2 en Cartagena y 1 en Lorca, todas ellas dependientes de la Seguridad Social.

Ese mismo año se

Ese mismo año se inaugura también el pabellón geropsiquiátrico, con capacidad para 96 enfermos mayores de 60 años. Ver Figura 24.

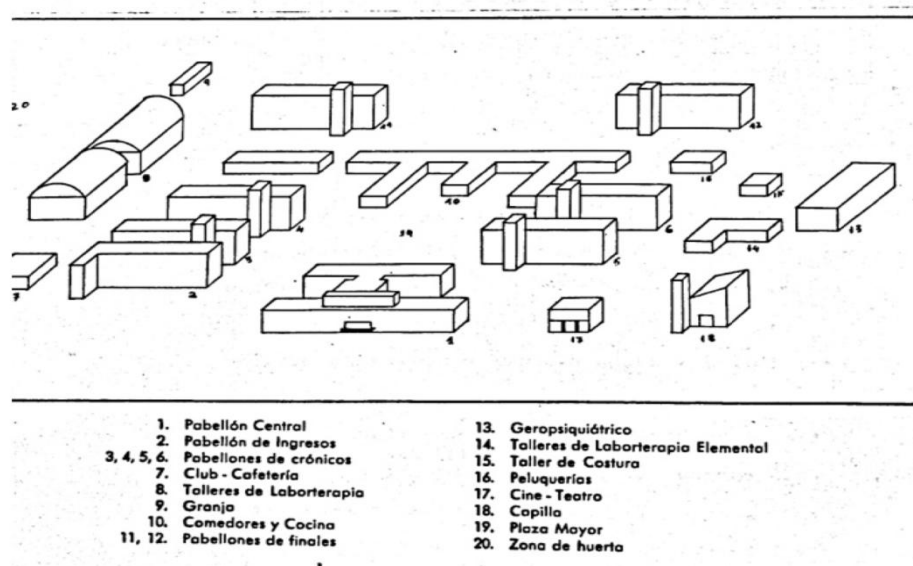


Figura 24. Hospital Psiquiátrico en 1980. Fuente: ver nota 99.

En la prensa¹⁰¹ podemos observar una polémica entre el Diputado Visitador (Pedro Sáez Solbes) y el Profesor Barcia, como era nombrado habitualmente, que provocó el nombramiento de la figura del director gerente del Hospital Psiquiátrico con lo que Barcia pasó a ser director médico.

En 1977 toma posesión del cargo de Director gerente Manuel Pérez Séiquer, primero en el cargo, en su discurso de investidura¹⁰² hace un llamamiento a la colaboración con todos los profesionales del centro, especialmente al Diputado Visitador, al Administrador (sr. Pérez Molina), a

¹⁰¹ "Problemas entre médicos del Psiquiátrico y la Diputación". Línea. 25/05/1977.

¹⁰² Discurso de investidura del Director Gerente del Hospital Psiquiátrico Manuel Pérez Séiquer. 1977.

Demetrio Barcia y a la Comunidad de Religiosas. A continuación se ofrece como persona cercana, compañero y amigo para todo aquel que trabaje en el Hospital Psiquiátrico, cualquiera que sea su nivel o rango, pero que aquellos que intenten NO (sic) cumplir con su deber será un difícil adversario. Su tarea será coordinar e impulsar el prestigio del Centro y de la Corporación a la que pertenece. Finalmente, aboga por enfatizar la importancia del trabajo en equipo.

En un reportaje acerca de la salud mental en Murcia¹⁰³ en el periódico La Verdad en el que se entrevista a varios psiquiatras del centro y en especial al Dr. Galiana que denuncia la falta de universalidad y gratuidad de la salud mental en nuestro país -a diferencia de otros países europeos-, las dificultades para el tratamiento de pacientes alcohólicos en un hospital psiquiátrico, la altura de las rejas de los pabellones de crónicos -pacientes que deberían estar en otros centros-. Galiana habla de que en el Hospital Psiquiátrico la antipsiquiatría italiana no tiene muy buena prensa. Que los regímenes de puertas abiertas -como se estaba realizando en el Hospital de Bétera en Valencia- habían demostrado ser un fracaso, viendo más adecuado un sistema de permisos de salidas a los pacientes, o la supresión del electrochoque y los manicomios en Italia era darle la espalda a un problema que existe auténticamente. Como vemos muchos de estos argumentos denotan el desconocimiento de las tesis basaglianas en este momento en la psiquiatría de Murcia.

El año siguiente se produce la destitución del Diputado Visitador^{104,105} por discrepancias entre el diputado y el presidente de la Diputación (Portillo Guillamón) en cuanto al convenio realizado entre el Ministerio de Defensa para la asistencia médica al personal militar y a sus familiares en el hospital provincial y psiquiátrico. El diputado argumentaba que el Hospital Psiquiátrico no reunía las condiciones necesarias para una asistencia adecuada ni habitaciones individuales -como se estipulaba para jefes y oficiales- ni personal suficiente. También hizo alusión a que en ese mismo día tenían a cuatro enfermos atados por falta de personal suficiente, afirmación que desató las

¹⁰³ "Un día en el Psiquiátrico. Falta personal". La verdad, página 7. 09/07/1978.

¹⁰⁴ "La presidencia cortó el debate con el diputado Sáez Solbes". La verdad, página 3, 12/09/1978.

¹⁰⁵ "Cesado Sáez Solbes". Línea 11/09/1978.

críticas a su gestión del presidente de la Diputación, añadiendo que el que los enfermos estuvieran atados era algo normal y necesario en un hospital psiquiátrico, como que a muchos no les conviene estar solos en una habitación.

Comienzan a sucederse numerosos paros sindicales reclamando derechos laborales, movimiento que cogió un importante auge en este hospital principalmente a manos de la UGT (Unión General de Trabajadores)¹⁰⁶ probablemente auspiciado por las aún peores condiciones laborales que presentaban los trabajadores de la Diputación Provincial con salarios mucho más bajos que los de los de la Seguridad Social¹⁰⁷.



Figura 25. Revista Ambiente

En 1978, tras un año de parón en la publicación de la ya mencionada revista Ambiente, se vuelve a editar ésta con características diferentes a lo que había venido siendo su publicación: esta revista tiene una tirada de 400 ejemplares que se venden a 75 pta. fuera y dentro del Hospital Psiquiátrico, con una periodicidad trimestral, y que constaba de unas 40 páginas por ejemplar. Otro de los cambios que se producen es que ya no es exclusivamente confeccionada por los enfermos sino que los profesionales del Servicio de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico participan en la creación de artículos, principalmente las editoriales y entrevistas, junto con los enfermos (grupo de los "intelectuales"). La revista¹⁰⁸ lleva en su portada, como se puede observar en la Figura 25, una imagen de un pirograbado de Párraga, famoso pintor y escultor murciano, que tuvo numerosos ingresos hospitalarios en dicho hospital por descompensaciones psiquiátricas. La periodicidad de la revista sufrió algunos reveses durante algunos trimestres, principalmente en los últimos números por diversos motivos que más adelante se especificarán. El último número es publicado en 1986.

¹⁰⁶ "Reunión en el Psiquiátrico". Línea, 23/09/1978.

¹⁰⁷ "Administración pública: Ayer, jornada de lucha. Concentración en las puertas del auditorio". Línea 24/08/1978.

¹⁰⁸ Revista *Ambiente*, nº 5. Tercer trimestre de 1980.

En 1979 se produce el nombramiento de Barcia como Jefe de Servicio del Hospital Psiquiátrico en materia de docencia¹⁰⁹. Esto abarcaría la formación a alumnos de la Facultad de Medicina, postgraduados que deseen especialización psiquiátrica, médicos, A.T.S., Asistentes sociales, auxiliares y funcionarios de la Diputación.

En el mismo año se concede la Cátedra de Psicología Médica a Jose María Morales Meseguer¹¹⁰ y comienza a formar psicólogos clínicos en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca perteneciente al INSALUD, paralelamente a la escuela de Barcia, apenas a pocos metros.

En Mayo de 1979¹¹¹ se celebra en Murcia el Primer Congreso Nacional de Sociedades Psiquiátricas con la participación de la Sociedad Española de Psiquiatría y la de Psiquiatría Biológica, con un marcado carácter biologicista, al que acudieron varios psiquiatras internacionales, entre ellos el triestino De Vanna, partidario, aunque crítico, de la reforma psiquiátrica italiana.

En cuanto al movimiento de pacientes en el Hospital Psiquiátrico de estos años observamos una importante disminución del número de internados merced al alto número de altas que se produjeron. Probablemente esto se produce por la entrada de nuevos médicos al hospital en los últimos años de Luis Valenciano como director y en los alumnos de la escuela de Barcia, partiendo del momento de mayor número de población en el Hospital Psiquiátrico (1974: 944 internados) hasta llegar a 792 internados. También es preciso hacer notar el altísimo número de ingresos de pacientes alcohólicos que, con toda seguridad, hace aumentar el número de altas, pues son pacientes con menor tendencia a la cronificación.

En este momento la Región de Murcia cuenta con una población de 936.706 habitantes. La distribución por camas en el Hospital Psiquiátrico era de aproximadamente: 1 cama/ 1.000 habitantes.

¹⁰⁹ Convenio entre la Diputación Provincial de Murcia y la Cátedra de Psiquiatría de la facultad de Medicina. 26/03/1979.

¹¹⁰ CARLES EGEA, F. "In memoriam, José María Morales Meseguer". Revista de la A.E.N., vol. X, nº32, 1990.

¹¹¹ "Inaugurado el Primer Congreso de Sociedades Psiquiátricas". Línea (Local). 11/05/1979.

AÑO	POBLACIÓN			INGRESOS			REINGRESOS			ALTAS			MUERTES		
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T
1975	564	380	944	355	223	578	551	282	833	746	399	1.145	41	25	66
1976	545	377	922	269	156	425	545	331	876	882	500	1.322	24	32	56
1977	513	332	845	197	131	318	558	332	890	769	460	1.229	18	27	45
1978	471	308	779	229	111	340	611	348	959	837	420	1.257	20	9	29
1979	454	338	792	249	112	361	659	337	996	895	450	1.345	16	14	30

Tabla 12. Entradas y salidas del Hospital Psiquiátrico. Fuente: Memorias del Hospital Psiquiátrico Román Alberca, años 1975-1979 a 1/01/...

Demetrio Barcia aportó un nuevo enfoque investigador y docente como correspondía a un catedrático de Psiquiatría que venía del mundo de la Universidad. Sin embargo, los aspectos asistenciales le interesaron poco. La reducción del número de internados fue debida, probablemente, a que el equipo de psiquiatras que había dejado Luis Valenciano, ya con una cifra suficiente como para poder realizar cambios en la media de las estancias de los pacientes que allí ingresaban, seguía en la línea del antiguo director y Barcia no les supuso ningún tipo de dificultad a la hora de tomar sus propias decisiones. Como hemos podido ver no obstaculizó la creación de un Centro de Día, pequeñas comunidades terapéuticas en su seno..., ni otras iniciativas de los psiquiatras pre-existentes en el hospital. En la escuela de Barcia se formaron muchos de los psiquiatras y psicólogos clínicos que, posteriormente, de la futura red de salud mental, muchos de ellos, como veremos, protagonistas de los cambios que se comenzaban a propugnar en aquellos momentos.



Figura 26. Demetrio Barcia Salorio (centro) y primeras generaciones de médicos y psicólogos en formación (1978).

IV. 2. Marco científico y político

IV. 2. 1. Modelo Comunitario en Salud Mental

Antes de poder entrar en valoraciones acerca de un proceso de reforma psiquiátrica es necesario definir los términos en los que entendemos tanto ésta como el Modelo Comunitario en Salud Mental.

La Reforma Psiquiátrica podríamos definirla como el proceso, en poquísimos lugares acabado, de tomar posición ideológica y técnicamente frente al modelo médico tradicional de atención a la problemática psíquica basado en la reclusión manicomial y la exclusión de los enfermos mentales de la sociedad a un modelo democrático basado en la máxima integración de los usuarios de los servicios de salud mental en su comunidad procurando reducir el contacto hospitalario en la mayor medida posible, destinado sólo para crisis que ocasionarían riesgos difíciles de asumir por la comunidad y/o familia del sujeto, colocando, por tanto, el énfasis del tratamiento en el entorno extra-hospitalario.

El movimiento de higiene mental en EEUU, las comunidades terapéuticas inglesas y la psicoterapia institucional francesa son movimientos de cuestionamiento del manicomio y de la psiquiatría tradicional que se desarrollaron tras la Segunda Guerra Mundial y fueron el antecedente inmediato a la salud mental comunitaria.

En 1963 se legisla en EEUU, mediante el Community Mental Health Centers Act, el procedimiento para instaurar los centros de salud mental comunitarios. Muchos autores fechan aquí el inicio de la tercera revolución psiquiátrica. En esta y la siguiente década países como Francia, Inglaterra e Italia inician también sus procesos de Reforma Psiquiátrica mediante diversas actuaciones y legislación al respecto. En España como ya hemos apuntado, las experiencias de reforma en los hospitales psiquiátricos en la década de los 70 no llegaron a buen puerto aplastadas por la fuerte represión del régimen

franquista, que tuvo que desaparecer para permitir que se fueran haciendo posibles los cambios en el paradigma de salud mental comunitaria.

En Europa, uno de los primeros hitos, supone la Conferencia Regional Europea de la OMS (Escocia, 1972) en la que se plantea la necesidad de cambiar la política en materia de Salud Mental, en el camino de la asistencia en la comunidad.

En las Recomendaciones del Consejo de Europa (1976), la OMS sigue incidiendo en este sentido, hasta llegar a la mítica, por su efecto revulsivo y potenciador, Conferencia de Alma-Ata en 1978 donde se establecen los principios de la Atención Primaria. Aquí la OMS comienza a plantear su estrategia "Salud para todos en el año 2000": la Salud como norma de vida, la prevención de la enfermedad y los cuidados comunitarios al alcance de toda la población, en un documento elaborado para la Región Europea. La implicación política fundamental es la de que la Salud es responsabilidad del Estado en su conjunto. Se plantea como necesidad el paliar el rechazo que en los países industrializados provocan los enfermos mentales.

Siguiendo a Desviat¹¹² los servicios comunitarios deben tener las siguientes características:

- Accesibilidad y descentralización de los servicios.
- Información sobre la existencia de los mismos.
- Gratuidad.
- Disponibilidad.
- Continuidad por el mismo equipo de los tratamientos.
- Investigación y formación del personal.

Y dentro de las técnicas imprescindibles, las de intervención en crisis junto con los conceptos de poblaciones con riesgo especial y situaciones de alto riesgo (puerperio, primera infancia, pubertad, climaterio, heridas narcisistas, post-brote psicótico, catástrofes, duelos, etc...).

¹¹² Ver nota 15.

Caplan basó su Psiquiatría Preventiva¹¹³ en la intervención adecuada sobre el duelo para evitar su desenlace en las secuelas psicopatológicas de superación enfermiza de las crisis de aflicción. La crisis representa una oportunidad para el desarrollo de la personalidad con el peligro de un mayor desequilibrio psicológico, cuyo desenlace depende del manejo que se haga de ella. Para ello propone realizar un trabajo preventivo con estas poblaciones/situaciones de riesgo, evaluar a la persona y su contexto, planificar la actividad terapéutica tendente a la superación de la crisis, ayudar al sujeto a ponerse en contacto con los sentimientos ocultos tras la fenomenología de la crisis y a obtener un conocimiento intelectual de su significado y tras la resolución de la crisis realizar una nueva evaluación y planificar la posterior actividad terapéutica. Otro tipo de acciones que se proponen son la intervención familiar (Minuchin).

Los diferentes niveles de actuación son:

- Prevención primaria: Reducción de la incidencia. Detección y estudio de grupos y situaciones de alto riesgo. Abarca la evaluación de necesidades (mediante estudios epidemiológicos, sociales, sobre el terreno...), el fomento de la salud, la educación sanitaria, la psicoprofilaxis y la intervención en crisis.
- Prevención secundaria: Reducción de la prevalencia. Detección precoz y tratamiento reparador. Se debe partir de una logística de utilización óptima de recursos.
- Prevención terciaria: Reducción de las secuelas de la enfermedad, rehabilitación y reinserción social.

Sin una Atención Primaria adecuada, con el necesario paso del consultorio al Centro de Salud, no se pueden implementar actuaciones de salud mental comunitaria. En el nivel de Atención Primaria es preciso que se imparta una formación por parte de los equipos de Salud Mental, de forma que el médico sea capaz de hacer frente tanto a lo somático como a los afectos que lo acompañan.

Sumado a todo esto resta añadir el rumbo desinstitucionalizador que le imprimieron movimientos como la Psiquiatría Democrática en Italia (Basaglia),

¹¹³ Caplan, G. "Principios de Psiquiatría preventiva". 1966. Paidós.

la Antipsiquiatría inglesa, autores como Goffman (Internados), Szasz (El mito de la enfermedad mental), Foucault, Burton (the institutional mind)...que hacían una crítica cruda y abierta a la institucionalización, de todo tipo, pero especialmente la psiquiátrica, quedando descritos los procesos de demencia secundaria a la larga estancia en instituciones psiquiátricas.

Lo deseable sería huir de las situaciones "institucionalizantes": evitar el hacinamiento, respeto a la individualidad, evitar la segregación, fomento de la autonomía, re-subjetivizar la asistencia, implicación del resto del tejido social...

IV. 2. 2. Situación política española. *La transición*

El análisis del contexto normativo de la legislación sanitaria lo haremos desde un somero enfoque de la realidad sociopolítica que surgió después del régimen dictatorial del General Franco surgido tras la guerra civil española.

Puede decirse que tras la muerte del General Franco en noviembre de 1975 se produjo el agotamiento total de dicho régimen dictatorial, inaugurándose una época en que los movimientos de las diversas fuerzas políticas impulsaron la reforma de dicho régimen a la democracia que en la actualidad tenemos. Ciertamente la cuestión capital que se presentaba tras la dictadura era bien la reforma del régimen hacia una democracia, o bien la ruptura total con el pasado y creación de uno nuevo sin la participación de los actores del pasado.

Al final triunfó la opción de la reforma y que aquí no nos corresponde analizar el por qué del éxito de esa opción, algo que corresponde más bien a una tesis de índole histórico político que analizara ese tránsito desde otras ópticas. En todo caso es necesario esta somera referencia para ver la evolución legislativa que regula actualmente la sanidad.

El hito jurídico político que inicia el camino de esa reforma de un régimen dictatorial como el franquista hacia la actual democracia fue la Ley para la Reforma Política (Ley 1/1977, de 4 de enero). Ley que fue aprobada en referéndum el 15 de diciembre de 1976. Fue la Ley que permitió articular la transición española a un sistema constitucional.

En desarrollo de dicha Ley se convocaron las primeras elecciones verdaderamente democráticas que se celebraron el 15 de junio de 1977. Previamente se produjo, no sin graves tensiones políticas, la legalización del Partido Comunista que participó en dichas elecciones con pleno derecho. Resultado de dicha convocatoria electoral fueron unas Cortes Constituyentes, es decir encargadas de aprobar una Constitución democrática homologable a los países occidentales entre los que nos encontramos.

La creación del Ministerio de Sanidad en 1977, que integra la DGS (Dirección General de Sanidad) y el INP (Instituto Nacional de Previsión) así como la subsecretaría de la Seguridad Social instaurarían las bases de un sistema nacional de salud.

Mención especial debe hacerse a los Pactos de la Moncloa, denominados así por ser el lugar donde se firmaron el día 25 de octubre de 1977, la sede de la Presidencia del Gobierno. Su origen fue la grave situación económica en que se encontraba España, tras la brusca subida del precio del petróleo en el año 1973, que produjo unas altas tasas de paro y que ya no podían quedar ocultas en la emigración como había ocurrido durante la dictadura, y por una muy alta inflación que llegaba al 26% y que amenazaba con llegar a convertirse en hiperinflación. Digamos que no podía construirse un nuevo régimen o hacer una transición sin solucionar la crisis económica, pues ello conduciría a que quedara lastrado de incapacidad de resolver problemas esenciales de los españoles.

El Presidente del Gobierno a la sazón, Adolfo Suárez, encargó a su Ministro de Economía, el profesor de Estructura Económica, Enrique Fuentes Quintana la elaboración de un acuerdo marco para conseguir la estabilidad necesaria que permitiera realizar una transición política, dado que el gabinete carecía de mayoría absoluta. Al final los Pactos de la Moncloa fueron un éxito que incluso hoy todavía se invocan como remedio de solucionar situaciones de crisis mediante pactos sociales. Formalmente fueron dos, denominados Acuerdo sobre el programa de reforma de la economía y Acuerdo sobre el programa de actuación jurídica y política. Firmados por todas las fuerzas políticas que en esos momentos estaban representadas en el Parlamento y por los Sindicatos legalizados supusieron una reducción importante de la conflictividad social y un consenso importante que permitió una transición democrática pacífica.

Obviamente, como corresponde a un Estado de Derecho, tales Pactos dieron lugar a las reformas legislativas correspondientes, parte de ellas aún perviven como legislación vigente, y aunque someramente también se refirieron a la sanidad con referencias a la Seguridad Social.

La tarea más importante realizada por las Cortes constituyentes surgidas de las elecciones de 1977 fue la redacción de la, hoy continúa vigente, Constitución de 1978 que tras ser aprobada por el Parlamento fue aprobada en referéndum por el pueblo español con una alta participación en el mes de diciembre de 1978.

Este texto normativo que se sitúa en la cúspide del ordenamiento jurídico de España no podía dejar de tener referencias a la sanidad. Así en el art. 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud (apartado 1), afirmándose en su apartado 2 que *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”*. Señalando en el apartado 3 que *“los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte”*.

El art. 41 regula la Seguridad Social, pues la asistencia sanitaria se consideraba una prestación de ésta, disponiendo que *“los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad...”*

El art. 49 supone una protección a las personas discapacitadas, dispone que *“los Poderes Públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”*.

El art. 50 supone un mandato de protección de la tercera edad, y en el art. 51 se alude a la protección de los consumidores.

Ahora bien debe tenerse en cuenta que tales mandatos se encuentran dentro del Capítulo Tercero del Título I, que tiene por título el de *“De los principios rectores de la política social y económica”*, y que según el art. 53.3 no resultan aplicables directamente, sino que *“informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Solo podrán*

ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen”.

Pero además de estos principios rectores no aplicables directamente, sino que precisan de desarrollo normativo, son importantes toda la regulación competencial que exigió la nueva estructura territorial del Estado contenida en el Título VIII, creador de las Comunidades Autónomas. Esta amplísima descentralización del Estado en las Comunidades Autónomas tuvo su reflejo en el art. 148.1.21, que estableció como competencia que podían asumir las CCAA *“la sanidad e higiene”*, lo que llevó a que todas ellas las incluyeran en sus Estatutos como competencia exclusiva, lo que incluso se ha reforzado en los llamados Estatutos de segunda generación, los aprobados entre los años 2006 y 2007.

No obstante, pese al título de competencia exclusiva de las CCAA, al Estado le otorga el art. 149.1 CE la competencia para formular las bases de la Sanidad, así como la coordinación general, la sanidad exterior y la legislación sobre productos farmacéuticos, títulos competenciales que le otorgan una amplia competencia al Estado en la sanidad. Sin que podamos olvidar la competencia relativa a la *“legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas”* (art. 149.1.17).

En 1977, gobernando la UCD, se crea una Comisión de Planificación y Organización de la Asistencia Psiquiátrica dentro del nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Elaboraron sus miembros un documento que, sin embargo, se quedó encima de la mesa.

Con anterioridad, en el primer gobierno del post-franquismo –con Arias Navarro de Presidente y Fraga de Ministro de la Gobernación–, se había constituido una Comisión Interministerial para afrontar la reforma de la Sanidad. En un primer documento se va a calificar a la psiquiatría española como *“la cenicienta de la sanidad”* expresión de éxito que he podido volver a leer en trabajos recientes.

En 1972 el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (P.A.N.A.P.) desaparece y se crea la Administración Institucional de la Sanidad Nacional

(A.I.S.N.A.) que se hace cargo de las funciones del organismo anterior (dispensarios).

En 1978 se crea el Órgano Preautonómico de la Región, el Consejo Regional de Murcia (1978-1983), el primer año gobierna la UCD (Antonio Pérez Crespo). Tras las elecciones del 30/7/1979 se nombra a Andrés Hernández Ros (PSOE) presidente del Consejo y posteriormente de la Comunidad Autónoma de Murcia, creada el 9 de junio de 1982.

IV. 2. 3. Política del PSOE en Salud Mental

En 1979 encontramos uno de los primeros documentos elaborados por un partido político democrático (PSOE) en relación con la reforma de la Salud Mental es el que reúne las ponencias presentadas a las Jornadas de Salud y Política Local¹¹⁴. El ponente es el psiquiatra murciano Francisco Martínez Pardo, en ese momento, director del Centro de Salud Mental de Murcia y Jefe de Servicio de Agudos del Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Expone los problemas de la situación actual de la asistencia a la Salud Mental, tales como:

	Problemas	Propuestas
Formación	Escasa. No hay planes.	Técnicos y auxiliares. Investigación.
Prevención y rehabilitación	Muy escasa.	Atención especial a aspectos profilácticos y educación sanitaria.
Organismos que prestan asistencia	Varias redes (AISNA, diputaciones, Seguridad Social, Primaria) descoordinadas y fuera de la asistencia sanitaria general. Dispersión de competencias y recursos.	Un Servicio Nacional de Salud Mental integrado en un Servicio Nacional de Salud con rango de Dirección General.
Orientación	Hacia el hospital, modelo custodial, benéfico, asilar.	Hacia la comunidad, a donde se dirigirán las acciones con participación de los ciudadanos en gestión y ejecución directa.
Organización	Nacional, prácticamente inexistente. Legislación obsoleta.	Descentralización y creación de Servicios de Salud Mental regionales.
Distribución	Centralización de la asistencia en grandes núcleos urbanos.	Psiquiatría de sector con cobertura de cada sector por un equipo de salud mental.
Centros/ profesionales especializados	Inexistentes.	Incorporación de profesiones no suficientemente vinculadas (pedagogos, psicólogos, asistentes sociales, sociólogos...). Centros especializados en drogas, niños, ancianos...

Tabla 13. Fuente: Ver nota 114.

¹¹⁴ Jornadas de Salud y Política Local del PSOE. 15-16/12/1979. Biblioteca de la Fundación Pablo Iglesias. Ponencia de Francisco Martínez Pardo.

Los objetivos básicos de los que deberá constar un programa de salud mental serán: la promoción de la salud mental en los grupos más sensibles o de riesgo, detección y eliminación de las causas de dichas situaciones y de los trastornos mentales que ocasionen, rehabilitación y adaptación social de los enfermos, campañas de educación en salud mental para la población general, formación de técnicos y auxiliares y la promoción de la investigación.

Propone la distribución por niveles:

1. Nivel Básico. Médico de Familia y asistente social.
2. Nivel Secundario. Equipo psiquiátrico elemental.
 - a. Se encargarán de las áreas subcomarcales (rurales) o de distrito (urbanas) de unos 25.000-30.000 habitantes.
 - b. Se encargarán de las áreas comarcales (rurales) o de sector (urbanas) de unos 100.000-125.000 habitantes. Estarán dotadas de camas para agudos en el hospital comarcal, hogar gero-psiquiátrico, hospital de día, taller protegido, club de ex-pacientes y dispensario.
3. Nivel Terciario. Poblaciones de un millón o más de habitantes contarán con hospital psiquiátrico, hospital para alcohólicos y toxicómanos, servicio de investigación y docencia y centro de salud mental.

Todo este sistema estará sostenido por la Comunidad Autónoma y las Corporaciones Locales. Habrá Consejos de Salud Mental a nivel comarcal y regional según modelo tripartito y paritario: *Usuarios-Administración-Trabajadores de la Salud*. La financiación será estatal o autonómica.

La importancia de este documento es doble: por su precocidad en el tiempo dentro de los documentos de salud mental del PSOE, como por ser escrito por el que sería al poco tiempo uno de los principales impulsores en Murcia de la Reforma Psiquiátrica.

El acuerdo entre el Partido Socialista y el Partido Comunista en el ámbito local será un momento clave ya que va a facilitar una serie de experiencias de reforma psiquiátrica en Diputaciones Provinciales con éxito variable.

El Grupo Federal de Salud, recogiendo las resoluciones del XXVIII Congreso (mayo de 1979) y el contenido de la Enmienda a la Totalidad,

presentada por el Grupo Socialista del Congreso a la línea de la reforma sanitaria en mayo de 1980, encargó a un grupo de técnicos de Salud Mental, miembros del Grupo Federal la elaboración de un documento previo de bases para una política sanitaria en Salud Mental¹¹⁵. El borrador fue debatido en las Jornadas Socialistas de Salud Mental celebradas en la primavera de 1981, con la participación en el debate de los técnicos del PSOE en Salud Mental y de los responsables políticos, orgánicos e institucionales, del área sanitaria y especialmente de la asistencia psiquiátrica. El texto definitivo ha sido publicado en el nº 10 de los Cuadernos de Acción Social y las propuestas en él contenidas fueron recogidas en el Congreso de algunas Federaciones Provinciales en 1981 y en las resoluciones sobre Salud Mental en el XXIX Congreso del PSOE¹¹⁶.

Este documento, firmado por Ciriaco de Vicente como secretario federal de Acción Social del PSOE¹¹⁷, habla de la necesidad de un modelo de salud pública distinto entendiendo la salud como el "Estado que permite el desarrollo óptimo físico, intelectual y afectivo del sujeto" (OMS), en el que la comunidad estimula, condiciona y determina la salud de sus miembros. Dentro de la reforma sanitaria global también se engloba la salud mental en aspectos de promoción, prevención, cuidados médicos, readaptación y reinserción social. Los servicios de salud son entendidos como un sistema compuesto de diversos subsistemas subordinados y relacionados entre sí, dentro de los cuales uno de ellos son los cuidados psiquiátricos. La financiación estaría a cargo de la Seguridad Social.

Esto plantea unas necesidades a la hora de planificar como: medir indicadores epidemiológicos de los niveles de salud mental de la población (índices de morbilidad y sociales de salud mental). El dispositivo asistencial deberá tener asegurado su desarrollo y evolución permanente a través de una evaluación continuada del mismo. La planificación debe cubrir necesidades identificadas en la población y buscar la responsabilización de la comunidad.

¹¹⁵ CALVÉ, A.; GONZÁLEZ, O. "Informe de situación sobre la política sanitaria en salud mental del instituto de la salud mental de madrid (Insam)". Revista AEN. Vol. 3, nº 6. 1983.

¹¹⁶ Bases para una política sanitaria en salud mental. Cuadernos de acción social, número 10. PSOE. Secretaría Federal de Acción Social. Madrid, 1981.

¹¹⁷ Línea (local). "Bases para una política sanitaria en Salud Mental". 17/08/1982.

Entre los objetivos prioritarios, se considera la prevención primaria - detección y atención a grupos de alto riesgo, identificación de factores responsables y atención psicológica y educativa a la población- y secundaria - diagnóstico y tratamiento precoz, dentro de la comunidad y elevar los niveles de calidad asistencial-.

El modelo asistencial se apuntalaría en tres pilares: una estrategia centrada en la comunidad con servicios territorializados, integrada en el sistema sanitario general y al margen de los hospitales psiquiátricos. La estrategia en cuanto a este último no es destruirlo o transformarlo sino desarrollar una alternativa asistencial y de servicios sociales comunitarios que lo vacíen de contenido funcional en un futuro. El plan de actuación sobre cada hospital psiquiátrico partirá del análisis de sus características funcionales específicas y de las de su población de "crónicos" (sic) y estará dirigido a la reducción del número de camas a medio plazo. En cuanto al personal del Hospital Psiquiátrico se postulan dos alternativas: utilizarlo para desarrollar los servicios comunitarios o recurrir a personal de nueva contratación. La ventaja de la primera opción es aprovechar la experiencia sobre el trabajo con enfermos mentales que tienen estos profesionales y de la segunda es la no contaminación de un modelo asilar sobre los profesionales que van a trabajar en la salud mental comunitaria.

Líneas generales de actuación a este nivel serían: conseguir unos índices de rotación enfermo/cama/año de 8, llevar a cabo una política asistencial de altas con apoyo de los servicios sociales existentes y la evitación de nuevos casos de enfermos "crónicos" institucionalizados.

Se sugiere la adecuación de un aporte económico a las familias acogedoras y la implementación de servicios sociales comunitarios y de servicios móviles de urgencia psiquiátrica. Un estadio posterior sería la reconversión de los hospitales psiquiátricos en residencias asistidas para la atención del resto final de sus poblaciones asilares, hasta su extinción. El personal asistencial de los mismos deberá reciclarse y reconvertirse mediante programas de formación. Finalmente marca unas directrices para el desarrollo de una reforma de la salud mental como la alternativa que propone el PSOE para la Salud Mental en las siguientes fases:

1. Implantación provincial de un Plan de Salud Mental con la consiguiente infraestructura para ello, capaz de planificar, programar y evaluar todas las acciones en el área de salud mental e implementar programas y servicios.
2. Gestión de la salud mental:
 - a. Creación de una infraestructura técnica con funciones similares a las de la fase anterior ampliadas en cuanto a las funciones de prevención y distribución de las áreas y distritos sanitarios.
 - b. Creación de equipos de la salud mental en la comunidad potenciando su acción a través de la utilización de fórmulas de hospitalización parcial y a domicilio.
 - c. Plan de acciones sobre el hospital psiquiátrico.
 - d. Creación y potenciación de servicios de psiquiatría en hospitales generales.
3. Creación de Servicios de atención psiquiátrica especializada a niños y ancianos coordinados con pediatría y geriatría y de rehabilitación de trastornos de conducta social con responsabilidad penal.

El volumen editado por la Secretaría Federal de Acción Social, contiene, además de los objetivos anteriormente señalados:

- Glosario breve.
- Conclusión del I Seminario sobre Política Sanitaria del PSOE en Salud Mental (Madrid, 1981).
- Proposición No de Ley presentada al Congreso de los Diputados por el Grupo Socialista sobre la creación de servicios de psiquiatría en los hospitales generales de la Seguridad Social (31/03/1982).
- Texto de los acuerdos sobre la creación del Instituto Provincial de la Salud Mental de Madrid.
- Acuerdo de creación del Instituto de la Salud Mental de Madrid.
- Orientación bibliográfica.

El documento viene a transmitir el concepto de que la sociedad presenta un alto poder rehabilitador "per sé" que, con cierto apoyo por parte de

servicios sociales y de salud mental serviría para aprovechar la capacidad potencial de muchos "crónicos".

Más adelante, en julio de 1984, se publican en el cuaderno de Acción Social nº 17¹¹⁸, las reflexiones previas de los grupos de trabajo para el desarrollo de la política en Salud Mental del PSOE, que se recogieron del Seminario de Salud Mental celebrado en Madrid el 14 de Abril de 1984. El documento está firmado, una vez más, por Ciriaco de Vicente, Secretario Federal de Acción Social y los grupos de trabajo están integrados por psiquiatras y psicólogos pertenecientes en su mayoría a la A.E.N. y, algunos de ellos a su vez, formando parte de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica: Valentín Corcés, Alfonso Calvé, Jose Antonio Espino, Francisco Torres, Manuel Gómez-Beneyto, Alicia Roig, etc.

Se crean 6 grupos de trabajo cuyas conclusiones dieron fruto a la elaboración del Informe para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad (apartado de Salud Mental), por su importancia las expondremos a continuación:

1. Legislación

- a. Problemas derivados de la aplicación del vigente Código Penal (Ver capítulo referente al Código Penal, página 94).
- b. Principios que deben inspirar el nuevo texto legal, en relación con los reconocimientos y tratamientos no voluntarios: cualquier legislación debería excluir como alternativa la consideración específica del enfermo mental, ni alusión alguna a criterios de peligrosidad social y orden público.
- c. Respecto a la futura Ley de Sanidad: el texto legal que en este momento se encuentra en anteproyecto debe incluirse dentro de la futura Ley de Sanidad.

¹¹⁸ Cuadernos de Acción Social. Nº17. Edita: PSOE, Secretaría Federal de Acción Social. Grupo Federal de Salud. 1984.

2. Política hospitalaria de la atención psiquiátrica

- a. La transformación del hospital psiquiátrico tradicional es fundamental y solo podrá hacerse si se potencia la asistencia primaria en este área y los servicios sociales de la comunidad.
- b. Las unidades de hospitalización psiquiátrica de corta estancia deben estar integradas en el dispositivo de asistencia comunitaria del sector correspondiente, e insertas en hospitales generales.
- c. La atención a los deficientes mentales y casos geriátricos debe ser competencia de Servicios Sociales si bien los equipos de Salud Mental actuarán cuando sean requeridos para ello.
- d. La dirección y coordinación de la renovada asistencia en Salud Mental debe ubicarse fuera del Hospital Psiquiátrico (organismo autonómico).
- e. Se considera indispensable hacer un estudio comparativo de las experiencias de Reforma Psiquiátrica en cada comunidad.

3. Integración de la psiquiatría en los hospitales de la Seguridad Social

- a. Hospitalización: rompiendo la dicotomía agudo-crónico y excluyendo criterios nosológicos y evolutivos.
- b. Interconsulta: Integración de la Salud Mental en el quehacer hospitalario general.
- c. Urgencias: cobertura psiquiátrica a los problemas que originen las urgencias del Hospital General.

4. Salud Mental y Servicios Sociales

- a. Responsabilidad territorial y de población de ambos sistemas debe ser coincidente.
- b. Los Servicios Sociales deben integrar y unificar todos aquellos recursos sociales, tanto prestaciones como servicios, procedentes de distintas Administraciones Públicas (Seguridad Social, Diputaciones, etc.).
- c. Se favorecerá el mantenimiento en la Comunidad de los enfermos mentales desde los Servicios Sociales de base o comunitarios

desarrollando aquellos servicios de apoyo necesarios, incluyendo un sistema de prestaciones individuales.

5. Salud Mental y Atención Primaria

- a. Asunción de los problemas básicos en materia de Salud Mental por parte de Atención Primaria y mejora de la comunicación con dichos equipos por parte de los de Salud Mental a través de informes, visitas conjuntas, etc. El equipo de Salud Mental actuará en segunda línea.
- b. La zonificación de Salud Mental debe estar subordinada y coincidir necesariamente con la división de Salud General.
- c. Reformar los programas de pre y post-grado tanto para el personal de los equipos en Atención Primaria como para el de los de Salud Mental.
- d. Los equipos de Salud Mental deben constituirse mediante la incorporación de los recursos humanos y materiales necesarios procedentes de distintas redes institucionales (Ayuntamiento, AISNA, Hospital Psiquiátrico, etc.)

6. Profesionales que trabajan en Salud Mental

- a. Concepto de grupo operativo de trabajo, integrado y multidisciplinario en los equipos de Salud Mental.
- b. Dicho equipo debe participar en la coordinación con otros recursos comunitarios de la zona asignada, así como con el personal de Administración y en la interconsulta con los médicos de Atención Primaria y otras especialidades.
- c. Es preciso hacer una evaluación de la situación laboral y profesional de los profesionales de distintas redes institucionales que podrían formar parte de los equipos de Salud Mental:
 - i. *Psiquiatras* de hospitales precisan de un reciclaje que los capacite para coordinar el trabajo del equipo y trabajar en la Comunidad.
 - ii. Se aprecia la necesidad de formar *psicólogos clínicos*.
 - iii. *Auxiliares psiquiátricos*, urge un reciclaje intensivo de estos pues de ellos depende la reforma de los Hospitales

Psiquiátricos. Debe capacitárseles para tareas de seguimiento y coordinación en el trabajo comunitario, fundamentalmente en la práctica de visitas domiciliarias.

- iv. *A.T.S. psiquiátricos*, deberán asumir funciones de seguimiento psicosocial y de evaluación de problemas concretos.
- v. *Asistentes sociales*, deben intensificar su formación en el trabajo social y deben capacitarse para la coordinación y desarrollo de los Servicios Sociales.
- vi. *Terapeutas ocupacionales y monitores*.

- d. Es necesario que los Convenios Colectivos contemplen el modelo que se quiere alcanzar al tiempo que se salvaguarden los derechos adquiridos de los trabajadores en el área de Salud Mental, así como en las nuevas contrataciones.
- e. Especial atención se prestará a los horarios, que se deben adecuar siempre a las necesidades de cada zona.

V. Análisis de la reforma psiquiátrica en Murcia

V. 1. Primera etapa 1980-1988

Marcaremos como inicio de este trabajo los primeros meses de 1980, pues en él ocurren los primeros movimientos para la reforma de la asistencia psiquiátrica así como su plan de puesta en marcha.

La fecha de 31 Enero de 1980¹¹⁹, es el momento en el que toma posesión Francisco Martínez Pardo como Director Médico del Hospital Psiquiátrico y se inicia una etapa en la que se comenzarán a transformar viejos hábitos, se cambiará la organización del hospital psiquiátrico y se proyectará una política regional de salud mental, en la línea de las directrices nacionales, hasta ahora limitada a la asistencia desde el Hospital Psiquiátrico, que llevará a que se implemente la base de la futura red de salud mental comunitaria.

Tras el cambio de Gobierno en el Consejo Regional de Murcia (ente pre-autonómico) en 1979, fecha en la que ganaron las elecciones -locales- el PSOE, este partido es el que toma la iniciativa en los diversos cambios que expondremos a continuación, empezando por la designación de Francisco Martínez Pardo como director médico del Hospital Psiquiátrico. Para dar cuenta de la importancia política del cambio subrayaremos la presencia de numerosas autoridades en el mismo como: Carlos Collado (presidente de la Diputación Provincial, PSOE), Andrés Hernández Ros (presidente del Consejo Regional), secretarios de la Corporación Provincial y Regional, consejeros, concejales (Jose Luis López-Mesas, que previamente había sido psicólogo en dicho hospital), el director de Línea (periódico)...

Este cambio de director trae consigo una serie de modificaciones inmediatas en la organización del Hospital Psiquiátrico como fueron¹²⁰:

- la creación del Servicio de Enfermería con Concepción Rivera como Jefa de Enfermería, que pasará a dirigir a los ATS/enfermeros, auxiliares psiquiátricos y cuidadores.
- nombramiento de nuevo administrador, Pedro Blaya Quiñonero.

¹¹⁹ Línea (Local) 1/02/1980. Página 7. Dedicar una página completa a la noticia.

¹²⁰ Ver nota 30. El Hospital Psiquiátrico de El Palmar: primera etapa (1966-1986).

- nombramiento de Demetrio Barcia Salorio, antiguo director médico del hospital (1975-1980) y catedrático de psiquiatría en la Facultad de Medicina como director del Instituto de Docencia y Formación, destinado a la docencia de estudiantes y residentes de psiquiatría.

A continuación¹²¹, en su discurso, expuso el plan (que posteriormente desarrollaría en un documento escrito más amplio¹²²), por él redactado para la asistencia psiquiátrica de la Región de Murcia, a realizar en los años 1980-1983. *"Con el plan que se propone, escalonado, en el año 1983 Murcia puede contar con una organización asistencial modelo y moderna perfectamente coordinada con el plan de comarcalización regional, descentralizada, con un enfoque actual dando atención preferente a los aspectos preventivos y a la educación sanitaria, a los cursos de docencia para el personal funcionario de la Diputación, que ya presta sus servicios en esta faceta asistencial y para alumnos de la licenciatura de Medicina y postgraduados que se van a especializar en Psiquiatría. La organización asistencial se orientará hacia la comunidad de tal forma que haya participación activa de la población..."*, señala dicho diario a modo de declaración de intenciones.

Habla de desplazar el centro de acción de los servicios psico-sociales del HP al seno de la comunidad con el objeto de evitar actitudes tradicionales de rechazo y segregación del enfermo mental. Para ello propone el modelo de Psiquiatría de sector, encargando a dichos equipos comunitarios de la responsabilización de una zona o sector geográfico. Incorpora a la tarea asistencial la profilaxis, y la higiene además de la terapéutica.

A su llegada como director médico, anuncia la necesidad de la creación de un hospital psiquiátrico en Cartagena¹²³ de 100 camas para estancias de 3-4 meses.

¹²¹ Ver nota 93.

¹²² Articulación de un Programa de Psiquiatría Comunitaria, realizado por el Dr. Francisco Martínez Pardo. Fecha de entrada en el negociado: Octubre de 1981. Trabajo distribuido en sesión del día 4 de Noviembre de 1981 para estudio para la siguiente sesión. 83 páginas. Archivo regional de la RM.

¹²³ Línea (local). "Cartagena tendrá un hospital psiquiátrico". 1/02/1980.

V.1.1. Coordinación y política sanitaria

V.1.1.1. Región de Murcia

V.1.1.1.1. Las alternativas socialistas

En el discurso de toma de posesión de Martínez Pardo como director médico del Hospital Psiquiátrico Román Alberca se detallan las propuestas del mismo para la Reforma Psiquiátrica en la Región de Murcia.

Esta es la sucesión de actuaciones que propone:

- **Corto plazo (1980):** dedicarlo al Hospital Psiquiátrico Román Alberca, haciéndolo más abierto y funcional. Potenciar Laborterapia y Socioterapia e incrementar la docencia e investigación. Propone la creación de:

- Un taller protegido.
- Consultas externas.
- Hospital de Día y de Noche.
- Unidad Psiquiátrica hospitalaria en el Hospital Médico-quirúrgico (Provincial).

- **Medio plazo (1981-82):**

- 5 Hogares Psico-geriátricos que atenderán a los pacientes seniles y demenciados y contarán con talleres protegidos, consulta para los pacientes de la comarca y Hospital de Día. En la siguiente tabla podemos ver las camas estimadas:

Lorca	Caravaca	Jumilla/Yecla	Cartagena	Águilas
30	20	20	60	20

Tabla 14. Estimación de camas en hogares psico-geriátricos en la Región de Murcia en 1980.

En tanto no se dispusiera de personal suficiente para atender dichos hogares se encargaría un equipo psiquiátrico móvil que visitaría esas localidades una vez a la semana.

- 5 dispensarios de Psiquiatría anejos a los Hogares Psico-geriátricos (excepto en Águilas) y uno de ellos en Murcia (ya en funcionamiento). Se creará un equipo móvil para las comarcas en tanto se va poniendo en funcionamiento en estos años la red comarcal de asistencia psiquiátrica.

- Programa a largo plazo:

- Un HP en Cartagena (100 camas). Para enfermos de rápida recuperación con estancias no superiores a 4 meses. Sugiere su ubicación en el antiguo Hospital de Caridad "Los Pinos", en ese momento semi-abandonado.
- Hospital para alcohólicos y toxicómanos. Totalmente desligado del HP y con funcionamiento autónomo.

Con este plan, sigue diciendo, habría 1204 camas psiquiátricas cuando el número recomendado por la OMS para la población de la RM en 1980 sería 1275. Por último en unas declaraciones al periódico refiere que la Seguridad Social debería hacerse cargo de la asistencia psiquiátrica. Habla también del porcentaje de curación de la esquizofrenia que se manejaba en la época (1/3 se curan completamente ,1/3 mejoran notablemente y 1/3 queda en estado defectual). Por último hizo alusión a su afiliación al PSOE y UGT y su voluntad de "hacer pueblo".

Demetrio Barcia en dicho acto dijo que tenía vocación de murciano y había seguido las directrices de sus maestros: el dr. Alberca y el dr. Valenciano, añadió que su labor no había sido infecunda y que la asistencia psiquiátrica estaba asegurada en la Región, terminó con una anécdota haciendo alusión a la facilidad para entrar en su despacho durante sus años de dirección.

En cuanto a las palabras del presidente de la Diputación (Carlos Collado), éste remarca que atendiendo a una política de descentralización se trata de tener dos directores en el Hospital Psiquiátrico, que no se trata de un relevo o un cese.

En el largo documento del que es resumen este programa del que habla en su discurso (83 páginas) aparece una crítica -suave- a la institucionalización y sus consecuencias, tema recurrente durante esos años en los anteriores congresos de la A.E.N.¹²⁴ (1971, 1973, 1975, 1977 y 1980).

Aporta argumentos o **ventajas** para defender los cambios que propone:

1. Creación de unidades psiquiátricas hospitalarias:

- Utilización de recursos del hospital (laboratorio, radiología, etc.)
- Ampliación de camas psiquiátricas sin institucionalización. Estancias medias de 21 días.
- Psicologización de la medicina por compartir espacios con otras especialidades.

2. Hogares gero-psiquiátricos:

- Frecuentes en Europa.
- Problemas asistenciales similares de pacientes ancianos y de los cronificados y deteriorados.
- Requieren pocos cuidados médicos y muchos de enfermería y asistencia. Favorecen la descongestión de los hospitales.
- Por estar en las comarcas se encuentran más cercanos a sus familias, se evita así el abandono de estas, que, a mayor distancia, se ha demostrado que se produce con mayor intensidad.

3. Centros psicosociales:

- Demanda cada día mayor en los países desarrollados.
- Coordinación funcional con centros de salud.
- Atiende a las vertientes psicológica y social que propugna la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de Salud.

¹²⁴ Ver nota 64.

Los centros psicosociales constarían de:

- Dispensario de Salud Mental.
- Centro de Planificación familiar.
- Gabinete de orientación psicológica (clínica, escolar, etc.)
- Taller protegido para minusválidos físicos y psíquicos.
- Hospital de Día.

PERSONAL NECESARIO	
Psiquiatra	1
Ginecólogo/ médico de familia	1
Psicólogo	1
A.T.S.	1
Asistente social	1
Auxiliar administrativo	1
Monitor para talleres	2
Celador	2

Partiendo de las recomendaciones de la O.M.S. en materia de profesionales de Salud Mental, elabora la siguiente propuesta de **necesidades de personal** con un coste calculado de 72 millones de pta./año. Ver tabla 15.

PERSONAL	IDEAL (O.M.S.)	NECESARIO	PEDIDOS
Psiquiatras	/30.000 hab.	15'6	9
Psicólogos	/70.000 hab.	6'6	7
Asistentes sociales	/30.000 hab.	15'6	5
Auxiliares	15/30.000 hab.	234	42

Tabla 15. Necesidades de personal para el plan de psiquiatría comunitaria.

En el plan se detalla por comarcas las necesidades de personal, e incluso incluye una estimación del coste económico de llevarlo a cabo (Coste total: 100 millones pta./año).

COMARCA	Psiquiatras	Médicos de familia	Psicólogos	A.T.S.	A. Social	Monitores	Auxiliares
Cartagena	6	1	4	6	2	5	25
Lorca	1	1	1	1	1	2	2
Noroeste	1	1	1	1	1	2	2
Altiplano	1	1	1	1	1	2	2
TOTAL	9	4	7	9	5	11	31

Tabla 16. Estimación del número de profesionales que habrían de componer la red comunitaria en sus inicios según el *proto-plan* de Martínez Pardo.

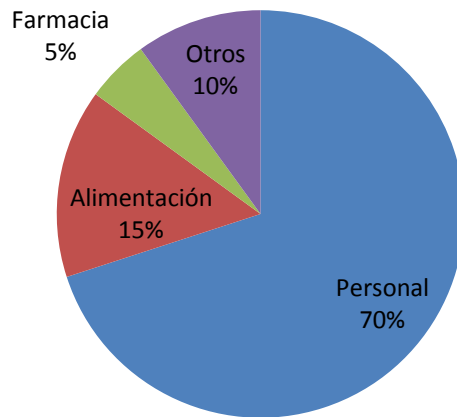


Gráfico 2. Reparto del gasto económico en el *proto-plan* de Martínez Pardo.

Aboga por no comenzar la desinstitucionalización hasta tener equipos suficientes en la comunidad, asociando tratamiento farmacológico y seleccionar los pacientes que se van a beneficiar de la misma, es decir, no está pensada para todos los pacientes crónicos. En dicho texto dice proponer un programa mixto que:

- Mejore la calidad de las instituciones existentes sacándoles el máximo provecho.
- Ir implantando unidades muy útiles como complemento y, en algunos casos, como auténticas alternativas.

Los **objetivos** que presenta este programa de salud mental (único momento en que lo nombra así):

1. Promoción de la salud mental con especial rigor en los grupos más sensibles o de mayor riesgo (niños, ancianos, marginados...).
2. Detección y eliminación de las causas que pongan en situación de riesgo o perturben la salud mental.
3. Detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales.
4. Rehabilitación y readaptación social de los enfermos psíquicos.
5. Campañas de Salud Mental en el seno de la población.
6. Formación de técnicos y auxiliares y promoción de la investigación.

A pesar de todo esto, es una proposición de reforma de la asistencia que cambia radicalmente la organización de la misma en la Región de Murcia y que incluye muchos de los supuestos del modelo comunitario de Caplan¹²⁵. Este documento propugna las siguientes **acciones**:

- Creación Servicio Nacional de Salud Mental integrado en el Servicio Nacional de Salud (el recién creado INSALUD, 1978).
- Descentralización de la gestión y creación de servicios de Salud Mental regionales y territoriales.
- Redistribución de los recursos para eliminar las desigualdades entre regiones, clases sociales y ámbito rural/urbano.
- Atención preferente a los aspectos profilácticos y a la educación sanitaria.
- Incorporación al sector de profesiones no vinculadas suficientemente en la actualidad.
- La organización asistencial se orientará hacia la comunidad, de forma que habrá participación activa de la población en gestión y también ejecución de la misma.
- El modelo más adecuado es considerado el de sector (francés), aunque reconoce que adolece del defecto esencial que evita los centros especializados.

Muchas de las reformas que propone y la línea del documento en sí la encontramos en la ponencia de Martínez Pardo en las Jornadas de Salud y Política Local de 1979. Este documento se va exponiendo en la prensa al siguiente año¹²⁶. Podemos ver también que muchas de las cifras y, en general, el plan que proyecta venían ya recogidos en el anterior documento de Luis Valenciano (Ver notas 84 y 87).

Martínez Pardo recalca: "No estamos de acuerdo con algunos psiquiatras que propugnan y esperan la desaparición de los "Manicomios" (sic). Por el contrario, pensamos que el número de personas marginadas por la sociedad a causa de conductas anormales e incómodas, aumentará

¹²⁵ Ver nota 113.

¹²⁶ Línea (local). "Articulación de un programa de psiquiatría comunitaria (I y II)". Dr. Francisco Martínez Pardo. 9-10/07/1981

progresivamente y las instituciones para marginados sociales, bien por enfermedad mental o por otros motivos, irán ampliando sus plazas o creando nuevos Establecimientos (sic) con cualquier otro nombre, pero con el mismo fin", lo cual viene a dar una idea de nuevo de su posición conservadora respecto a la Reforma Psiquiátrica. A pesar de esto, reconoce que las altas tienen que ser mucho más ágiles ya que las posibilidades de reintegración en su familia para una paciente ingresado 6 meses caen a un 20%.

Sostiene que la reforma asistencial presupone un cambio de mentalidad del personal encargado de la asistencia e incluso del propio enfermo. La idea de "rehabilitación activa" debe sustituir a la de "vigilancia pasiva". Continúa diciendo que *"una actitud liberal apoyada en los "derechos humanos" debe imperar sobre una postura dictatorial, rígida y, a menudo, injustamente jerarquizada. "Una vivencia sana de comunidad" (sic) debe sustituir o complementar una acción terapéutica fría y deshumanizada excesivamente organicista. En definitiva, el cambio asistencial implica por parte del enfermo la aceptación de una libertad responsable y una participación activa en su curación; y, por parte del personal, el abandono de las viejas actitudes dictatoriales, paternalistas o caritativas, sustituyéndolas por otras más humanas y liberales a la vez que más responsables y científicas"*. Principios básicos del nuevo modelo que se empezaba a vislumbrar en España.

En el epílogo del *proto-plan* de Martínez Pardo se plantean una serie de preguntas que, si las vemos en afirmativo nos dan una idea de la posición que tenían éste y Luis Valenciano sobre la Reforma Psiquiátrica que se cernía sobre el panorama. Se pueden deducir las siguientes relaciones entre las posibles actuaciones que proponen los reformistas, las falacias en las que se basan y los riesgos que conllevan de dichas preguntas y respuestas. Ver Tabla 17.

Más adelante veremos como Luis Valenciano en su discurso inaugural de la Sociedad Murciana de Psiquiatría -del mismo año- gravita sobre estas cuestiones desde una posición muy similar a la adoptada por Martínez Pardo, un dato más de la interdependencia de ambos discursos, por otro lado,

comprensible desde su cercanía familiar (suegro-yerno) y científica (maestro-discípulo).

Actuaciones	Falacia	Riesgos
Cambiar de forma radical la asistencia	Concepción popular negativa de la locura desaparecerá	Reforzar el rechazo del enfermo psíquico
Cerrar las instituciones	La cronificación dentro de las instituciones es un puro artefacto producida por las mismas	Continuarán existiendo los pacientes crónicos
Hacer una política de altas forzadas o indiscriminadas	La Comunidad no artefactará la evolución en los enfermos mentales	1. Originar un elevado número de reingresos (Puerta giratoria) 2. Uso masivo de neurolépticos incisivos parkinsonizantes
Menospreciar de las investigaciones en las psicosis por vía científico-natural	1. La psiquiatría universitaria pertenece al pasado y no ofrece posibilidades para el futuro 2. El estigma se evitará dejando de usar la nosología clásica	Desorientación en cuanto a pronóstico y tratamiento.
Adoptar un pensamiento radicalmente moderno	La enfermedad psíquica es pura consecuencia de una alienación provocada por la estructura de la sociedad actual	No tener en cuenta la historia de la psiquiatría
Instaurar progresivamente la psiquiatría de comunidad	Podrá realizarse sin una adecuada preparación del ambiente social y sin previa infraestructura	1. Originar un "baqueteo" de enfermos 2. Riesgo de muerte para ellos 3. Casos crónicos abandonados en "casas a medio camino"

Tabla 17. Fuente: Ver nota 122. Epílogo.

En cuanto a la prensa, en estos primeros años encontramos numerosas noticias haciéndose eco de las nuevas propuestas socialistas^{127,128,129}, no se han podido encontrar apenas referencias a otros partidos políticos en relación con la reforma de la salud mental en Murcia.

El secretario federal de política sectorial del PSOE, Ciriaco de Vicente, también diputado a cortes, antes de las Primeras Jornadas Socialistas de Salud

¹²⁷ Ver nota 126.

¹²⁸ Línea (local). "Unos 1.300 pacientes ingresan anualmente en el Hospital Psiquiátrico". 7/2/1980.

¹²⁹ Línea (Local). "El largo via crucis de la locura". 22/03/1980.

Mental del PSOE que se celebrarían un mes después, explica en la prensa¹³⁰ las conclusiones del documento de Bases para un política sanitaria del PSOE¹³¹: la inexistencia en España de un sistema sanitario que procure la protección en el campo de la salud mental y que la que hay es contraproducente, la que ofrece la Seguridad Social es inadecuada por estar unificadas las Neurología y la Psiquiatría, inexistencia de equipos multidisciplinarios, y que los intentos de transformación desde la institución manicomial han fracasado hasta ahora por muy buena voluntad que hayan tenido sus promotores por lo que se requiere una acción de salud mental en la comunidad al margen de la institución manicomial. Dentro de la perspectiva del modelo sanitario que propugnan se incluye la desaparición de los manicomios.

Más adelante veremos cómo chocan las dos propuestas que se presentaron en una reunión de la Agrupación Local Socialista de los dos políticos murcianos implicados en ese momento en la planificación de la salud mental: Ciriaco de Vicente y Martínez Pardo, siendo elegida la de éste primero (por escaso margen de votos)¹³², en la línea federal. En pocos meses se celebraría, el 15 de marzo de 1982, el Congreso Regional del PSOE para el cual se había seleccionado la ponencia de Ciriaco de Vicente. Intervinieron aquí también los doctores Pedro Enrique Muñoz, director técnico del Instituto de Salud Mental de la Diputación de Madrid (INSAM) y Alfonso Calvé, director gerente del mismo centro¹³³. Al mes siguiente, estalla un polémica que recoge la prensa¹³⁴, la publicación en la revista Ambiente de un chiste acerca del diputado socialista Ciriaco de Vicente (ver Figura 27) y de los también socialistas Carlos Alberola -consejero de Sanidad-, Fernández Nafria -ex-director de Sanidad- y Enrique Escudero -alcalde de Cartagena-.

¹³⁰ Línea (local). "Los socialistas, a favor de la desaparición de los manicomios". 27/05/1981.

¹³¹ Ver nota 115.

¹³² Línea (local). "La ponencia política de Ciriaco de Vicente, al Congreso Regional". 22/12/1981.

¹³³ Hoja del Lunes. "Hoy presentación de la alternativa socialista para la salud mental". 15/03/1982.

¹³⁴ Hoja del Lunes. "La revista del Psiquiátrico levanta una polémica". 12/04/1982.



Figura 27. Ver nota 135.

La polémica se basa, fundamentalmente, en que el director del Hospital Psiquiátrico es Francisco Martínez Pardo, del mismo partido. La noticia informa de que la distribución de la revista ha sido retenida pero que no se han adoptado antes medidas para evitar la inclusión de tales textos y dibujos.

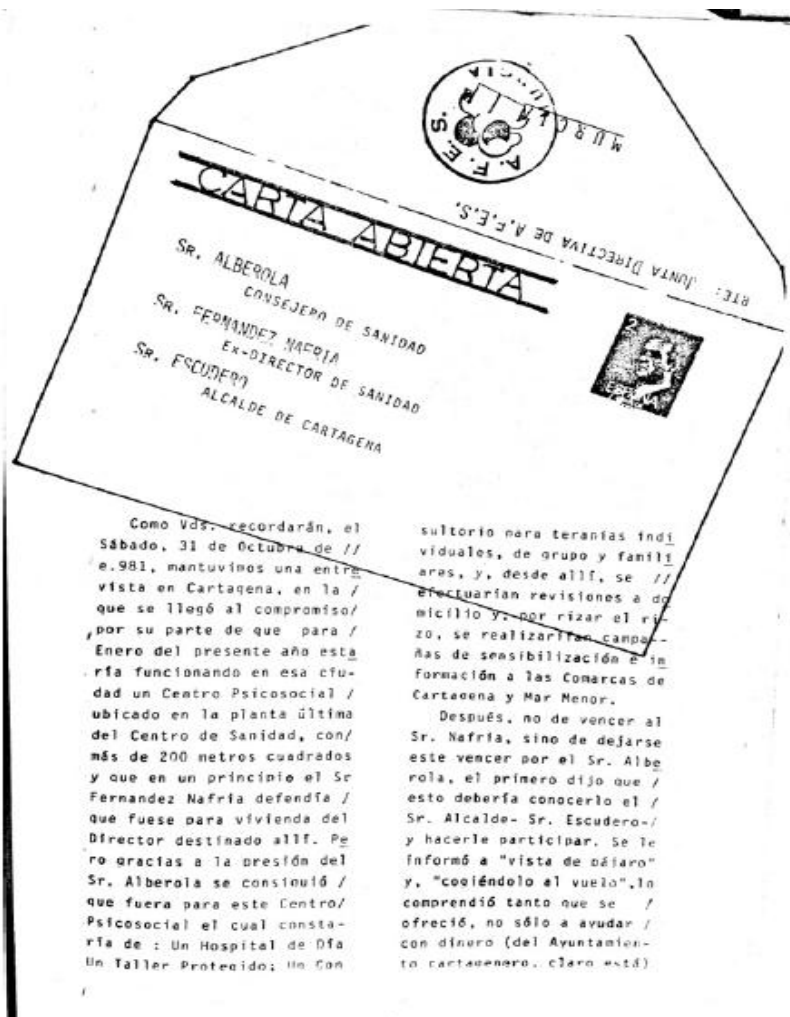


Figura 28. Ver nota 135.

Las críticas se basan en censurar la alternativa presentada por el diputado De Vicente y en la crítica a Carlos Alberola y Enrique Escudero por parte de la asociación A.F.E.S. por no poner en marcha en Cartagena un centro psicosocial de 200 metros que albergaría un Hospital de Día, talleres protegidos, un consultorio con terapias individuales, de grupo y familiares desde donde se realizarían revisiones a domicilio y se llevarían a cabo también campañas de sensibilización e información a las comarcas de Cartagena y Mar Menor. En dicha revista¹³⁵ encontramos también referencias al posicionamiento de dicha asociación a favor de la alternativa de Martínez Pardo a la Salud Mental por el PSOE.

¹³⁵ Revista *Ambiente*. Número 11. Primer trimestre, 1982.

Unos días más tarde¹³⁶, aparece en el mismo periódico un artículo en el que Martínez Pardo explica la situación que se ha generado con la revista. Primero ensalza la labor de los enfermos que la confeccionan pero critica su paulatina desaparición en la elaboración de artículos en favor del staff directivo (Servicio de Rehabilitación), apuntando a Matías Valverde (psiquiatra de dicho equipo) y Jose Luís López-Mesas (psicólogo) como responsables de esta deriva y de la progresiva politización de la revista. Además recuerda que López-Mesas pertenece al PCE y que la crítica se hacía a la alternativa socialista sobre la psiquiatría. Subraya la importancia de la revista (que en el artículo periodístico llaman por error: Márgenes, en lugar de Ambiente) como terapia para los enfermos, no como altavoz de ideas políticas.

No encontramos referencias explícitas a la diferencia de criterios entre De Vicente y Martínez Pardo, pero si analizamos el contenido de las propuestas de cada uno podemos entrever algunas de ellas:

PROPUESTAS	<i>Ciriaco de Vicente*</i>	<i>Martínez Pardo</i>
Hospital Psiquiátrico	Desaparición	Modernización Crear otro (Cartagena)
Servicios comunitarios	Al margen del HP	Integrados con el HP
Territorialización	Modelo de Área	Modelo de Sector
Financiación	Seguridad Social	Autonómica, Diputación, Ayuntamientos
Organización	Órgano Regional de Gestión	Consejos de Salud Mental a nivel comarcal y regional con participación ciudadana
Hincapié en:	Planificación y gestión Evaluación Equipos pluridisciplinarios	Higiene y profilaxis Hospitales de día y noche Hogares psico-geriátricos Investigación y docencia

Tabla 18. Diferencias entre las propuestas socialistas en la Región de Murcia. *Fuente: Ver notas 126, 130, 132.

¹³⁶ Hoja del Lunes. "Márgenes contenía críticas injuriosas". 19/04/1982

Por otro lado nos encontramos con diversos puntos en común: unidades de psiquiatría en hospitales generales, paso del eje de la atención a la comunidad, descentralización de la gestión creando servicios regionales o territoriales de salud mental, incorporación de profesiones no vinculadas suficientemente en la actualidad,...

Vemos, ante esto, algunas voces de la psiquiatría murciana (Francisco Carles Egea) en prensa¹³⁷ advirtiendo de su posicionamiento al lado de las propuestas de Martínez Pardo, así como la asociación de familiares de enfermos psíquicos, dando esto cuenta de las graves dificultades a las que deberían enfrentarse las propuestas más rupturistas como las de Ciriaco a superar por parte de la sociedad y las profesiones relacionadas con la Salud Mental. Argumenta que su desaparición se producirá con la extinción de la enfermedad, como con la tuberculosis, además contrapone la psiquiatrización total de la sociedad a la salud mental exclusivamente social, situándose en un punto medio.

Martínez Pardo, probablemente influido por su pertenencia al Hospital Psiquiátrico vemos que presenta una propuesta concreta, práctica y conservadora de dicho establecimiento. Ciriaco de Vicente presenta una propuesta más ortodoxa y acorde al modelo comunitario, en la línea federal, sin especificar un plan concreto para llevarla a cabo (según el eco de sus propuestas a través de la prensa). Nos encontramos entonces por un lado a Martínez Pardo y a Luis Valenciano en el sector más moderado del movimiento reformista de la Salud Mental y a Ciriaco de Vicente en la línea federal del PSOE en la que los expertos que redactaron la misma eran pertenecientes a la nueva A.E.N. (antigua coordinadora psiquiátrica) y representaban un sector más cercano al modelo comunitario y a las reformas ya efectuadas en países desarrollados como Inglaterra, Francia o Italia.

¹³⁷ La verdad. "No al manicomio inmovilista, pero sí al hospital psiquiátrico moderno". Página 4. 17/03/1982

V.1.1.1.2. Morales Meseguer

El 4 de junio de 1982 se aprueba el Estatuto de Autonomía de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Inmediatamente posterior a esto se crea la Consejería de Sanidad, y se nombra al primer consejero de Sanidad de la misma: Jose María Morales Meseguer. Con esto se disuelve la anterior Diputación Provincial y , con ella, la figura del diputado visitador.

En septiembre de 1982, al poco tiempo, Francisco Martínez Pardo dimite como director médico del Hospital Psiquiátrico para ocupar el cargo de Director Regional de Asistencia Sanitaria, con lo que se da el fenómeno de contar con dos psiquiatras en los puestos de mayor calado de la Consejería. El cargo de director médico del H.P.R.A. queda vacante y lo ocupa, en funciones, Raimundo Muñoz Martínez.

En el mismo año, el 28 de noviembre se celebran elecciones generales legislativas en las que gana el PSOE de Felipe González que conseguiría una amplísima mayoría absoluta, ocupando 202 escaños de los 350 de los que consta el Congreso y consiguiendo casi la mitad del total de votos válidos emitidos. Se hunde UCD, y Alianza Popular ocupa su espacio político como principal partido opositor. En todo este proceso pre-electoral parece que el diputado Ciriaco de Vicente se postulaba como el primer ministro de Sanidad del PSOE, pero finalmente se cambió el rumbo en esta decisión y fue Ernest Lluch. A partir de ese momento dejamos de encontrar referencias a este diputado en torno a la Salud Mental en la Región de Murcia.

En enero de 1983 se crea el nuevo Servicio Regional de Salud Mental por el Consejo de Gobierno con sede en Sanidad¹³⁸. En prensa aparecen unos datos de población estimada necesitada de atención en Salud Mental (10%), extraídos del estudio de Martínez Pardo publicado también en el boletín de Salud de la Región¹³⁹. Ver Tabla 19.

¹³⁸ "Diez de cada cien murcianos necesitan un psiquiatra". La verdad, 14/01/1983. Página 9.

¹³⁹ Boletín de Salud de la Región Murciana. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Año 1982-agosto-septiembre, Vol. II, números 8 y 9. Pp: 89-91.

En la misma noticia, los datos anteriores apoyan la inminente creación de Centros de Salud Mental (en adelante C.S.M.), unidades de psiquiatría en hospitales generales y la desinstitucionalización de los pacientes del H.P.R.A. que estén en condiciones de poder hacerlo.

	Murcia Capital	Resto provincia	Total regional
Población estimada	277.285	639.788	917.373
Enfermos graves estimados	8.327	19.193	27.550
Total de personas necesitadas de ayuda estimadas	27.728	63.978	91.936
Total de personas afectadas por algún tipo de trastorno	58.592	134.355	192.647

Tabla 19. Datos estimados de población necesitada de atención en Salud Mental. Fuente: ver nota 139. No elaboración propia.

En febrero de 1983 se anuncia en la prensa¹⁴⁰, haciéndose eco de las declaraciones del día anterior del consejero Morales Meseguer, que la Consejería de Sanidad tiene 1.000 millones de ptas. para reorganizar la sanidad pública de la Región sobre un modelo de descentralización y de jerarquización de las actuaciones en tres niveles básicos:

- Municipal:
 - Pretendía que los Ayuntamientos asumieran las competencias que tienen asignadas mediante la creación en cada municipio de un Consejo Municipal de Salud, que tendrá funciones de planificación, coordinación y evaluación de todas las actividades sanitarias en su área de demarcación.
 - Se establecerán acuerdos con los municipios para una financiación conjunta de los programas sanitarios.
 - Prioritariamente se invertirá en promoción de la salud, educación sanitaria y asistencia primaria dando especial importancia a la prevención a través de una desmasificación de los ambulatorios y potenciación de los consultorios convirtiéndolos en Centros de Salud locales (médicos, A.T.S. y pediatras) por cada 5.000-8.000/habitantes.

¹⁴⁰ "Mil millones para reorganizar la sanidad pública de la Región". Línea (Murcia), 1/02/1983. Página 3.

- Comarcal: se potenciarán también los centros de salud comarcales completando los de Cartagena y Lorca y creando los de Yecla y Caravaca, añadiendo los subcomarcales (Cieza, Molina y Jumilla).
- Regional: se creará la nueva Dirección Regional de planificación y coordinación con la actualización del mapa sanitario de la Región, estudio y planificación de la red asistencial primaria y especializada y estudio de la futura red hospitalaria. En cuanto a materias concretas, la Consejería se encargará de implementar los recursos en las siguientes áreas de interés preferente:
 - Planificación familiar y educación maternal.
 - **Salud Mental**. Creación de un Servicio Regional de Salud Mental y de un Instituto de Salud Mental que tendría como objetivo desarrollar actividades docentes y formativas. Se pretende, al tiempo, la creación de dispensarios de Salud Mental a nivel comarcal, de la Unidad de Psiquiatría en el Hospital Provincial y de la creación de una Unidad de alcoholismo en el H.P.R.A.
 - Red regional de laboratorios y salud pública.

Además, refiere el artículo, se requiere de la preparación de la infraestructura de recursos materiales y humanos para poder asumir las transferencias del INSALUD en materia de asistencia sanitaria en el año 1984.

Poco después, en verano de 1983 se abrían los Centros de Salud Mental (C.S.M.) en las principales cabeceras de comarca de la Región de Murcia (ver capítulo correspondiente).

En verano de 1983, la prensa¹⁴¹ recoge los resultados de la tesis doctoral de José Buendía (profesor de la Facultad de Psicología), sobre *Actitudes hacia la enfermedad mental*, a través de encuestas en el municipio de Murcia llegó a las conclusiones de que "se puede emprender con éxito una transformación de lo que se ha dado en llamar psiquiatría comunitaria o de sector." ya que la visión de la sociedad del enfermo mental estaba cambiando y no era tan negativa como se pensaba, aunque requeriría difundir los principios generales de la higiene mental para elevar el nivel de conocimientos de la

¹⁴¹ "El 22 por ciento de los murcianos creen sufrir trastornos psíquicos". La verdad, 7/08/1983. Página 5.

misma. Uno de los datos de la misma es que, entre los que han estado ingresados, un 14% piensa que se dan malos tratos en el H.P.R.A. y un 35% que hay buena atención.

En 1984 dimiten tres consejeros -entre ellos Jose María Morales Meseguer- por no estar de acuerdo con el Presidente de la Región al aprobar medidas del tipo subida de sueldos a políticos, diseñar proyectos megalómanos y haber acumulado una gran deuda¹⁴². Éste acaba forzado a dimitir y el nuevo Presidente de la Comunidad Autónoma (Carlos Collado) les pide su vuelta al Gobierno y así lo hacen.

En 1984, tras la resolución de las oposiciones en el H.P.R.A., en las que no obtuvo plaza, Juan Antonio Aznar Moya¹⁴³, uno de los jóvenes médicos que acababan de terminar la residencia, en ese momento trabajando en el C.S.M. de Caravaca, es llamado para coordinar los programas comunitarios para la Región de Murcia por el consejero Morales Meseguer.

Es el primer técnico sanitario que se encarga de esta labor, que realizará en solitario durante dos años. Su papel fue decisivo en la elaboración y diseño de los primeros programas y la evaluación de los C.S.M. en sus inicios.

En este año encontramos un documento elaborado para estudiar los recursos y necesidades para planificar la Reforma Psiquiátrica¹⁴⁴. En el mismo se guía por los estudios epidemiológicos para dar algunos datos generales: 25% de la población que acude a los servicios sanitarios tiene algún síntoma de Salud Mental pero sólo un 14% va a considerarse necesitado de atención por esto y un 1,7% (Goldberg) requiere atención psiquiátrica especializada, es decir 17.000 habitantes.

Para la atención especializada extrahospitalaria señala que la entrevista inicial debe ser de 60-90 minutos y las revisiones de 20-30 minutos. Sobre la base de 4,25 horas de trabajo clínico y 2 horas de trabajo paraclínico diario en equipos multidisciplinarios, el equipo básico para una población de

¹⁴² Ver nota 30. "Jose María Morales Meseguer y la psiquiatría de los 80".

¹⁴³ Entrevista con Juan Antonio Aznar Moya y Luis López Sánchez. 5/03/2015.

¹⁴⁴ Estudio de recursos y necesidades para una planificación de la atención a la Salud Mental y Reforma de la Asistencia Psiquiátrica. 1984.

50.000 habitantes sería: 2 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 Asistente Social, 1 A.T.S. y 1 auxiliar administrativo. Con estos cálculos en una Región como Murcia harían falta 20 equipos de estas características, cada uno de ellos con un coste anual de 16 millones de ptas. (14 en personal), y que harían un total de 320 millones de ptas./año.

Para la atención especializada hospitalaria la divide en:

- Camas de internamiento breve: 0,2% de los habitantes precisan este tipo de internamiento, según cifras de los últimos años. Lo ideal sería disponer de 16 camas/100.000 habitantes. Serían precisas 160 camas de hospitalización breve. Equipo necesario para atender 30 camas sería: 4 psiquiatras, 2 psicólogos, 1 Asistente Social, 4 A.T.S., 8 auxiliares psiquiátricos, 1 terapeuta ocupacional, 2 administrativos.
- Camas de media y larga estancia: la disminución de camas para crónicos debe continuar hasta unas 540, incluidas psicogerítricas. Para 100 camas el equipo necesario sería: 2 psiquiatras, 1 psicólogos, 1 Asistente Social, 4 A.T.S., 15 auxiliares psiquiátricos, 2 monitores, 1 administrativo.

Los objetivos que se proponen lograr serían: la reducción de camas hospitalarias, diversificar las camas psiquiátricas con aumento de su rendimiento y eficacia, incrementar las camas para agudos, mejorar la eficacia de las camas de crónicos, crear camas residenciales en áreas de Servicios Sociales para minusválidos psíquicos y pacientes psicogerítricos, crear camas en hospitales generales para enfermos de corta estancia, desarrollo de la atención ambulatoria en las áreas de A.P. y en el área especializada comunitaria y la reordenación de los recursos humanos aumentando el número de los mismos en las áreas de mayor eficacia (extrahospitalaria y hospitalización breve).

La reordenación de los recursos humanos debe resultar en la redistribución de los actuales e incremento de los destinados al área extrahospitalaria, en el caso de los psiquiatras, según la siguiente Tabla (20):

	Extrahospitalarios	Hospitalarios		TOTAL
		Agudos	Crónicos	
Psiquiatras	36	18	10	64
Camas		160	540	700

Tabla 20. Estimación de los psiquiatras y camas necesarios para la Región de Murcia en 1984 (1 millón de habitantes).

Los psiquiatras a cubrir deberían ir a los C.S.M. de la siguiente manera:

- 1 psiquiatra a cada uno de los siguientes: Noroeste (Mula), Altiplano (Jumilla).
- 2 psiquiatras a cada uno de los siguientes: Lorca (Águilas y Totana), Cartagena (Mar Menos y Mazarrón) y Vega Media (Cieza y Molina).



En cuanto a las camas de hospitalización, propone pasar de las 840 actuales a 160 de pacientes agudos distribuidas:

- 15 camas en H. Provincial con Hospital de Día.
- 25 en la Ciudad Sanitaria (Arrixaca).
- 15 en el Hospital Universitario.
- 15 en el Rosell.
- 15 en la Residencia de Lorca.
- 5 en la Residencia de Yecla.
- 5 en la Residencia de Caravaca.
- 65 camas para agudos en el H.P.R.A. (2 unidades de Agudos y una de Alcoholismo).

- 540 camas para crónicos, no excediendo ninguno de sus pabellones de 90 camas.

El día antes del cese del Consejero de Sanidad, a principios de 1986, aparece en prensa¹⁴⁵ un resumen de los equipos y cambios que se han llevado a cabo y los planes futuros: equipos de salud mental, drogodependencias, hospitales de día en Murcia y Cartagena y la reducción del H.P.R.A. a 250 camas, que se irían reduciendo conforme se abrieran las unidades de psiquiatría de los hospitales generales. Como residencias asistidas quedarán Espinardo y otra que se crearía en Lorca. Termina el artículo diciendo que este grado de avance en la Reforma Psiquiátrica sólo existe en Asturias y Murcia, estando esta última más adelantada. Refiere, por último que supondrá una redistribución de recursos que pasarán a estar mejor utilizados.

Durante estos años la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales publica unos boletines de Salud de la Región con algunas referencias de interés a la Salud Mental, contando entre su Consejo Asesor y el de Redacción (dirigido por la Dra. Elvira Ramos García) con tres psiquiatras: Jose María Morales Meseguer (consejero), Francisco Martínez Pardo (viceconsejero) y Pedro Marset Campos (catedrático de historia de la medicina). Se publicaron los siguientes estudios en relación con la Salud Mental:

- Proyecto de organización en Salud Mental para la Comunidad Autónoma de Murcia. Autor: Francisco Martínez Pardo¹⁴⁶. Expone el programa de psiquiatría comunitaria anteriormente descrito (ver nota 122).
- Aspectos epidemiológicos del Retraso Mental en la Región de Murcia. Autora: Concepción Gómez-Ferrer Górriz¹⁴⁷. En el cual relaciona factores socio-económicos en su asociación con el retraso mental en familias que acuden al Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, principalmente para obtener la

¹⁴⁵ "De mil camas, el Psiquiátrico se quedará en 250". La verdad, 30/01/1986. Página 6.

¹⁴⁶ Ver nota 139.

¹⁴⁷ Boletín de Salud de la Región Murciana. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Año 1982-octubre-noviembre, Vol. II, números 10 y 11. Pp: 101-105.

pequeña ayuda económica que el Estado proporcionaba a los de mayor grado.

- Resumen de resultados de la tesis doctoral Percepción Social de la Asistencia Psiquiátrica en Murcia (1983). Autor: José Buendía Vidal (profesor de Universidad)¹⁴⁸.

V.1.1.1.3. La unidad técnica de Salud Mental.

El 31 de enero de 1986, entre otros cambios de consejeros, Carlos Collado nombra de consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales a Ricardo Candel, jefe de Servicio de hematología de la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca.

En dicho año se constituye la Comisión para la Reforma Psiquiátrica en Murcia¹⁴⁹ que coordinaría Morales Meseguer y al cabo de dos años publicaría un documento que sería el fruto del trabajo de dicha comisión: "Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia". Esta Comisión estaría formada por 22 personas, es decir una amplia representación de los profesionales que trabajaban en la red en ese momento, agrupando a trabajadores del H.P.R.A., Hospital General, Arrixaca y red comunitaria de Salud Mental y de drogas. En prensa¹⁵⁰ vemos como un psiquiatra Francisco Carles Egea relata la convocatoria para formar parte de esta Comisión en un balneario de la Región (Archena), por lo que llamaron a este estudio el *espíritu de Archena*, que ya dejaron plasmadas en un documento inicial. Relata también las dificultades iniciales ya en el mismo prólogo para que la naturaleza de la salud mental no fuera tributaria de una concepción ideológica o una política previa. La esencia del citado *espíritu* la resume en que hay que terminar con la marginación asistencial de los enfermos mentales que deben integrarse en el sistema

¹⁴⁸ Boletín de Salud de la Región Murciana. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Año 1984-junio, Vol. IV, número 6. Pp: 106-115.

¹⁴⁹ Formación de la comisión para el seguimiento de la reforma psiquiátrica. Documento de la Consejería de Sanidad. Firmado por Ricardo Candel. 1986.

¹⁵⁰ "Mente sana en murciano sano". La verdad, 25/06/1986. Página 2.

general de salud, que se deben reducir las competencias del H.P.R.A. haciéndolo más dinámico y evitando encronizaciones y el hospitalismo, la asistencia psiquiátrica se deberá hacer en los centros de salud primaria y en los hospitales generales, y la necesidad de la prevención. Termina advirtiendo de un peligro, la dificultad de llevar a cabo lo que teóricamente se planifica, apelando a la necesidad de voluntad y formación a la hora de aplicarlos.

En octubre de 1986 encontramos un documento de discusión para la Reforma Psiquiátrica¹⁵¹ producido por este comité de expertos con su calendario de trabajo por plenarios en los que se discutían las propuestas y se exponía el trabajo de las comisiones sectoriales (comisión extrahospitalaria, de unidades residenciales, intermedias, hospitalización, infantil, alcohol y toxicomanías, etc.) que tardaría un año y medio en ser publicado -desconocemos los motivos- con pocas alteraciones con el nombre del documento anteriormente citado. El 9 de octubre se produce el último plenario con la lectura de las partes del documento, exponiendo los objetivos y la propuesta de organización para la Administración.

En 1986 tras el cese de Morales Meseguer, Juan Antonio Aznar solicita que alguien más colabore con él en la coordinación. Se forma la Unidad Técnica de Salud Mental en la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales (al año siguiente los Servicios Sociales se desgajarían de esta Consejería) junto con Luis López Sánchez -compañero de residencia- y Manuel R. Galiana Cela -en ese momento director médico del Hospital Psiquiátrico-, que se hará cargo de la atención a Drogas, quedando integrada dentro del servicio de Salud Mental de la Consejería.

Al año siguiente -1987- también es cesado de su cargo de Director Regional de Asistencia Sanitaria Francisco Martínez Pardo y se nombra a Jesús Lozano, hecho que supone la dimisión inmediata de Bartolomé Ruiz Periago como coordinador de los servicios de atención a drogodependencias.

A los pocos meses Jesús Lozano es sustituido por Lorenzo Guirao por fallecimiento de éste.

¹⁵¹ Documento de discusión para la Reforma Psiquiátrica. 9/10/1986. Comité de expertos en Salud Mental de la Región de Murcia.

Entre 1987-1988, Pedro Marset, decano de la Facultad de Medicina, realiza el descubrimiento de un fraude cometido por José Luis Mendoza con su Fundación San Antonio (actualmente Universidad Católica de Murcia, UCAM) en la impartición de cursillos a auxiliares y enfermeras con la propaganda de ser reconocidos por la Facultad de Medicina, "cosa que no era cierta y todo ello a través de la actitud confiada, quiero creer, de un catedrático y amigo de la Facultad"¹⁵², refiere aludiendo claramente a Demetrio Barcia.

	Presidente C.A.R.M.	Consejero de Sanidad*/Jefe Provincial Sanidad	Director Regional A.Sanitaria/Planificación/Salud	Director médico del HP / Jefe de Enfermería	COORDINACIÓN SALUD MENTAL/Drogas	Director Gerente SMS
1979	E Hernández	Ángel Fernández	X	Demetrio Barcia	X	X
1980	Ros	Nafria (desde 1963)		F. Martínez Pardo		
1981		Carlos Alberola		Concha Rivera		
1982		Morales Meseguer	F. Martínez Pardo	R. Muñoz Martínez		
1983	E	(Martínez Pardo viceconsejero)	Escrihuela Morales	Manuel R. Galiana Cela Miguel A. Larrosa		
1984	Carlos Collado		F. Martínez Pardo		B. Ruiz Periago	
1985			Lorenzo Guirao		J.A. AZNAR	
1986		Ricardo Candel				
1987	E	(-S.S.)	J. Lozano		U. TÉCNICA SM	
1988		Miguel Ángel Pérez Espejo	Pedro Parra Hidalgo		LÓPEZ-MESAS	
1989					T. ANGOSTO	
1990					Julián Oñate	F. Martínez Pardo
1991	E	Lorenzo Guirao	J. M ^a Basterrechea (PTE)		JOAQUÍN NIETO	
1992		(+S.S.)	Rafael González Tovar	(Gerente: Luis López Sánchez)		
1993	M ^a Antonia Martínez García				LUIS LÓPEZ SÁNCHEZ	Luis García-Giralda
1994						
1995	E Ramón L. Valcárcel	J. A. Gil Melgarejo	Julio Álvarez Gómez	Fernando G ^a Miralles	C. GIRIBET J. Jiménez	A. Martínez-Cachá

Tabla 21. Cargos dirigentes con influencia en el desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en la Región de Murcia durante el período a analizar. Fuente: BORM, BOE, memorias de la consejería de Sanidad. *La Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, durante el período 1987-1993 se fracturó en dos: Sanidad y Consumo y Consejería de Asuntos Sociales (gris). Los demás colores indican la militancia en partido político (PP: azul, PSOE: rosa, en rosa oscuro la Corporación proveniente del PCE). E: Elecciones autonómicas.

¹⁵² Discurso de jubilación de Pedro Marset. 25/11/2011. Disponible en https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=ec4c038a-076e-46e8-a368-a0f303ee6ae0&groupId=115466 (consultado el 13/01/2015).

V.1.1.2. España

V.1.1.2.1. Reformas de los códigos

V.1.1.2.1.1. Código penal

La Ley Orgánica 8/1983, de 25 de junio, de reforma urgente y parcial del Código Penal, actualiza dicho Código con el sentido de introducir las modificaciones más urgentes de cara a la transición democrática de todas sus instituciones en la que el país se hallaba inmerso, también así, y de forma prioritaria, en lo que atañe a la legislación sanitaria.

Para dar una visión del tono represor del anterior Código, podemos decir que hasta esta reforma del Código Penal (el Código Penal del año 1944 refundido en 1973), estuviera tipificada como falta, en el artículo 580, la conducta de "los encargados de la guarda o custodia de un enajenado que le dejaren vagar por las calles o sitios públicos sin la debida vigilancia", en el mismo precepto en el que se tipifica la conducta de los "dueños de animales feroces o dañinos que los dejasen sueltos o en disposición de causar mal".

Las normas que regulan la enfermedad mental están dispersas tanto en el Código Penal como en la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Ley orgánica 4/1988 de 25 de mayo).

Las modificaciones del Código, en materia de Salud Mental, introdujeron una reforma significativa en cuanto permitía poner fin al internamiento, aplicando medidas sustitutivas. Es decir, se permitía al Tribunal sentenciador "*a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene*" sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, por las medidas de (art. 8.1 °C.P.):

- a) Sumisión a tratamiento ambulatorio (duración máxima de 5 años).
- b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.

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

d) Presentación mensual o quincenal, ante el Juzgado o Tribunal sentenciador, del enajenado, o de la persona que legal o judicialmente tenga atribuida su guarda o custodia”.

También, por vez primera, se contempla el internamiento en un centro educativo especial, en el caso de personas con alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia que tuvieran alterada gravemente la conciencia de la realidad (art. 8.3.º CP).

En el art. 9.1.º CP añade que las medidas de seguridad no podrán exceder a la de la pena privativa de libertad y que estarán sujetas a que el Tribunal las pueda extinguir o reducir en virtud de la buena marcha del tratamiento, aquí el Juez de Vigilancia Penitenciaria tiene la obligación de llevar al menos, anualmente una propuesta de mantenimiento, cese o suspensión de la medida de internamiento.

En cuanto a los semi-imputables se aplica el sistema vicarial de ejecución de penas y medidas de seguridad, es decir, computar el período de internamiento como ejecución de la pena.

Estos cambios en el Código Penal supondrán la puesta en libertad de enfermos que se encontraban reclusos *sine die* en los Hospitales Psiquiátricos españoles por motivos penales y que en muchos de ellos no se encontraba motivo clínico para continuar su internamiento, con lo que se fomentaba su marginación y segregación y privándoles, en definitiva, de uno de los derechos fundamentales como es el derecho al tratamiento. Supone, pues, un giro garantista en el ya obsoleto Código Penal de 1983. Se calcula que alrededor de 10.000 enfermos mentales en España se pudieron beneficiar de este cambio en el Código, sin embargo muchos de ellos no tenían medios para vivir fuera de los hospitales psiquiátricos por lo que la Fiscalía tuvo que evaluar a muchos de ellos como incapaces para que pudieran seguir internados en el Hospital.

En cuanto a la Región de Murcia, nos encontramos un documento que entró al H.P.R.A. el 11/04/1985 de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Murcia¹⁵³ pidiendo " por tenerlo así acordado en Decreto de esta fecha dictado en cumplimiento de Orden del Excmo. Fiscal General del Estado, en relación con internamiento en centro psiquiátrico...que se facilite a la Fiscalía relación circunstanciada de internos existentes actualmente en este establecimiento y que hubieran sido internados con anterioridad al 24/10/1983 con expresión de sus circunstancias personales; próximos parientes; Informe facultativo, sobre su salud mental y si padece deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma."

La Reforma del Código Civil de 1983 depura la definición de los comportamientos punibles en cuanto a tráfico y posesión de drogas, evitando la excesiva arbitrariedad anterior y suaviza los delitos de tráfico de drogas despenalizando la posesión de drogas para consumo propio. Distingue entre las drogas más perjudiciales para la salud y las menos, incrementando las penas por narcotráfico en las primeras. La tenencia y el consumo en lugares públicos se castigan con multas de 301 a 30.000 euros, que se pueden suspender sometiéndose a tratamiento de deshabitación.

Posteriormente, la Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, de Reforma del Código Penal en materia de tráfico ilegal de drogas, en su artículo 344, tiende a una mayor represión (principalmente en delitos de narcotráfico) y resuelve poco la problemática que envolvía al tema de las drogas.

Como hemos visto en el capítulo de política sanitaria se originaron ciertos problemas derivados de la aplicación de esta reforma del Código Penal que se recogen en el Cuaderno de Acción Social nº17:

- Recomendación, a través de las Administraciones Públicas interesadas, de que se priorice el tratamiento en régimen ambulatorio.

¹⁵³ Documento con fecha de entrada al H.P.R.A. el 11/04/1985 de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Murcia dirigido al Sr. Director del Centro Psiquiátrico. Hospital Román Alberca. Firmado por el Fiscal Jefe a 30/03/1985.

- Información a las Corporaciones Provinciales de la no existencia de imperativo legal, que las obligue a sostener pabellones o unidades judiciales en sus instituciones psiquiátricas.
- Recomendación, a las mismas Administraciones, del desmantelamiento de las unidades de tal naturaleza que todavía subsistan.
- Debería excluirse como alternativa la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos penitenciarios y que la atención sanitaria que precisen se administre en las enfermerías de los establecimientos penitenciarios con el apoyo y colaboración de los equipos de Salud Mental de la zona.

V.1.1.2.1.1.Código Civil

La Ley 13/1983 de 24 octubre supone una importante reforma del Código Civil en materia de tutela.

Por la misma se deroga el Decreto del año 1931 "sobre la asistencia a los enfermos mentales", obsoleto en este momento porque suponía una discriminación evidente en materia legal entre los llamados enfermos mentales y el resto de pacientes.

El segundo aspecto que modifica es el relativo a la regulación de las condiciones, límites y procedimiento de la incapacitación y la tutela legal de adultos. Se basa en dos principios opuestos a los que inspiraron la legislación anterior¹⁵⁴:

- Principio de pluralidad de **Guardia Legal**, introduciendo, junto a la tutela, la institución de la curatela y la figura del defensor judicial, todas ellas con el objeto de proteger al incapacitado.
- Principio de **Tutela de Autoridad**, que suprime el Consejo de Familia y dota al Juez de todo el poder de decisión.

En cuanto al internamiento, se da una norma mínima al referirse al presunto incapaz, regulado en los artículos 200, 202, 203 y, especialmente, el

¹⁵⁴ GARCÍA, J., ESPINO, A., LARA, L. "La Psiquiatría en la España de fin de siglo". 1998. Editorial Díaz de Santos.

211 -éste último pasará a sustituir los 35 artículos que en el anterior Decreto regulaban el internamiento en centros psiquiátrico-, así como el 8.1 y 9.1 del Código Penal. Dicho artículo (211) dice lo siguiente:

"El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que razones de urgencia hiciesen necesaria la adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al juez y en todo caso dentro del plazo de 24 horas.

El Juez, tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por el designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del ministerio fiscal, a los efectos previstos en el artículo 203.

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

La importancia de este cambio legal radica en la transformación de la figura del enfermo mental en un sujeto beneficiario de derechos. Anula la posibilidad de ingreso en establecimiento psiquiátrico por orden gubernativa (policía, Ayuntamientos, etc.) quedando como posibilidad los ingresos voluntarios y los involuntarios por indicación médica con posterior autorización judicial o por autorización u orden judicial.

Estos cambios en el Código Civil vinieron como consecuencia de la aplicación de la Constitución Española de 1978 (artículos 43, 24 y 17) al campo de los internamientos en instituciones totales como los hospitales psiquiátricos.

A pesar de la aprobación de esta Ley aún persistieron durante varios años interpretaciones judiciales de la misma bajo la anterior visión.

V.1.1.2.2. Informe ministerial para la Reforma Psiquiátrica

El pilar fundamental en el que se apoya la Reforma Psiquiátrica en España es el informe de la comisión ministerial.

En España corrían ya tiempos de reformas tímidas y aisladas en diversos puntos, pero daban lugar a un ambiente general de cambio y crítica

del modelo tradicional, todo ello apoyado por las corrientes anti-institucionalización, anti-psiquiatría, sociológicas, etc. de la época ya comentadas. Era tal el clima de cambio que profesiones asociadas generalmente al inmovilismo como son los auxiliares psiquiátricos celebraban congresos anuales acerca de su papel dentro de la necesaria transformación de la asistencia, demostrando cierta autocrítica y exponiendo los obstáculos y resistencias, y los factores favorecedores de la misma en el estamento de auxiliares, señal de implicación y apoyo a la misma¹⁵⁵.

La Comisión fue creada en 1983¹⁵⁶, Por Orden del 27/07/1983, constituyéndose 17 meses después, el 14/12/1984. Estando como ministro Ernest Lluch y al mando de la subsecretaría de Sanidad y Consumo Pedro Sabando.

Esta Comisión estaba formada por profesionales de la salud mental, casi todos ellos pertenecientes a la A.E.N. que fueron: Valentín Corcés, José García, José Guimón, Federico Menéndez Osorio, Mercè Pérez, José Rallo y Francisco Torres, además del Director General de Planificación Sanitaria, el Director General de Farmacia, el Director General del INSALUD, el director General de Salud Pública y el Subdirector General de la A.I.S.N.A. Actuó como secretario Antonio Espino.

El informe se publica en Abril de 1985, y desarrolla la Ley General de Sanidad (LGS) - pese a que esta se publica un año después- y da las líneas generales de organización e infraestructura para que la Reforma a la Asistencia Psiquiátrica sea algo más que una simple integración de la Psiquiatría en la Seguridad Social.

El documento recoge en sus principios generales el espíritu del artículo 20 de la LGS, en cuanto a atención a la población en el ámbito omunitario y de la potenciación de los recursos ambulatorios.

1. Integración de la Salud Mental en la Red Sanitaria General:

¹⁵⁵ "El papel del Auxiliar Psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica". Trabajo presentado al V Congreso de Auxiliares Psiquiátricos celebrado los días 20-23/03/1981 en La Rioja.

¹⁵⁶ Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la Salud Mental. Comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*. Vol. V. N. o 13. 1985.

- La asistencia psiquiátrica ha de estar integrada en el Sistema General de Salud, potenciándose su gestión descentralizada.
 - Responsabilidad de la Administración Pública es promover la integración de la Salud Mental.
 - Modelo sanitario que asume los aspectos biopsicosociales del enfermar.
 - Modernización y reordenación del Sistema de Salud de forma que permita superar los elementos de segregación sanitaria, cultural y social existentes hacia el enfermo mental.
2. Territorialización: modelo de Área en contra del anterior modelo de sector, ya superado. Desarrollo del modelo en torno a un ámbito territorial definido y con participación de los diversos agentes comunitarios.
3. Ordenación jerárquica organizada:
- a. Los cuidados generales a la Salud Mental se ordenarán atendiendo a dos grandes niveles: cuidados en la Atención Primaria y cuidados especializados, atendándose estos últimos básicamente como estructuras de apoyo al nivel primario.
 - b. El nivel especializado de atención comprenderá labores de apoyo, asesoramiento, supervisión, asistenciales, de promoción, prevención e investigación.
4. Actuación hospitalaria. Se dan como principios básicos los siguientes:
- a. La duración de la hospitalización ha de ser breve, y estará en función de criterios terapéuticos.
 - b. La hospitalización, para estar indicada, ha de aportar mayor beneficio que el resto de intervenciones realizables en el entorno familiar y social.
 - c. Los ingresos por causa psíquica han de ir realizándose progresivamente en el hospital general.

- d. Los hospitales generales públicos han de ir contemplando la atención psicológica y psiquiátrica como una más de sus prestaciones.
5. Atención a Programas Específicos. Los siguientes serán prioritarios:
- a. Salud Mental Infanto-juvenil.
 - b. Salud Mental en la vejez.
 - c. Psiquiatría penal.
 - d. Drogodependencias.

Por último el documento recoge los medios e instrumentos necesarios para el desarrollo del modelo propuesto, que serían: desarrollar un sistema operativo y fiable de registro e información, adecuar y aprovechar el conjunto de recursos humanos del Sistema de Salud Mental mediante las acciones necesarias para la formación del personal sanitario y el establecimiento de normas generales de acreditación de unidades y centros.

Tras establecer estos principios y con la intención de que se fueran llevando a cabo a lo largo de los siguientes años se crea la Comisión para el Seguimiento de la Reforma Psiquiátrica.

V.1.1.2.3. Ley General de Sanidad

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, debe considerarse como la ley de cabecera del ordenamiento jurídico estatal en materia sanitaria, por lo que resulta capital acercarse someramente a sus principios, que deben ser respetados en el desarrollo que se haga por la legislación de las CCAA.

El primer aspecto a destacar de esta norma de cabecera es que supuso la integración de la acción pública en materia sanitaria. Entendiendo que con ello se puso fin a una situación de dispersión y sectorialización de lo sanitario (téngase presente que en la situación anterior existían centros y servicios sanitarios en manos de las Diputaciones, Ayuntamientos, Comunidades Autónomas, etc.). A partir de esta norma y de su desarrollo se

residió la competencia y la organización del ejercicio de la competencia en las Comunidades Autónomas, a las que se les exigió que constituyeran un servicio de salud integrado por todos los centros existentes en manos de otras Administraciones (art. 51 LGS). Con todos los servicios autonómicos la LGS pretendía el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud.

Pero la LGS no solo tiene como propósito ese sistema integrado, sino también que la protección a la salud sea completa, entendiendo por tal que atienda al conjunto de las cuestiones que presenta la protección a la salud, tanto en la dimensión de salud pública, como de cada persona individual. Concepto que es un principio capital de esta norma de cabecera.

Otra de las novedades de la comentada LGS es que en la norma no solo hay una preocupación por la atención frente a la enfermedad, sino que proyecta su acción también a la prevención sanitaria y a la educación sanitaria de la población. Divide la atención sanitaria en atención primaria y atención especializada, potenciando la primaria dado que es la más adecuada para la acción preventiva.

Fue también una novedad de la LGS su preocupación por la calidad de los servicios prestados y la evaluación de la misma, así como un marco jurídico perfilado de derechos y deberes del usuario, prácticamente inexistente con anterioridad.

La Ley General de la Salud no pretendió establecer un marco acabado de la atención sanitaria, sino un marco general como corresponde a las bases de la misma, pues estas eran la competencia atribuida por el art. 149.1 CE al Estado. Es de destacar que mientras se desarrollaba el sistema creado por la LGS, la disposición transitoria tercera estableció la continuidad del INSALUD hasta la culminación del proceso de transferencias a las CCAA, hoy día transformado en INGESA (2002).

Como conclusión puede afirmarse que la LGS estableció la estructura básica del ordenamiento jurídico que posteriormente habría de desarrollarse.

V.1.1.2.4. Plan Nacional de Drogas

Debido a la irrupción con especial virulencia de las toxicomanías distintas al alcoholismo en los años 80 -principalmente la heroína- y a la alarma social que se creó, se gesta desde el Ministerio de Sanidad y, a la vez que cada Comunidad Autónoma hacía uno propio, el Plan Nacional de Drogas, que está destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas Administraciones Públicas y entidades sociales en España para hacer converger esfuerzos, con independencia de ideologías o filiaciones políticas.

V.1.1.2.5. Salud pública

Además de la actividad sanitaria de tipo asistencial para la atención de cada ciudadano particular, la actividad sanitaria tiene un segundo plano que se denomina como tutela de salud pública y que abarca la prevención, promoción y protección de la salud de la población como colectivo.

La característica que tiene este sector es la gran cantidad de aspectos que abarca, ajenos a la constitución fisiológica del individuo, como pueden ser la alimentación, el medio ambiente y su contaminación, las condiciones de trabajo, las drogodependencias, el urbanismo, etc. que influyen de manera más o menos directa en la salud pública. El propio preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud parece aludir a la salud pública y sus múltiples aspectos al definir la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social. No cabe duda de que el riesgo mayor en este ámbito se da con el peligro de las epidemias, y que en los últimos tiempos hemos tenido buenos ejemplos como el VIH, la tuberculosis, malaria, etc.

En cuanto a materia de drogas, España adaptó su Código Penal a la Convención Única sobre Estupefacientes en 1973. Al año siguiente, el Tribunal Supremo determinó que al consumo personal no entraba dentro de los llamados "delitos contra la salud pública", esto provocó que España fuera el primer país europeo en despenalizar no solo el consumo personal de drogas,

sino también los actos preparatorios, incluyendo el cultivo. Sin embargo, nunca se ha llegado a aprobar una regulación administrativa de estas cuestiones, lo que ha provocado una gran inseguridad jurídica, sobre todo en casos de cultivo o posesión colectivos.

En este campo de la salud pública resulta importante la normativa internacional y comunitaria debido al fenómeno de la globalización, pues esta proporciona riesgos claros de propagación de enfermedades por la proliferación del tráfico de mercancías y personas con enorme intensidad.

Para solucionar estos problemas sanitarios transnacionales se creó en 1948 la Organización Mundial de la Salud, que dirige la lucha contra esos riesgos desde entonces. A estos efectos se aprobó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), datando el primero del año 1969, vigente hasta el año 2007, en que se consideró obsoleto, fecha en que se aprobó un nuevo texto, en vigor desde junio de 2007.

La LGS recoge en este campo de la salud pública en los artículos 23 a 31 medidas que han de reputarse de insuficientes, pues se refieren a las clásicas medidas de policía sanitaria como son la reglamentación, el registro, la autorización y la orden.

Además de las escasas medidas contenidas en la LGS y como la regulación normativa que afecta a los derechos fundamentales precisa ser regulada por ley orgánica (art. 81 CE), se aprobó la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, que con solo cuatro artículos ha de calificarse de insuficiente.

No es objeto de esta tesis hacer un análisis riguroso de la totalidad de la legislación existente en materia de salud, sino solamente para el objeto de la misma y para encuadrar los hitos de donde parte la legislación sanitaria murciana hacemos una referencia al marco estatal. Concluimos la referencia a la normativa de salud pública señalando que es palmaria la diversidad de normas, incluido su rango en esta materia, pues muchas regulaciones se contienen en reglamentos y no en leyes.

V.1.2. El cambio de la Asistencia psiquiátrica

V.1.2.1. El Hospital Psiquiátrico Román Alberca

El camino de reintegración a la sociedad del enfermo al otro lado de los muros, escribe Martínez Pardo¹⁵⁷, es una empresa condenada al fracaso del psiquiatra y que corresponde más al sociólogo o al político. La misión del Hospital Psiquiátrico es, pues, crear de forma artificial una sociedad paralela, a las afueras, más tolerante con relaciones de tipo comunitario, con personas que aceptan su marginación, un refugio seguro donde se le acepta, entiende y ayuda a vivir de un modo más humano y menos conflictivo que en la calle.



Figura 29. Entrada del H.P.R.A., años 80.

Tras la entrada del nuevo director, se reorganizan los servicios médicos y sus funciones (División Médica):

- Servicio de Agudos
- Servicio de Crónicos.
- Servicio de Investigación y Docencia: realizar investigaciones básicas de un hospital psiquiátrico, dirigir tesis doctorales y tesinas y publicar trabajos científicos en colaboración con la plantilla del

¹⁵⁷ Ver nota 109.

centro, e impartir enseñanza a los alumnos de licenciatura de la Facultad de Medicina, postgraduados que deseen especializarse en psiquiatría y resto de profesiones asociadas. Asimismo se encargaría de celebrar cursos, seminarios y sesiones clínicas (Demetrio Barcia).

- Servicio de Rehabilitación (Laborterapia, Terapia Ocupacional y Socioterapia)
- Servicio de Hospital de Día, Consultas Externas y Asistencia Extrahospitalaria: se vuelve a abrir el Hospital de Día.
- Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías
- Servicio de Geropsiquiatría
- Servicio de Enfermería: los ATS, cuidadores y auxiliares psiquiátricos dejarán de depender de las secciones o servicios donde se encuadraban para depender de este Servicio. También tendrá a cargo la organización de los cursos de perfeccionamiento sanitario que proponga la Dirección.
- Servicios Comunes: Medicina Interna, Laboratorio de Análisis Clínicos y Bioquímicos, Psicología, Electroencefalografía y Odontología.

Dentro de la División Médico-Administrativa: Admisión de enfermos y Servicio de Guardia, Archivo Central de Historias Clínicas, Asistencia social e información, Biblioteca y Farmacia.

Se crea la Junta Facultativa y las siguientes comisiones técnicas: de historias clínicas, de farmacia, de enseñanza, de valoración y rendimiento de los Servicios. También se elabora un nuevo reglamento interno del Hospital Psiquiátrico y de normas permanentes para funcionamiento en cada uno de los Servicios.

En cuanto a contrataciones en 1980 ya se pasa a tener 3 psicólogos contratados, y se aumenta la plantilla de ATS (4 más), de auxiliares de clínica (9) y subalternos (12).

La distribución del Hospital queda de la forma siguiente:

- Pabellón de recepción y agudos: edificio de tres plantas; la tercera para ingresos de hombres (30 camas), la segunda para ingresos de mujeres (30 camas) y la planta baja ocupada por el Servicio de Investigación y Docencia.
- Pabellones de crónicos:
 - a. Zona residencial: Dos pabellones de tres plantas para hombres y otros dos para mujeres.
 - b. Zona asilar: un pabellón para hombres y otro para mujeres. También llamados de "Finales" (clásicamente también denominados "sucios" y/o "agitados").
 - c. Geropsiquiátrico: un pabellón para pacientes ancianos (mujeres).
- Zona de Laborterapia: Club Social y talleres de Laborterapia.
- Zona de Servicios: cocina, almacenes, calefacción, lavadero y otros servicios de mantenimiento.

En cuanto a los problemas que revela la memoria del año 1980 uno es la extremadamente elevada tasa de ocupación, agravada por un porcentaje de un 30% de pacientes en régimen judicial en el Pabellón de Ingresos, achacando a esto último el trasvase prematuro de otros pacientes a los pabellones de crónicos.

El diputado visitador (Andrés Pérez García) es cesado el 10/10/1980 y sustituido por Ramón Ortiz Molina, que dos años más tarde dejaría de desempeñar este papel por la disolución de la Diputación Provincial.

En 1980 también se aprueba un Reglamento de Régimen Interno para el H.P.R.A. La tasa de fugas era muy alta llegando a ser de 209 en 1981, 213 en 1983.

En septiembre de 1982 se nombra a Raimundo Muñoz Martínez director médico en funciones tras la marcha de Francisco Martínez Pardo a la Consejería.

El verano siguiente estalla otra polémica en la prensa que crea una gran alarma social: comienzan a morir varias pacientes del pabellón de

crónicos (mujeres) de forma progresiva, con las consiguientes especulaciones en la prensa acerca de las posibles causas, responsabilidades, etc. Primero se habló de malas condiciones de potabilización del agua, comida en mal estado, etc. Finalmente se detectó que la causa era la bacteria salmonella typhi y que la infección se había producido de persona a persona, ya que los 16 contagios se habían dado mayoritariamente entre las enfermas de un pabellón (Geropsiquiátrico). La prensa regional no dejó de emitir noticias^{158,159} al respecto durante todo el mes de Agosto de 1983 en las que se recogía el debate político que ocasionó la política informativa de la Consejería de Sanidad, con muchas noticias con información falsa y tendenciosa, quizá en un *furor sanantis* contra el Hospital Psiquiátrico.

Se creó una comisión de seguimiento formada por las autoridades sanitarias de la Región y expertos médicos. El consejero y la comisión llegaron a la conclusión de que el contagio se debió al contacto humano con dos portadoras que ingresaron ese mismo mes de julio, no obstante admite que muchos centros de internamiento de la Comunidad Autónoma hay ambiente tifoideo, que requiere mejoras en infraestructuras sanitarias.

Todos los "estamentos" del Centro desearon que constara en acta en la Junta de Gobierno de Noviembre de 1983 su manifiesto apoyo a la dirección del Centro en la gestión de la crisis de la salmonella typhi durante el verano del mismo año, ante la campaña de prensa llevada a cabo con la que no están de acuerdo -denigraba al H.P.R.A.

La resolución de este problema, por lo eficaz, sirvió para nombrar director médico al que realizaba esta tarea en funciones durante ese verano, el Dr. Manuel Roberto Galiana Cela. En breves días se nombraría Jefe de Enfermería a Miguel Ángel Larrosa. Ambos eran afiliados del PSOE. También favoreció la remodelación posterior de infraestructuras en el H.P.R.A. durante ese y el año siguiente.

¹⁵⁸ "Definitivo: Había "tifus" en el Hospital Psiquiátrico". La verdad, 5/08/1983. Páginas 3 y 4.

¹⁵⁹ "El brote de tifus, totalmente aniquilado". La verdad, 30/08/1983.

En 1983 encontramos un informe de la dirección médica del H.P.R.A.¹⁶⁰ que reflexiona sobre los cambios que debe hacer el Hospital para adecuarse a su nuevo funcionamiento en red, para lo que propone la creación de un Servicio de Urgencias para aproximarse al resto de la asistencia sanitaria. Remarca que los ingresos deberían pasar primero por el filtraje de los centros comarcales, (C.S.M.) así como el seguimiento tras el alta del Hospital. Para lo cual pide a la Consejería de Sanidad que dote correctamente a dichos centros en los presupuestos de 1984 y pide para ellos: que funcionen en horario de mañana y tarde, para lo que se necesitarían 2 equipos multidisciplinarios por centro, la creación en Murcia de uno nuevo (ya que, según dice, no existe), la dotación de material imprescindible para los mismos y la creación de la estructura administrativa que corresponda para el funcionamiento orgánico de estos.

En otro informe de la dirección médica sobre los años 1984 y 1985¹⁶¹, explica que no se ha podido aprobar un Reglamento de Régimen Interno por el replanteamiento de funciones que le impone al Hospital la nueva Reforma Psiquiátrica.

En julio de 1984, en la prensa¹⁶² aparece que se cambiará el nombre oficial del Hospital Psiquiátrico Provincial por Hospital Psiquiátrico "Román Alberca" (en adelante, H.P.R.A.) en un intento de mostrar la voluntad de renovación del mismo junto con la mayor reforma de su historia. Según su director (Galiana) el objetivo básico es intentar que deje de ser un centro único y coordinador de la asistencia en la Región para convertirse en un medio más con características propias y muy específicas. El incremento de personal también es notable: 11 médicos, un farmacéutico, 3 psicólogos, 9 A.T.S., 50 auxiliares psiquiátricos, además de las plazas de oposición que se acababan de resolver (4 psiquiatras). También se aprueba el Reglamento de Régimen Interno y se compra un ordenador.

¹⁶⁰ Informe de la dirección médica del H.P.R.A. Firmado por M. Galiana. 23/11/1983.

¹⁶¹ Memoria del H.P.R.A. 1984

¹⁶² "Ambiciosa remodelación del Hospital Psiquiátrico". La verdad, 12/07/1984. Página 5.

A finales de 1985 en la sala de penados del H.P.R.A.¹⁶³ -abierta desde 1981 recién remodelada- se produce un motín e intento de fuga, con toma de rehenes, que en pocas horas fueron reducidos por la Guardia Civil, asesorados por el director del centro en cuanto a estado mental de los amotinados y estructura de las instalaciones. Este suceso llevó al consejero Morales Meseguer a remover del H.P.R.A. dicha unidad en breves meses, ya que reconoce, muchos presos fingen tener síndrome de abstinencia para acabar allí, desde donde es más fácil escaparse ya que es un centro hospitalario, no una prisión.

Podemos destacar, especialmente en estos años, del principio de la democracia en España, la importancia y repercusión de las campañas mediáticas en la prensa sobre las actuaciones políticas, especialmente en lo que concierne a las drogodependencias y a la seguridad de los centros sanitarios.

En mayo de 1986 se traslada una de las unidades de Agudos al Hospital General, llevándose todo su personal con lo que la Unidad de Agudos del H.P.R.A. queda reducida de 60 a 30 camas y pasa a ser mixta. El mismo mes se divide funcionalmente en H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano, pasando este primero a depender de la Dirección Regional de Asistencia Sanitaria al igual que lo hacía la Salud Mental Comunitaria.

V.1.2.1.1 Las Juntas de Gobierno

En 1980, se crean las Juntas de Gobierno, esto es, reuniones de representantes de cada *estamento* del hospital -elegidos democráticamente- en las que se tomaban las decisiones que afectaban a todos, esto era similar a lo que ocurría en otros hospitales. Al acabar las Juntas los miembros de cada "estamento" tendrían la responsabilidad de informar al resto del mismo de las decisiones tomadas y que afectarían al mismo.

¹⁶³ "Hubo que tomar la habitación por asalto". La verdad, 17/12/1985.

En el acta de la Junta de Gobierno del 15 de noviembre de 1983 podemos ver el plan del Dr. Francisco Román Moreno para modificar la organización del hospital, haciendo hincapié en la necesaria reclasificación de pacientes por patologías, propone destinar los últimos pabellones (Finales) para los enfermos irrecuperables (que calcula en un 25%) y dejar el resto de pabellones como comunidades terapéuticas. Informa también de la puesta en marcha inminente del Centro de Día y del Hospital de Noche. Éste último se emplazaría en las terceras plantas de los cuatro pabellones que confluyen en la plaza central del recinto. Expone como necesidades a corto plazo para el desarrollo de este plan: el traslado de la Unidad de Alcoholismo al antiguo Pabellón de Ingresos de Hombres, traslado de la Electroencefalografía al ala derecha superior del Pabellón de Administración, dejar libre el tercer Pabellón de Hombres (en ese momento ocupado por la Unidad de Alcoholismo) para cubrir con enfermos "finales" y el traslado del Club a la nueva Cafetería. Asimismo propone también un ajuste del horario de trabajo del personal auxiliar de psiquiatría de 24 h., para bien de las comunidades terapéuticas.

En el mismo acta podemos ver como el Director Médico expone la problemática que acucia al Centro: necesidad de modificar el Reglamento Interno, la creación de un Organigrama Funcional del Centro, el Depósito de Farmacia, las estancias prolongadas en Agudos y las estancias de Alcoholismo y Judiciales.

En dicha Junta observamos la cercanía de figuras políticas como el Director Regional de Planificación Sanitaria que resuelve una dificultad económica del Centro (traslado del Club a la Cafetería, remodelación del Pabellón de Finales) ofreciendo resolverla haciéndose cargo la Consejería de los gastos que comporte.

Se propone también en dicha Junta la creación de un Servicio de Urgencia que evite los "espectáculos lamentables" en el vestíbulo de Admisión.

En dichas reuniones participaba también el Presidente de la Asociación A.F.E.S. (Sr. Hernández Sánchez) y propone la creación de una zona de visitas y solicita valorar el borrador de la modificación de Reglamento Interno del Centro.

En la siguiente Junta de Gobierno que se realiza (21 de noviembre de 1983), vemos que se añade un representante de los médicos de guardia a dicha Junta. Se acuerdan los presupuestos para acometer las reformas expuestas en la anterior Junta. Jose Luis López-Mesas, ya regresado de su aventura política como concejal de Sanidad y Teniente Alcalde de Murcia por el PCE unos años atrás, psicólogo fijo del Centro, muestra su desacuerdo con el sistema de contratación administrativa y la necesidad de que las plazas de los becarios se reconviertan en plantilla, ya que la filosofía de tal concepto se desvirtúa cuando los becarios están realizando tareas asistenciales y de responsabilidad (recuérdese que hace 5 meses había ocurrido la crisis de la salmonella).

Entre las conclusiones de dicha reunión se recogen las siguientes:

- Seguir con estudio de organigrama por los diversos estamentos del Centro.
- Acometer la modificación del Reglamento de Régimen Interno.
- Se encomienda a cada servicio el estudio de su personal y que se plasme en una propuesta concreta que formularía la Dirección Gerente.
- Traslado de la Unidad de Alcoholismo.

Del análisis de las dos actas que se conservan de las numerosas Juntas de Gobierno que se realizaron (no sabemos con exactitud la fecha de terminación de las mismas) podemos extraer la existencia de una importante pluralidad de voces (cada "estamento"), la posterior difusión de la información y la integración y coordinación de todos los agentes socio-sanitarios (muy escasos) que, en ese momento, actuaban sobre los pacientes atendidos en Salud Mental, con la recogida de la voz, aunque no el voto, de todos los "estamentos" y fuerzas que se hallaban implicados.

No se dispone de ningún documento más relativo a las Juntas de Gobierno hasta 1987¹⁶⁴, fecha en que aparece una instrucción del director médico para formar la Junta Facultativa provisionalmente -debido a la falta de

¹⁶⁴ Instrucción permanente de obligado cumplimiento. Dirección médica del HPRA. 23/09/1987.

Reglamento de Régimen Interno- por la que se constituirá la Junta Facultativa provisional formada por Director Médico, los Jefes de Servicio, un Facultativo representante de cada uno de los servicios (Agudos, Sub-agudos, Alcoholismo, Centro de Día y Servicios Comunes), un representante de los psicólogos el Jefe de Enfermería y un representante de los A.T.S. Como vemos se pierde la representación de otros *estamentos* que previamente participaban en las Juntas de Gobierno, a saber: monjas, auxiliares, personal subalterno, etc.

Dicha Junta se define como un órgano de consulta, asesoramiento e información de la Dirección Médica, y el mismo Director médico será el Presidente. Su misión principal será elaborar un informe sobre la situación actual y planes generales del Hospital Psiquiátrico.

Como vemos la Junta Facultativa difiere en varios elementos de las de Gobierno: tiene voz pero no voto, confiere más poder al Director Médico, y quedan grupos profesionales sin representar,.

V.1.2.1.2. Los Pabellones

Los años 1980 y 1981 cursaron con numerosas reformas en pabellones, plaza central, cafetería, instalación de calefacción en cuatro pabellones, adquisición de mobiliario e instrumental para el Laboratorio de Análisis Clínicos y una ambulancia. Se habilitó una zona de seguridad para internos judiciales y se cerró parte del recinto hospitalario. Para todo esto se aprobó un presupuesto extraordinario de 48 millones de pta. También se previó la creación de un centro cívico que nunca llegó a realizarse.

En 1980 los Pabellones de "Finales" se encontraban por completo ocupados por pacientes hombres (191) ya que el de mujeres hubo de cerrarse al inaugurar el pabellón geropsiquiátrico, por falta de personal.

En 1983 y 1984 se inician las reformas arquitectónicas de los pabellones centrales desapareciendo las habitaciones de 10 y 12 camas (plegables), pasando a habitaciones de 4 ó 5 camas, el director médico la

denominará la reforma más importante en toda la historia del Hospital Psiquiátrico¹⁶⁵.

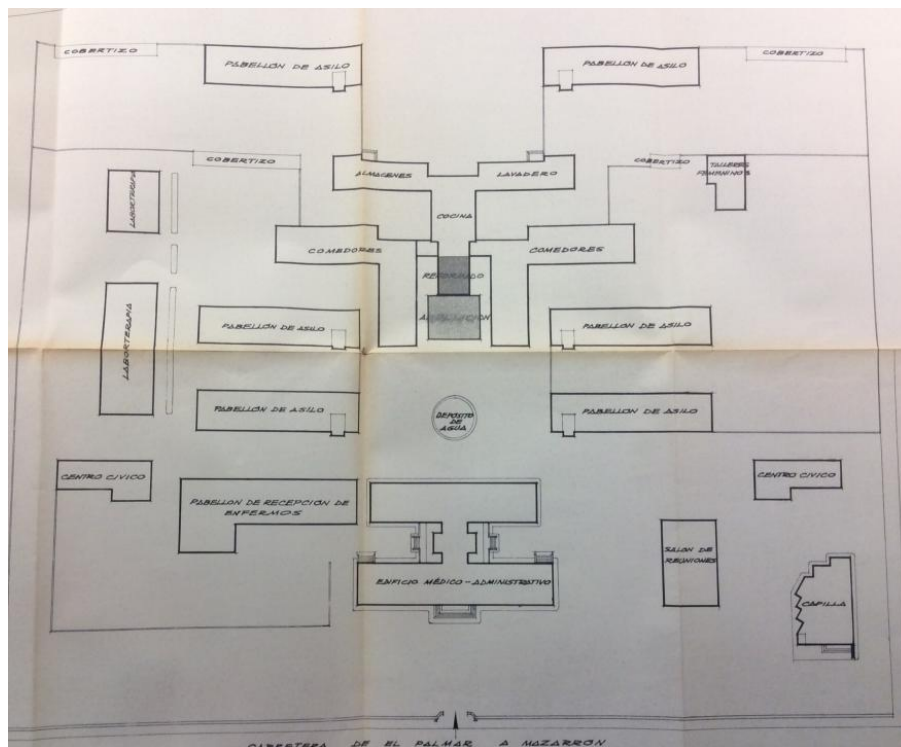


Figura 30. Plano del Hospital Psiquiátrico y proyecto de centro cívico. 1980. Fuente: Archivo General de la Región de Murcia.



¹⁶⁵ Ver nota 144.



Figuras 31, 32 y 33. Habitaciones de 10 y 20 personas, y salas de estar del Hospital Psiquiátrico. 1980.

V.1.2.1.3. Los Estamentos

A partir de 1980 se establece una política clara con respecto al personal de delimitar los puestos según las funciones que estaban realizando, cambiando estructuralmente algunas figuras (subalternos a auxiliares), creando nuevos Servicios (Limpieza), cubriendo las vacantes de jubilaciones y bajas por enfermedad con prontitud y los nuevos servicios que se van creando.

Al poco tiempo de la entrada de Francisco Martínez Pardo como director médico se instauran las llamadas Juntas de Gobierno, que se trataba de juntas con representantes de todos los estamentos del Hospital y, en ocasiones, políticos con el objeto de debatir los temas que acuciaban al H.P.R.A., las sesiones se guardaban en actas de las que sólo hemos podido recuperar dos de ellas (15/11/83 y 21/11/83).

En ambas vemos la presencia del Director Regional de Planificación Sanitaria -Francisco Javier Escrihuela Morales-, que aproximadamente el tiempo de la ausencia de Francisco Martínez Pardo de la Dirección Regional de Asistencia Sanitaria (fue Vice-consejero de Sanidad, Consumo y Asuntos Sociales de octubre de 1983 a junio de 1984) se hizo cargo de la Dirección Regional de Planificación Sanitaria (de julio 1983 a septiembre 1985), de hecho ambas direcciones se unirían más tarde pues sus funciones eran similares, y se encargó de la Salud Mental como vemos en las actas de dichas reuniones.

En 1981, el Presidente de la Diputación Provincial (Carlos Collado) redacta una serie de normas para regular las salidas oficiales o para asistencia médica en los centros de la Diputación, haciendo más estricto el control de las entradas y salidas del personal de cada centro mediante vales de salida y registro de los mismos, incluido el H.P.R.A.

La memoria de 1984 hace referencia al gran aumento de personal que hubo este año: se pasó de 38 contratos en 1983 a 62 en 1984, además del resto de personal fijo o contratado a través de becas para guardias.

La Consejería de Hacienda y Administración Pública, por las resoluciones de fecha 22 de Abril y 14 de Mayo de 1986¹⁶⁶, decreta una regulación para las gratificaciones para el personal funcionario de la Administración Regional. La Consejería de Sanidad envía esta nota donde se proponen las distintas gratificaciones o *pluses*:

- Guardias de presencia física (24 h.):
 - Médicos: 17.000 ptas./día laborable y 24.000 ptas./día festivo.
 - A.T.S. (24 h.): 15.000 ptas./día.
- Peligrosidad: radiología, laboratorio, psiquiatría, quirófano y urgencias (ATS y Auxiliares): hasta 7.000 ptas./mes.
- Penosidad: Cuidados Intensivos y Geriátricos profundos y terminales (ATS y auxiliares): hasta 7.000 ptas./mes.
- Por recogida y traslado de enfermos psiquiátricos: 4.500 ptas. por cada servicio.
- Desempeño de puestos de especial responsabilidad o preparación técnica: Director Médico: hasta 50.000 ptas./mes.

La apertura de la Unidad de Hospitalización del Hospital General supuso el cierre de una de las plantas de agudos del H.P.R.A. y el traslado de todo su personal. Posteriormente, con la división del H.P.R.A. y la residencia Luis Valenciano, el hospital se queda con 116 profesionales en 1987 y aún supone un gran peso económico dentro del presupuesto de la Consejería para Salud Mental.

¹⁶⁶ Acuerdo del Consejo de Gobierno de 3 de abril de 1986 con respecto a la regulación de las gratificaciones por servicios extraordinarios de la Administración Regional. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. 1986.

V.1.2.1.3.1. Servicio de Enfermería

En cuanto al personal auxiliar o subalterno, al poco tiempo de llegar la jefa de Enfermería junto con el director médico -1980- comienzan a organizarse cursos de formación para Auxiliares de Psiquiatría cuyos docentes son los psiquiatras y la Jefa de Enfermería del hospital -25 clases-. Al mes siguiente (marzo de 1980) de haber entrado la nueva dirección ya se entregaban los primeros diplomas a todos los subalternos (180 auxiliares) por haber realizado el Curso de Auxiliares Psiquiátricos¹⁶⁷. La misma dirección también organiza unos meses después otro curso para monitores del Servicio de Rehabilitación (26 clases, 20 monitores) y otro más tarde para supervisores de Enfermería.

También se organizan cursos de formación para auxiliares de clínica en colaboración con el I.N.E.M., se aceptan 12 alumnos después de un examen de selección de personal. El curso tuvo una duración de 3 meses de duración con clases diarias.

Se organizan también clases prácticas para diplomados en enfermería.

El Servicio participó en dos Congresos de Auxiliares Psiquiátricos: Granada y Logroño.

En 1980 se terminan contratando 12 auxiliares, 5 A.T.S., 2 monitores y se nombran Supervisores para los Servicios de Hombres. El año siguiente el servicio se compone de:

Jefe de Enfermería	Supervisores		A.T.S.	Auxiliares		Limpieza (subalternas)
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
1	3	3	21	75	66	14

Tabla 22. Personal del Servicio de Enfermería. Fuente: Memoria del H.P.R.A. del año 1981.

Aún se sigue especificando el sexo del trabajador en las memorias.

Para las salidas en ambulancia (recogida de enfermos y traslados a otros Centros), se cuenta con un chófer y dos auxiliares en cada salida.

¹⁶⁷ Memoria año 1980. Hospital Psiquiátrico Provincial "Román Alberca".

Se especifican las funciones de cada grupo:

- **A.T.S.:**

- Controlar medicación oral. Suministrar el resto de la medicación (i.m., i.v.).
- Control de constantes y realización de curas.
- Llevar libro de partes, ingresos y salidas.
- Encargarse de realizar los pedidos a farmacia.
- Control de analítica y de regímenes dietéticos y junto con el resto de los servicios comunes que se precisen en cada enfermo.
- Revisión de los partes de auxiliares de los tres turnos para informar al médico.
- Colaboración con el Médico y Psicólogo para que se lleve una historia clínica del enfermo lo más completa posible.
- Supervisar los pedidos de ropa al ropero y al Servicio de Limpieza.
- Funciones psicoterápicas: convertir en relaciones terapéuticas las relaciones personales con el paciente, observar la conducta diaria del paciente, participación y seguimiento en las actividades terapéuticas (laborterapia y socioterapia), coordinar y aglutinar al equipo auxiliar y colaborar con el Asistente Social en los problemas familiares-sociales-laborales del enfermo, recibir e informar a las familias de la enfermedad y evolución del paciente, mantener dentro del servicio un clima de tranquilidad, bienestar y cordialidad.

- **Auxiliares:**

- Funciones psicoterápicas: crear una relación terapéutica con cada paciente, participar en las actividades terapéuticas, responsabilizarse de aquellas tareas y pautas asistenciales que se asignen en el equipo, en consonancia con su proximidad a la vida cotidiana del paciente.

- Proveer de información al paciente y sus familiares de sus derechos y normas del Centro durante su estancia.
- Observar la conducta diaria del paciente, seguir su proceso terapéutico y transmitir al equipo terapéutico cualquier cambio en su evolución, también los signos y recogida de datos clínicos realizados por inspección no instrumental (toma de temperatura).
- Administración de medicación que no requiera de técnicas específicas (pastillas).
- Distribuir y administrar comidas a los hospitalizados.
- Control de vestuario de los pacientes.

En 1986 se definen las funciones de los auxiliares de psiquiatría en un Decreto¹⁶⁸.

Podemos ver dentro de esta descripción de las funciones de auxiliares y enfermeros que, en la mayoría de ocasiones, ciertas palabras clave ya se sustituyen por otras más adecuadas a los tiempos y cambios de nomenclatura: enfermo por paciente, internados o residentes por hospitalizados.

V.1.2.1.3.2. Hermanas de la Caridad

En Marzo de 1981 se firma un convenio con las monjas de San Vicente de Paul (Hermanas de la Caridad), que era la orden religiosa que se había encargado de la asistencia dentro del antiguo manicomio y el nuevo durante casi unos cien años y cuya presencia y poder imperaban en todo el Hospital Psiquiátrico a todos los niveles. A partir de este momento se ajusta la relación jurídica de las Hermanas con la entonces Diputación Provincial de Murcia en virtud del cual sólo desempeñarían puestos acordes con su titulación, cobrarían el correspondiente sueldo por ello y serían afiliadas a la Seguridad Social como cualquier trabajador del sector público¹⁶⁹. Esto representó un importante

¹⁶⁸ Decreto nº54/1986 de 13 de junio de la Consejería de Hacienda y Administración Pública (B.O.R.M. de 17/07/1986).

¹⁶⁹ Convenio para prestación de funciones y servicios de las Hermanas de la Caridad con la Administración. 16/03/1981.

cambio del flujo de fuerzas dentro del Hospital, desde este momento los enfermeros y auxiliares ven incrementadas sus funciones y las monjas mermadas pasando a ser empleadas más dentro de la organización como el resto del personal. Este Convenio incluía todos los derechos y obligaciones laborales que le correspondían a cualquier trabajador como el alta en la Seguridad Social. También menciona dicho convenio que deberán cumplir fielmente los Reglamentos de Régimen Interior de los respectivos Centros.

En 1981 pasan 3 monjas a ser A.T.S. y 9 monjas a auxiliares de clínica, funciones de acuerdo con su titulación. Las mayores de 65 años tendrían derecho a manutención y alojamiento pero no a realizar labores clínicas (4 monjas en este momento).

Qué duda cabe que romper los antiguos usos y costumbres costó muchos más años ya que a pesar de todo la congregación seguía viviendo allí, tenía bajo su control todas las llaves, manejaban el dinero de la mayoría de enfermos y conocían todos los entresijos -tanto geográficos como morales- del Establecimiento.

V.1.2.1.3.3. Médicos

En 1980, se contrata a 6 médicos becarios para el Servicio de Guardia, esta será una modalidad de contratación que se usará en estos primeros años para contratar a los psiquiatras recién formados en la escuela de Barcia. En 1982 había 18 médicos becarios, como veremos más tarde, servirían para nutrir a los C.S.M. a partir de 1983.

Las guardias se organizarán entre los médicos residentes designados por la Corporación, los cuales designarán a uno de ellos como representante de los mismos, al que habrán de comunicarle cualquier ausencia justificada, enfermedad o cambio.

Las funciones de los médicos residentes de guardia serán¹⁷⁰: atender las urgencias que surjan entre los enfermos internados en los distintos pabellones, dejando constancia en la historia clínica de su actuación, atender los casos que por escrito le haya comunicado cada Jefe de Servicio, en caso de fallecimiento llamar al Servicio de Autopsias, en caso de fuga dar parte a familia y Autoridad competente, los reingresos podrán ingresar en pabellón de crónicos directamente si no presentan cuadro agudo. Todas las incidencias ordinarias de las guadias serán reflejadas en el libro de partes correspondiente.

A partir de 1984 vemos como comienza a bajar el presupuesto para becas, en este año solo quedan 8 becarios en el H.P.R.A., asumiendo durante los siguientes años la red comunitaria, progresivamente, la contratación de su personal (ver capítulo financiación).

Motivado por la nueva legislación que reforma el Código Civil y la derogación del anterior de 1931 (ver capítulo relativo a éste), el director médico del H.P.R.A. asesorado por la Junta Facultativa confecciona una nueva normativa de admisión¹⁷¹:

- El psiquiatra de guardia es quien realiza todas las admisiones(en mayúscula en el original): ingresos, reingresos, traslados, etc.
- Los pacientes que deseen ingresar para tratamiento voluntario y libremente, no necesitan más que un certificado o informe médico, que acredite su enfermedad psíquica. Aclara que ya no es válido el especial para enfermos psíquicos ya derogado y que los reingresos en ese hospital no lo necesitan pues el informe de alta haría las veces de certificado.
- Los pacientes de admisión involuntaria, se considerarán como urgentes por el psiquiatra de guardia una vez reconocidos y se comunicará al Juez de Familia correspondiente en 24 h. como máximo.
- En caso de llamada exterior solicitando recogida de enfermos, será preceptiva la previa autorización judicial que tendrán que gestionar

¹⁷⁰ Documento interno del H.P.R.A. sobre las normas del Servicio Médico de Guardias. Director Martínez Pardo.

¹⁷¹ Normativa de admisión. H.P.R.A. Dirección médica. 3/02/1984.

los familiares en el Juzgado de Familia o de Guardia correspondiente.

- En caso de traslado desde otro hospital debe venir con informe médico que consigne el carácter urgente, en caso contrario se seguirá el punto anterior.
- Todas las admisiones pasarán al servicio de Hospitalización Breve, excepto los casos de alcoholismo que ingresan directamente en esta unidad y los pacientes crónicos que habían sido trasladados para estudio y tratamiento médico en otros hospitales.
- En el caso de los fugados será obligatoria su recogida sin necesidad de trámite alguno.

V.1.2.1.3.4. Psicólogos

En la memoria del año 1980 del H.P.R.A. se propone como principal proyecto de la Sección de Psicología coordinar toda la función psicológica del Hospital, que debería organizarse en forma de psicoterapias individuales y de grupo. Demandan nuevas contrataciones ya que aluden al excesivo voluntarismo de los psicólogos que actualmente acuden (estudiantes, residentes).

V.1.2.1.3.5. Contrata de limpieza

En 1980 se crea el Servicio de Limpieza para el cual se contratan a 11 mujeres. La idea de la dirección del hospital era acabar con la explotación que sufrían las enfermas y auxiliares femeninas en cuanto a la limpieza de todo el hospital. Esta explotación aún se habría de dar varios años pues, obviamente, 11 personas es un número muy bajo para limpiar tales dimensiones.

En 1983, su presupuesto ascendía a 16,5 millones de ptas./año¹⁷².

¹⁷² Memoria del H.P.R.A. de 1983. Comunidad Autónoma de Murcia. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

Al resto de trabajadores que no pertenecían a estas categorías se les denominaba empleados.

En 1987 organizan una huelga¹⁷³ porque no cobraban sus sueldos de la empresa que se había concertado con la Consejería, que a su vez, alegaba que esta tampoco le pagaba a ella. En este momento había 14 limpiadoras contratadas.

V.1.2.1.5. El Servicio de Rehabilitación

En el *proto-plan* de Martínez Pardo se refiere a este Servicio como el encargado de realizar la transformación de la asistencia hospitalaria de una "fase manicomial" a la fase de "hospital psiquiátrico". Reconoce que el inicio de esta reforma de la asistencia se produce más bien por el entusiasmo y dedicación de un grupo de personas más que por una colaboración moral y material del resto del Establecimiento, pero que esto es un fenómeno normal originado en cualquier institución como resistencia del grupo a la ansiedad del cambio en los hábitos de comportamiento.

En la memoria de 1980, se incluye entre sus actividades la constitución de la asociación A.F.E.S., de la que se hablará más adelante. En cuanto al club de enfermos, ver tabla 23.

- Se detallan las actividades de Socioterapia de dicho Club, destacando:

6. Excursiones relativas a la participación en campeonatos de fútbol o futbito, con grandes éxitos durante los subsiguientes años (5 campeonatos ganados en la Liga de Hospitales Psiquiátricos Española).
7. Intercambios con enfermos de otros hospitales psiquiátricos.
8. Salidas a la feria y Bando de la Huerta (desde 1980 en adelante): esto marcó una gran diferencia con las antiguas costumbres del Hospital ya que participó una carroza del Hospital con enfermos y

¹⁷³ "Sigue el paro de limpiadoras del Siquiátrico". La verdad 8/8/1987.

profesionales del mismo expuestos en una fiesta de marcada asistencia e importancia en la ciudad de Murcia.

9. Periódico Ambiente. Trimestral.

10. Fiestas internas del Hospital: Fiesta de la Laborterapia, Navidad, y Cristo Rey.

11. Charlas y reuniones de la Junta Directiva del Club.

Socios Club	Enfermos		Colaboradores no enfermos	TOTAL
	Hombres	Mujeres		
1980	190	57	72	319
1981	248	67	91	406
1983	162	58	80	300

Tabla 23. Fuente: Memoria del H.P.R.A. de 1980.

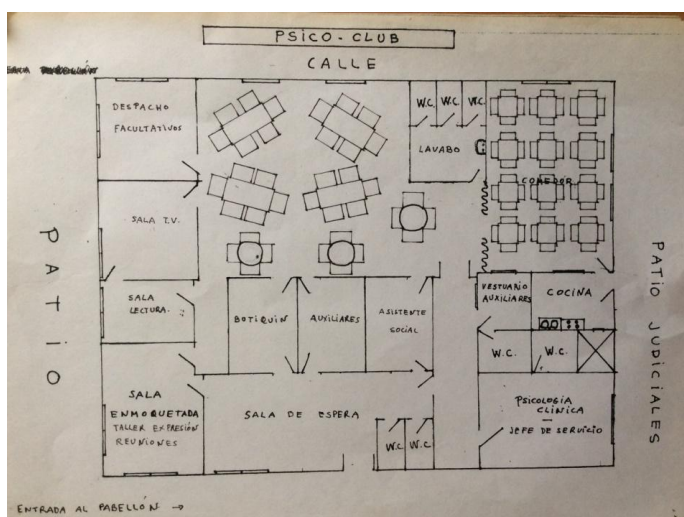


Figura 34. Psico-club, 1984.

- Laborterapia:

En 1980 se realizan reuniones del Servicio de Rehabilitación con los médicos de los pabellones por un lado y con los monitores de Talleres y Terapias Ocupacionales por otro para hablar de los pacientes más problemáticos o aquellos que el médico del pabellón tenga algún interés por alguna circunstancia.

En 1980 se incluye un taller de bordado y en 1981 uno de Carpintería Elemental y Escuela. Los sueldos que recibían los enfermos seguían siendo

simbólicos, siendo unas 15 veces de media menores al Salario Mínimo Interprofesional establecido por el Estatuto de los Trabajadores.

PRESUPUESTO	Limpieza	Granja	Material	Premios y terapias recreativas
En millones de pta.: 10,6	5	2,6	0,5	2,5

Memorias Laborterapia	Servicios de mantenimiento		Talleres		Terapia Ocupacional	
	Nº enfermos	Sueldo medio (pta./mes)	Nº enfermos	Sueldo medio	Nº enfermos	Sueldo medio
1980 (52%)	243 (30%)	1.623	93 (12%)	913	80 (10%)	-
1983 (60%)	226	1.700-3.500	79	1.500-3.200	175	200

Tablas 24 y 25. Presupuesto, participación y sueldo medio en Laborterapia.

La participación de las mujeres en estas actividades seguía siendo muy desigual, no solo cualitativamente sino también cuantitativamente mucho menor que en el caso de los enfermos.

V.1.2.1.6. El Hospital/Centro de Día

En 1.977, el Dr. Román Moreno pone en funcionamiento el primer Hospital de Día de Murcia (en adelante H.D.), incorporado a la estructura del Hospital Psiquiátrico tradicional. Al cabo de cinco años, y tras un paréntesis de un año en el que permaneció cerrado (curso escolar 78-79), se constató la necesidad de separar el Hospital de Día del Hospital Psiquiátrico y, además, de dividir los enfermos que acudían al Hospital de Día en dos grandes grupos: uno con problemas más de tipo neurótico, psicosocial o psicótico con escasa afectación de la personalidad y capaces de asimilar y colaborar en las técnicas terapéuticas; y otro grupo de enfermos más deteriorados con problemas psicosociales más graves, los cuales se beneficiarían menos de las terapias hospitalarias y más de otros tipos de terapia y asistencia.

La decisión de cerrar el Hospital de Día en 1982, estuvo motivada entre, otras causas por la problemática que planteó el grupo, progresivamente

más numeroso, de enfermos crónicos, con escasas posibilidades de reintegración total, que ocupaban la mayoría de las plazas del Hospital.

Fue este grupo de enfermos, que a juicio de la familia habían conseguido una mejoría notable en su estado de salud y convivencia social, el que planteó la necesidad de poner en marcha un Centro de Día donde las actividades laborales y socio recreativas tuvieran preferencia sobre las técnicas terapéuticas.

En 1984 acuden a las II Jornadas de trabajo sobre Hospitales de Día, organizado por el Centro de Día "Torre de la Creu" de Sant Joan Despí de Barcelona, anunciando su inminente apertura en Murcia, con una vocación rehabilitadora y favorecedora del retorno al ambiente familiar.

Con esta idea se crea el Centro de Día en Noviembre de 1.984, con una previsión de plazas de 0,2 ‰ de la población, o sea, 25 plazas /100.000 habitantes, dado que la zona a atender es el Área I, que incluye unos 400.000 habitantes, se calculó una previsión de 100 plazas para los servicios de Día: 60 para el Centro de Día y 40 plazas destinadas al Hospital de Día, en coordinación con la planta de Agudos del Hospital.

Con el Centro de Día, se pretende poner a disposición de la población un Servicio de Asistencia Psiquiátrica y de Reinserción Social para aquellas personas que se encuentren en fase de postcura, con problemas personales, sociales y laborales que le dificulten una integración social plena, pero con posibilidad de vivir fuera del Hospital Psiquiátrico.

La justificación y vocación del Centro de Día era:

1.- Ser un lugar dónde atender al enfermo durante 9 horas diarias, cinco días a la semana, en régimen de semi-internado, que alivie a la familia del cuidado y asistencia cotidiana del enfermo.

2.- Ser una comunidad terapéutica dónde la conducta social y las relaciones interpersonales del enfermo puedan mejorarse favoreciendo la convivencia fuera del Centro.

3- Dar un puesto de trabajo, mínimamente remunerado, que favorezca su reintegración laboral y le proporcione satisfacción personal y unos ingresos económicos.

4.- Dar una asistencia médica, psicológica y social que mantengan su salud en buen estado, y sus necesidades sociales orientadas y realizadas.

5.- Cooperar en el mantenimiento de las relaciones del enfermo y la familia o su medio ambiente.

6.- Proporcionar enriquecimiento cultural y aprendizaje laboral que le ayuden a mejorar su personalidad al enfermo.

Cabe destacar que en las propias memorias del H.P.R.A. se hablaba de "...en el largo camino que debe recorrer la Asistencia Psiquiátrica hasta conseguir eliminar estos Centros de marginación social, que son los manicomios, los Hospitales de Día han de jugar un papel importante."¹⁷⁴

En prensa¹⁷⁵ se anuncia la creación de un Centro de Día en el H.P.R.A. que recogerá a los pacientes en autobús y la creación de Apartamentos Terapéuticos para reintegrar a pacientes crónicos a la sociedad, las llamadas "estructuras intermedias".

El Centro de Día articulado con los Pisos Asistidos va a ser el combo que realmente permita la desinstitucionalización de un número importante de enfermos que estaban ingresados en los pabellones de crónicos.

En 1985 proponen a la dirección del Hospital¹⁷⁶ usar un pabellón de crónicos como una residencia mixta para pacientes con capacidad de externación, que calculan, serían unos 70-80 en todo el H.P.R.A. y para pacientes externos que se puedan beneficiar del Centro de Día, con posibilidad de internamiento completo o de Hospital de Noche y también residencias fuera del Hospital. Nada de esto llegó a suceder.

¹⁷⁴ Memorias del H.P.R.A. Año 1983.

¹⁷⁵ Ver nota 144.

¹⁷⁶ Propuesta organizativa y funcional del Servicio de Rehabilitación psiquiátrica y Reinserción Social del H.P.R.A. Trabajo presentado por los doctores Francisco Román y Concepción Sáenz a las III Jornadas de Hospitales de Día Psiquiátricos en Granada, marzo de 1985.

Proponen unos pasos progresivos para la externación de pacientes, con un tiempo máximo de 3 meses en cada una:

1. Internamiento completo en la residencia hospitalaria, sin pernoctar fuera del Centro.
2. Internamiento parcial de lunes a viernes con salidas fines de semana y más días previamente acordados.
3. Asistencia a Centro de Día, en jornada completa, cinco días semanales, pernoctando fuera del Centro (hogar familiar o Piso Terapéutico).
4. Asistencia a Centro de Día en régimen especial (<5 días en jornada completa o media jornada todos los días). En esta última fase se iniciarán los contactos con los familiares o Servicios Sociales para que pasen a depender de ellos.
5. Consulta post-cura si se decide así tras el tiempo máximo de un año o acudir a los centros de salud correspondientes.

Definen también en este trabajo los programas de rehabilitación y reinserción social con dos formatos: programa general de rehabilitación comunitaria (encaminado a la convivencia comunitaria) y programa personal (dirigido a un conocimiento de su problemática personal y aprendizaje y modificación de conductas no deseables).

Ver Anexo 1. Datos Asistenciales del Centro de Día de 1985-1994.

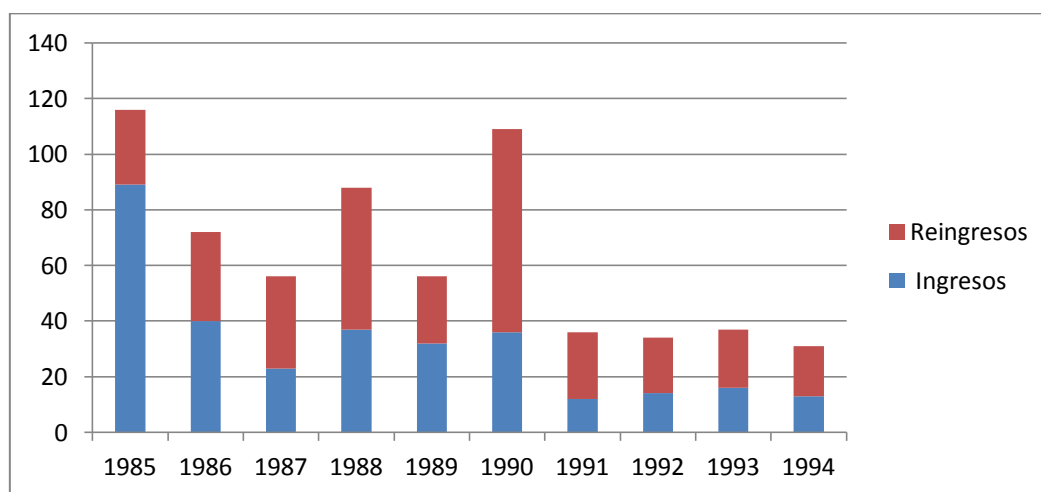


Gráfico 3. Ingresos de 1ª vez y Reingresos en el Centro de Día durante los años 1985-1994.

En el Gráfico 3 vemos la evolución de los ingresos en el Hospital de Día, es decir el total de personas atendidas en el proceso terapéutico del Centro de Día (a las que habría que añadir las primeras consultas que se rechazan o pasan a lista de espera). Vemos como, atendiendo al número de ingresos totales, es muy alto al principio y disminuye mucho los últimos años en comparación, por la alta saturación del mismo.

En cuanto al tipo de ingreso los reingresos aumentan rápidamente pero aproximadamente al mismo tiempo que los reingresos en unidades de hospitalización disminuyen su número y quedan en proporción similar a los ingresos. En un momento de gran esfuerzo desinstitucionalizador este indicador muestra que los pacientes volvían al Centro de Día cuando no conseguían una adaptación adecuada al medio, en lugar de ser institucionalizados de nuevo, lo cual muestra una filosofía pro-comunitaria de los profesionales de este recurso.

En cuanto a los ingresos cabe decir que la gran mayoría provenían del H.P.R.A. y su objetivo era, apoyados con los Pisos Asistidos, salir del Hospital Psiquiátrico y encontrar un lugar donde vivir y sobrevivir.

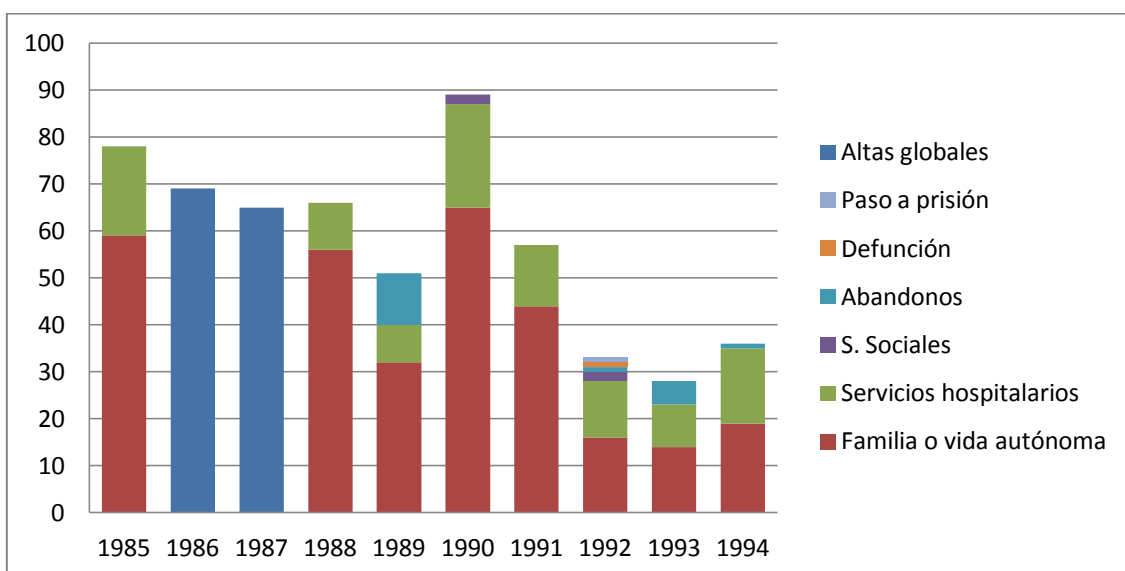


Gráfico 4. Destino de los pacientes al alta del Centro de Día. El año 1986 no posee datos concretos como podemos ver en el Anexo 1 (altas totales), y del año 1987 no se cuenta con ningún dato.

En el Gráfico 4 vemos el destino de los pacientes al alta del proceso de Centro de Día, esto nos puede dar una idea del éxito de los procesos de desinstitucionalización que se realizaron prácticamente sólo a través de este

recurso. El personal que trabajaba en el Centro de Día era (entre paréntesis el propuesto en el trabajo ya mencionado):

- 1 Médico Jefe de Servicio
- 1 Médico Jefe de Sección (3)
- 1 Médico Adjunto
- 2 psicólogos clínicos
- 2 A.T.S.
- 1 Asistente Social
- 8 Monitores
- 9 Auxiliares de clínica femeninos y 7 masculinos
- 1 auxiliar administrativo
- 2 subalternos

Como vemos el Centro de Día es uno de los recursos más prolíficos en producción de indicadores y datos que midan su actividad, (ver Anexo II).

V.1.2.1.7. Los Pisos Asistidos

En 1985 comienzan a funcionar 4 Pisos Asistidos dirigidos desde el Centro de Día. El H.P.R.A. se hizo cargo de las camas y el menaje del hogar. Estos pisos se alquilan a través de becas ofrecidas a la Asociación A.F.E.S. por 1,800.000 pta. en 1985¹⁷⁷. Administrativamente parece que fue difícil encontrar otra fórmula para alquilarlos, incluso llegaron a ponerse a nombre de los psiquiatras del Centro de Día en alguna ocasión¹⁷⁸ y pagarse de su bolsillo mientras llegaba el pago desde la Consejería de Sanidad.

La función de cada piso ha ido variando, uno se usaba como residencia extrahospitalaria para fines de semana, otros para residentes fijos, un tiempo se dedicó uno como club social de pacientes, etc. Los residentes fijos recibían la materia prima de alimentación por parte del Hospital dependiendo de ellos el cocinado de la misma. También se encargaban de la limpieza general del Piso.

¹⁷⁷ Memoria del Hospital Psiquiátrico de 1985.

¹⁷⁸ Memorias del Hospital Psiquiátrico, año 1989.

Según las entrevistas realizadas¹⁷⁹, la acogida de este pueblo a los enfermos del Hospital, pedanía de Murcia en el que se encuentra sito éste (El Palmar, de unos 10.000 habitantes en 1985), fueron de cierto recelo y, en ocasiones, quejas sin mucha repercusión social por la presencia de enfermos mentales y las dificultades a la hora de alquilar los pisos que acarreó, llegando el equipo de Pisos a alquilarlos a sus nombres y no decir a quienes estaban destinados. Al cabo de los años la situación cambió rápidamente y a finales de los años 90 la situación era inversa, el alquilar su piso al Hospital Psiquiátrico era una buena inversión y garantía de conservación para dichos vecinos.

En 1989 encontramos un escrito firmado por los dos psiquiatras del Centro de Día¹⁸⁰ exponiendo los gastos del Servicio de Pisos Terapéuticos, en ese momento, funcionando 5 y el gran déficit que acarreaba desde hace años, déficit que habían ido cubriendo con la cuenta de ingresos de los Talleres y "tomando prestado del Banco de enfermos" en espera de percibir la asignación anual acordada, que no iba a llegar ese año, por lo que anuncian el cierre de los mismos por la imposibilidad de seguir endeudándose más.

Finalmente no se cerraron, porque finalmente se abonaron las cantidades debidas por la Consejería. Estos incidentes expresan la baja prioridad que se le daba a este concepto en aquel momento por parte de la Consejería de Sanidad.

En 1990 se reducen de nuevo a 4 Pisos Terapéuticos. Podemos observar su evolución en la siguiente gráfica (5).

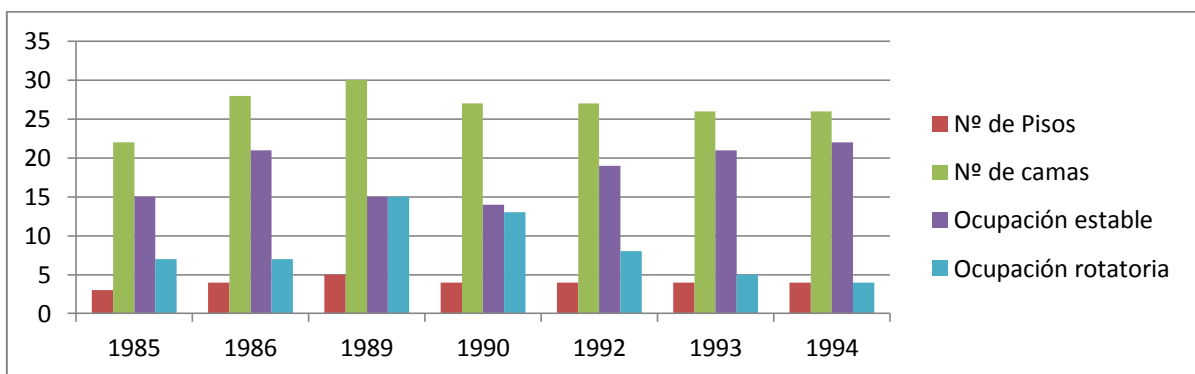


Gráfico 5. Datos de los Pisos Asistidos o Terapéuticos. Ver Anexo 1. Faltan datos de los años 1987-1988 y 1991.

¹⁷⁹ Entrevistas a Concepción Sáenz (10/02/2014) y Purificación Herraiz (9/10/2014).

¹⁸⁰ Escrito firmado por Concepción Sáenz y Francisco Román. 2/08/1989.

V.1.2.1.8. La población internada

V.1.2.1.8.1. Análisis institucional del Hospital Psiquiátrico

Para su análisis contamos con un documento de alta valía, por la escasez de número y calidad de los mismos en estos primeros años, como es el "Análisis descriptivo de la población institucionalizada en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca"¹⁸¹, por encargo de la Consejería al H.P.R.A., y realizado por una joven médica residente que estaba terminando la especialidad en dicho hospital (Maria Luisa Sánchez Álvarez-Castellanos).

Se realizó un estudio de todos los pacientes que incluía datos generales -edad, sexo, tiempo de estancia, procedencia, profesión, nivel escolar, estado civil...-, datos psicosociales y familiares -situación familiar, vivienda, visitas, contactos con el exterior, situación laboral, nivel de ingresos....- y datos clínicos y asistenciales -actividad, diagnóstico, autonomía, personal, evolución y pronóstico, tratamientos, enfermedad o discapacidad física y estado clínico actual-.

Se pretendía con este estudio saber con qué tipo de población se contaba, cuanta de ella era tributaria de ser desinstitucionalizada, cuánta permanecería en régimen residencial, cuál era su estado de autonomía socio-personal, etc.

Los resultados encaminaban los pasos hacia la creación, por un lado, de una Residencia Asistida y, por otro, a la creación del Pabellón de Subagudos y a la reformulación de los pabellones de crónicos.

Se tomaron los datos referidos a un día al azar (31/07/1984), y se encuadró en los estudios epidemiológicos de tipo transversal, donde se obtiene el índice *prevalencia-día* que indica de un modo más real la morbilidad de la población institucionalizada. Dicho estudio se realizó mediante una toma de datos por parte de todo el equipo médico-sanitario, de cada uno de los enfermos internados en esa fecha (765), con arreglo a una ficha realizada con anterioridad.

¹⁸¹ "Análisis descriptivo de la población institucionalizada en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca". Maria Luisa Sánchez Álvarez-Castellanos. 1984. Documento interno.

A continuación se analizan los datos del estudio que reflejan una fotografía de la población internada en el Hospital:

- Edad y estado civil: la gran mayoría (56%) eran mayores de 53 años, por lo que se consideró a esta una población envejecida. 75.4% solteros.
- Tiempo de ingreso:
 - Más del 50% llevaban ingresados un tiempo superior a 5 años.
 - 34% ingresados más de 10 años, e incluso algunos todavía habían conocido el antiguo hospital psiquiátrico (>20 años).
 - el 69.7% de los pacientes ingresados ha tenido más de un ingreso en el pasado.
- Situación socio-laboral: la mayoría eran obreros no cualificados o sin ocupación previa. El 51.7% presentaba unos ingresos nulos. Con lo que las posibilidades de incorporarse al mercado laboral eran bastante bajas. 50% analfabetos.
- Diagnóstico: 41.3% de psicosis esquizofrénicas, 21.6% de retraso mental (no existen otros centros para retraso mental en la Región de Murcia en este momento). 46.5% presenta antecedentes psiquiátricos familiares.
- Servicios: la mayoría de la población se haya ingresada en el Servicio de Crónicos (65.6%), siendo la de Crónicos de Hombres la más populosa y también la que más ha disminuido (de 59% en 1971 a 46.3%, lo cual refleja la cifra más baja hasta ese momento).
- Permisos y salidas: el 64.4% no sale nunca o casi nunca.
- Laborterapia: sólo realiza algún tipo de actividad laborterápica el 55.8% de los internados. El porcentaje de casos restante se considera imposible de reinsertar en la sociedad. El 24% corresponde a laborterapia remunerada, lo que, según este trabajo sugiere el grado de adaptación al medio institucional en merma de otras actividades más creativas y personales.

- Nivel de desarraigo: resultó ser muy importante ya que el 64'4% no salía del Hospital nunca o casi nunca, más del 50% no recibían visitas, cartas o llamadas telefónicas nada más que una vez al año o nunca.
- Nivel de enfermedad mental y autonomía personal: se vio que solo un 47% era capaz de hacer vida autónoma dentro del Hospital y que más del 50% presentaban síntomas residuales, habiendo aumentado a lo largo de los últimos años el porcentaje de no autónomos.
- Psicofármacos: 84.2% toman tratamiento psicofarmacológico.

A continuación realiza algunas correlaciones entre los datos, entre las que destacamos:

- Actividad-diagnóstico: los pacientes que menos actividad realizan son los que padecen alguna psicosis orgánica como las demencias (70% inactivos).
- Actividad-Servicio: los servicios que tienen más pacientes que no realizan ninguna actividad terapéutica son los Asistenciales (70%) y el Geropsiquiátrico (59.3%).
- Actividad-tiempo de estancia: los que menos actividad realizan son los que llevan menos de un año de ingreso y los que llevan más de 10 años, probablemente por motivos diferentes.
- Sexo-diagnóstico: es de destacar el mayor porcentaje de psicosis orgánicas y afectivas en mujeres, y uno mayor de alcoholismo y toxicomanías en hombres.
- Sexo-edad: a partir de los 63 años se eleva la proporción de mujeres, siendo esta máxima a los 73 años. La frecuencia máxima en hombres se sitúa a los 23-32 años.
- Sexo-tiempo de estancia: ingresos de más de diez años se asocian más a hombres.
- Sexo-grado de autonomía: las mujeres presentan una menor autonomía (probablemente en relación con la edad y diagnóstico).

- Tiempo de estancia-reingresos: los pacientes más tiempo internados (más de 5 años) son los que menos reingresos han tenido. También los que han estado menos de 6 meses ingresados han tenido menos reingresos.
- Tiempo de estancia-visitas: a mayor tiempo de internamiento menor número de visitas o contactos del exterior.
- Tiempo de estancia-grado de autonomía: a mayor tiempo de internamiento menor índice de autonomía, especialmente los de más de 5 años.

En las conclusiones se hace alusión al consumo tan elevado de psicofármacos que presentan un elevado número de pacientes crónicos y propone un plan para disminuirlos ya que no es imprescindible, según numerosos estudios (que no cita), a las implicaciones sociales en la génesis de la patología psiquiátrica y no tanto referida a factores genéticos o personales,

También destaca las grandes dificultades con las que se encontrarían a la hora de realizar un programa de desinstitucionalización y reinserción social los pacientes que no realizan ningún tipo de actividad en el Hospital.

Atendiendo a estos datos se agrupó a los pacientes en dos categorías: población tributaria de ser desinstitucionalizada y la tributaria de ser atendida en régimen residencial.

El Hospital Psiquiátrico, sigue, está inmerso en un plan de remodelación arquitectónica para asumir las funciones que el Plan Regional de Asistencia Psiquiátrica -no se tiene constancia de este documento- tiene previstas para el mismo: hacer las funciones de unidad de hospitalización psiquiátrica breve para las personas que no puedan ser atendidas en los centros de asistencia psiquiátrica comarcales ni en los servicios de psiquiatría de hospitales generales; atender y rehabilitar a los enfermos que, por circunstancias personales y sociales, no puedan reintegrarse rápidamente a la sociedad y que precisen de una asistencia de más larga estancia en la Comunidad Terapéutica (internamiento completo); asistir a aquellos enfermos que, por una grave afectación física y mental, no puedan participar en las actividades comunitarias; favorecer la reintegración a la familia, la sociedad y el trabajo a las personas que, habiendo superado la fase aguda de la enfermedad, se puedan reintegrar en el Centro de Día (media jornada).

Termina diciendo que, a diferencia de otros planes de reforma, la Consejería de Murcia no ha sido partidaria de iniciar la transformación asistencial, desmantelando o cerrando el Hospital Psiquiátrico y que éste seguiría siendo durante mucho tiempo un servicio asistencial de apoyo importante ya que la población de "crónicos" de la mayoría de hospitales psiquiátricos tiene graves dificultades para reintegrarse en la Comunidad y lo más importante sería evitar en el futuro los internamientos prolongados y el desarraigo familiar.

En un documento posterior¹⁸² encontramos una división de los pacientes tras este estudio que podremos ver en la siguiente tabla (26):

Grado	Características				Hom bres	Muje res	TOT AL
	Capacidad socio-laboral	Reintegración familiar	Deterioro	Necesita asistencia básica			
1A	Buena	Posible	No	No	61	30	91
1B	Buena	No con familia	No	No	56	47	103
2	Mediana	Comunitaria*	No	No	91	75	166
3	Ocupacional	Dificultades	Mental	No	117	73	190
4	No	No	Grave	Sí	75	115	190
TOTAL					400	340	740

Tabla 26. Clasificación según grado de autonomía de los enfermos del Hospital Psiquiátrico según el criterio usado. *Referido a la vida en una comunidad institucional. Fuente: Ver nota 178.

V.1.2.1.8.2. Las tasas

En la memoria del H.P.R.A. de 1983 aparece un análisis sobre el sistema de tarifas para la exacción de derechos por estancia y tasas por prestación de servicios en dicho hospital, realizado por Julia Bascuñana, primera asistente social del hospital y posterior fundadora de AREMUPD, comprometida en gran medida con el cambio de modelo asistencial. En este análisis concluye que los que ganan más pagan menos y que familias con *salarios de hambre* quedan más gravemente afectados. La explicación de este fenómeno tan contradictorio estriba en la fijación de tasas fijas por categorías a las que corresponde un amplio margen de ingresos: <300.000 ptas./año,

¹⁸² Plan de transformación del Hospital Psiquiátrico. Se fecha entre enero de 1985 y septiembre de 1985. Firmado por: El médico director, M. Galiana Cela.

300.000-500.000 ptas./año, 500.000-1.000.000 ptas./año y más de 1.500.000 ptas./año. Se consideran solo exentos de pago los económicamente débiles incluidos en el padrón municipal de Beneficencia y los que poseen carnet de paro sin derecho a subsidio de desempleo. Añade que la Gerencia y Administración del Centro han venido paliando esto cuando ha llegado a su conocimiento, pero sin aplicar un criterio de objetividad propio de la Administración sino el propio de una actitud caritativa ante la mendicidad. Lo que pide esta asistente social a la Administración es unas tarifas elaboradas sobre las bases de proporcionalidad directa a los ingresos, ampliación de la exención a los que carecen de derecho a las prestaciones de la Seguridad Social, son cabezas de familia e ingresan menos de 550.0000 ptas./año.

En la memoria de 1988 aparece un conflicto con unos familiares por la aplicación de estas tasas, que en el Hospital General no se cobraban. El director gerente aduce que no puede, más que, remitirse a la Ley, que le obliga a cobrarlas, que el mismo reconoce como discriminatoria e injusta, por lo que motivó un informe en el que a la vista de la desproporción existente entre los gastos e ingresos del Centro, abogaba porque la Comunidad Autónoma en un acto de generosidad y liberalidad, declarase la gratuidad de los servicios sanitarios psiquiátricos.

A continuación, en la Tabla 27, podemos ver los movimientos de pacientes durante esta época.

AÑO	POBLACIÓN 1/01/...	INGRESOS					ALTAS			
		1º		Re-		Total	Crónicos	Curación	Muertes	
		H	M	H	M				H	M
1980	786	320	137	689	339	1482	401	1426	14	15
1981	814	330	163	735	355	1583		1546	11	17
1982	811	321	159	775	405	1660		1476	11	16
1983	763	378	155	913	405	1851		1613	14	19
1984	743	317	161	811	387	1676	164	1454	7	20
1985	710	312	115	746	255	1428	119	1306	7	7
1986	651	240	102	859	269	1470	290**	1480	29	

Tabla 27. Evolución de los datos de ingresos y altas en el H.P.R.A. de 1980-1986. Fuente: Memorias del H.P.R.A. No se contemplan en este contaje de pacientes los que acuden a Hospital/Centro de Día ni a Pisos Terapéuticos.* En la Ambulancia del H.P.R.A. **Unidad de Subagudos, 1986+mitad de 1987 (hasta Agosto). ***En millones de pta.

V.1.2.1.9. La escisión de 1986

Durante todo el año de 1985 encontramos varios documentos relativos a la transformación del Hospital Psiquiátrico, que a continuación, vamos a comentar.

El plan anteriormente citado comienza describiendo las funciones que ha venido cubriendo el Hospital:

- **médico-psiquiátrica** de cuidado de enfermos mentales ingresados, con cobertura regional y control post-cura de la comarca de Murcia.
- **asistencia social** hacia ciertos sectores marginados de la población.
- **custodial y residencial** básicamente para pacientes de larga estancia con gran dependencia personal y social de la institución psiquiátrica.

En este primer plan o borrador del que se haría unos meses después (ver nota 179), no se contempla la Unidad de Alcoholismo por lo que podemos pensar que, en un principio, no se iba a tener en cuenta su mantenimiento posterior.

El proyecto de la organización del área comunitaria del Hospital Psiquiátrico será el siguiente, este área estará formada por aquellos ingresados que mantengan un nivel de autonomía que les permita realizar tareas de laborterapia, o al menos de terapia ocupacional, participar en las actividades de socioterapia y atender mínimamente a su atención personal. Dentro de ello habrá una gradación entre los que están más próximos al tipo de enfermo atendido en el C.D. y los que se acerquen más a los enfermos asistenciales psicogeriatricos, de forma que habrá tres fases dentro del eje ocupación, entendidas como auténticos tratamientos psíquicos tendentes por medio de diversas movilizaciones, a evitar el deterioro del enfermo, tanto el producido por la enfermedad como el producido por la propia Institución:

1. Terapia ocupacional. Tiene el fin de reintroducir aptitudes productivas. Se realizarán manualidades, sesiones de animación, actividades de grupo al aire libre, escuela, etc.

2. Laborterapia. Como paso intermedio al C.D. Se entiende por laborterapia los trabajos en los servicios de mantenimiento del Hospital: limpieza, lavadero y ropero, talleres elementales, etc.
3. Centro de Día. Descrito en el capítulo de Hospital/Centro de Día.

Estas tres fases, estarán dirigidas por el área de rehabilitación en coordinación mediante sesiones conjuntas con los equipos terapéuticos de cada Pabellón (4) que comprende el área comunitaria, sin la cual no podrá llevarse a cabo el plan de forma correcta.

El eje socioterapia será transversal y estará coordinado por el Club, con el objetivo de la resocialización del enfermo a través del empleo de su ocio y tiempo libre de forma terapéutica. A este fin irán dedicadas: fiestas, excursiones, deporte, vídeo, cine, etc. El Club tendrá una Junta Directiva mixta enfermos-personal con un coordinador que será el responsable de la rehabilitación y delegados de los Pabellones con los que se coordinará.

El personal propiamente dedicado a labores de laborterapia y socioterapia será: un psicólogo responsable, un psicólogo contratado, un psicólogo asistente voluntario y 10 monitores.

La organización de los Pabellones se hará de forma que cada planta constituya una Comunidad Terapéutica con la que tendrán reuniones de grupo el equipo terapéutico, reservándose las camas necesarias para aquellos pacientes que hagan Hospital de Noche. La filosofía del Pabellón debe ir encaminada a fomentar la idea de pertenencia a un grupo por parte de los enfermos, sin que ello suponga detrimento de la atención individualizada siempre que sea preciso.

En noviembre de 1985 se presenta a la Consejería de Sanidad un Plan de transformación del H.P.R.A.¹⁸³ en el que se propone la progresiva superación del Hospital mediante la reducción paulatina del número de camas, la formación y reciclaje de los profesionales orientándolos hacia otras actividades, el aumento de la eficacia terapéutica y el incremento de posibilidades de externación de la población hospitalizada mediante el desarrollo de programas interdisciplinarios de rehabilitación y reinserción social como el C.D.

¹⁸³ Documento de trabajo del plan de transformación del H.P.R.A. 7/11/1985.

Para esto propone las siguientes medidas a corto y medio plazo:

1. Transformar la estructura actual en dos:
 - a. Unidad de Hospitalización Breve. 60 camas. Debe integrarse progresivamente en los hospitales generales a medida que las U.P.H. se vayan creando, y mientras debe responder a las mismas características que estas en cuanto a estancia media, recursos humanos, criterios de admisión, etc. y coordinada con los recursos de Salud Mental de las áreas que le correspondan.
 - b. Unidad de Media Estancia. 100 camas. Regional. Asumiría las funciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción social de los enfermos con posibilidades reales de rehabilitación. Tiempo de estancia no debe superar el año en ningún caso. Las derivaciones se harán desde C.S.M. o U.P.H.

Personal	J.Servicio /Sección	Psiqu	Psico	AS	ATS	TO	Monit ores	Aux ores
Agudos	3	3	1	2	6	-	2	30
Media Estancia	2	2	2	2	4	1	8	18

Tabla 28. Necesidades de personal estimadas en el plan (ver nota 179). No se citan las estimaciones de personal de mantenimiento, limpieza, cocina, etc.

2. El resto de ingresados en el H.P.R.A. pasarían a integrarse en los recursos sociales y socio-sanitarios de que dispone la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Se creará una Comisión Conjunta de Servicios Sanitarios-Sociales para estudio individualizado de cada caso. Es prioritaria la derivación a residencias asistidas para los pacientes subsidiarios de este tipo de atención.
3. Propuestas:
 - a. mantener la U.P.H. en la misma ubicación y se proponen 49 profesionales para atenderla.

- b. la Unidad de Media Estancia en el actual Centro de Subnormales (Carrero Blanco), previo paso de los niños ahora ingresados al Conjunto de Espinardo. Se propone 40 profesionales para atenderla.
- c. el resto de recursos del H.P.R.A. pasarían a los Servicios Sociales hasta que se puedan crear las unidades residenciales y mini-residencias específicas para las distintas poblaciones atendidas actualmente.
- d. Los Servicios médicos comunes estarían compartidos durante esta primera etapa.

Durante el segundo semestre del año 1986, cinco pabellones del H.P.R.A. comienzan a funcionar como residencia con 450 pacientes seleccionados del H.P.R.A.; a partir del 1/01/1987 esta residencia, llamada de Bienestar Social "Luis Valenciano", pasa de la Dirección Regional de Asistencia Sanitaria a la Dirección Regional de Servicios Sociales, dependiendo ambas de la misma consejería. También se produce el traslado de los niños ingresados en el Centro "Carrero Blanco" (subnormales profundos) al Complejo Residencial de Espinardo¹⁸⁴.

En el Área de Salud Mental (nuevo H.P.R.A.) quedarían unos 150 pacientes que corresponderían a la U.P.H., la Unidad de Alcoholismo, el Centro de Día, 30 pacientes subagudos de los pabellones de crónicos y 22 enfermos de C.D. que están en régimen de Hospital de Noche en dichos pabellones (se trasladarían estos a Pisos Asistidos, al edificio del Patronato de Subnormales existente en El Palmar tras su traslado, y/o planta baja del 2º Pabellón de Hombres del que se va a hacer cargo Bienestar Social). La unidad de subagudos se crea en el espacio que deja libre la unidad que se va al H.G. con 2 psiquiatras, 1 A.T.S. y 14 auxiliares psiquiátricos, todos ellos, provenientes de la zona de Crónicos. Por breve tiempo se mantendría el pabellón de judiciales en la zona del H.P.R.A. hasta su cierre en los siguientes meses y paso a la Unidad de Subagudos.

¹⁸⁴ Plan de reforma del área residencial del Hospital Psiquiátrico II. 21/11/1985.

El Área de Bienestar Social se haría cargo del resto del H.P.R.A. que, junto a los pabellones de ancianos del Complejo de Espinardo se remodelaría de la siguiente forma:

❖ Conjunto de Espinardo:

En total 90 ancianos del H.P.R.A. pasarán a residir en el Conjunto de Espinardo y 35 Auxiliares del mismo pasarán a aumentar la plantilla de dicho Conjunto para compensar el aporte de residentes.

Pabellones	Residencia asistida		Ancianos semiválidos	Ancianos residenciales	Matrimonios
	Personal	Residentes			
Camas		90	70	74	29
H.P.R.A.	35 Aux	40	0	35	15
Espinardo	1 geriatra, 29 Aux y 2 ATS*	40	55	30	12

Tabla 29. Procedencia y Pabellones de destino de los residentes en el Complejo de Espinardo a partir de 1986. *Personal de nueva creación. El resto de personal será el ya existente en dicho Conjunto.

❖ Conjunto de El Palmar (Residencia Luis Valenciano): un total de 420 pacientes son los que se planifica, pasarán a la Residencia Luis Valenciano (aunque en realidad finalmente se traspasaron a 450).

Pabellones	Residencia terminal	Minusválidos psíquicos	Ancianos crónicos	Crónicos < 60 años (2 pabellones)
Camas	96	96	96	192
Residentes	85+10*	69	96	160
Auxiliares	4+23**	4+16**	16	16

Tabla 30. Pabellones en la Residencia Luis Valenciano, pacientes que pasarán del Hospital a la misma, capacidad de los pabellones y personal destinado a los mismos. *Del Conjunto de Espinardo. **De nueva contratación.

❖ Residencias de la Región: 40 ancianos (principalmente, Cieza).

En total, se planea traspasar a 550 pacientes del H.P.R.A. al Conjunto de Espinardo, la Residencia Luis Valenciano y otras de la Región.

Cada Pabellón de Crónicos quedará con un médico psiquiatra y un A.T.S., en el Geropsiquiátrico un geriatra. También un asistente social y un internista compartido entre ambos entes. Los Auxiliares se especifican en la Tabla 30.

En prensa, Martínez Pardo, en una de sus columnas habituales¹⁸⁵, refiere que la residencia se concibe solo para enfermos muy crónicos que no tengan familia o posibilidades de reinserción social. Critica las posturas que él considera polarizadas entre los profesionales que piensan que todos los enfermos mentales pertenecen al Manicomio y los que proponen una desinstitucionalización salvaje "tal como se ha hecho en Italia o en EEUU, donde los viejos enfermos mentales se han visto abocados al vagabundeo o a vivir en pensiones de mala muerte acosados por desaprensivos, mezclados con las capas marginales y delincuentes".

En el H.P.R.A. las protestas ante esto, a la vez que se desgajaba una Unidad de Agudos para el Hospital General, fueron unánimes y apoyadas por todos los *estamentos* del Hospital en un documento elaborado por la Comisión de Representantes del H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano y enviado al director médico del H.P.R.A. por comunicación con registro de entrada el 16 de junio de 1986¹⁸⁶. Por Servicios los problemas que se señalaron fueron:

- Servicio de Ingresos:
 - No puede considerarse equiparable la U.P.H. del H.G. con la del H.P.R.A. ya que no atiende a pacientes que ya hayan ingresado previamente ni los que no están afiliados a la Seguridad Social.
 - Este hecho último supone un grave perjuicio a las personas con menos ingresos económicos, que, además tienen que pagar las tasas para ser atendidos en el H.P.R.A.

¹⁸⁵ "La enfermedad mental, una enfermedad más". La verdad, 3/07/1986. Página 2.

¹⁸⁶ Escrito del Comité de Representantes del H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano. "Documentación del estado actual del H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano". Firmado por Ana María Ruipérez García y Concepción Sáenz González. 16/06/1986.

- La creación de dicha unidad supone un aumento de la oferta y, por tanto, de la demanda de hospitalizaciones mientras que el número de camas reales disminuye de 60 a 54.
- Actualmente la Unidad del H.P.R.A. queda absolutamente desbordada para hacer frente a la demanda de internamiento, esto supone un trasvase a Subagudos o una disminución de los tiempos de estancia en detrimento de una peor asistencia al enfermo y un abortaje de la capacidad rehabilitadora de dicho Servicio.
- Señalan también la total ausencia de un Plan General de coordinación entre todos los recursos asistenciales.
- Las necesidades de sustituir personal de la residencia Luis Valenciano hacen que el número de auxiliares en este Servicio sea menor de lo deseado, ya que han aumentado las necesidades de personal y de limpieza al hacer la Unidad Mixta.
- Unidad de Alcoholismo:
 - Los pacientes que ingresan en la unidad de alcoholismo son enfermos muy crónicos con patologías físicas y psíquicas muy graves y, por lo tanto, con bajas posibilidades de rehabilitación.
 - Creen necesario integrarlo en la red de tratamiento del alcoholismo de la Región para que sea eficaz, atendiendo a pacientes *rehabilitables*.
 - No están de acuerdo con el traslado de la unidad al Pabellón de Agudos, piensan que esto traería desventajas: compartir jardín con los pacientes agudos por las connotaciones negativas para los pacientes alcohólicos, los pacientes tendrían que subir y bajar más plantas.
 - Carencia de personal tras la escisión de la residencia, a veces se queda un Auxiliar a cargo de todo el Servicio.
 - Proponen criterios más restrictivos de ingreso, como se plantearon en 1983 pero que con la Reforma Psiquiátrica tuvieron que desaparecer.

- Pabellón de Subagudos:
 - Lo que más aquejan es la confusión de su función, al no tener criterios claros y definidos de funcionamiento.
 - Refieren que les recuerda al antiguo Manicomio por la función de "cajón de sastre" en la que ven que se ha convertido.
 - Supuestamente los pacientes deben estar un año como máximo ingresados y de ahí o bien se les da el alta o bien ingresan en la residencia Luis Valenciano.
 - Necesitan más personal facultativo para poder hacer frente a la gran cantidad de pacientes que prevén van a tener.
 - Es necesario se definan unos criterios de ingreso y que se cumplan.
- Centro de Día:
 - Se definen como la única estructura intermedia de la Región y que, a pesar de su buen hacer constante, callado y eficaz, se halla en una lucha continua contra la Administración del Centro y la falta de interés y apoyo de la Consejería de Sanidad y Dirección Regional de Asistencia Sanitaria.
 - Ha asumido de modo provisional las funciones de Hospital de Día para psicóticos, Talleres de Laborterapia, control y seguimiento terapéutico post-cura de enfermos dados de alta del H.P.R.A., rehabilitación y reinserción socio-laboral de enfermos de larga estancia en el Hospital, relación, apoyo y orientación a los familiares de enfermos, Pisos Terapéuticos y Club de ex-enfermos, fuera del Hospital (ya iniciado).
 - Es necesario elaborar un plan de acción técnico-administrativo en el que quede clara su situación respecto al H.P.R.A.
 - Que la situación de indefinición orgánica en la que se halla es causa de deficiencias y problemas estructurales como:
 - la imposibilidad de poder mantener los Pisos Terapéuticos una vez agotados los recursos económicos de que disponía el Centro de Día como la caja del Club y el porcentaje de beneficios del Taller de

Cartonaje, ambos adscritos actualmente a la Residencia Luis Valenciano,

- la falta de material y mobiliario para las actividades de rehabilitación de los enfermos,
 - la falta de un servicio de limpieza eficaz y continuado, previsión de la necesidad de un comedor para asistentes al Centro de Día de 60 plazas al perder el anterior tras la separación,
 - la necesidad de delimitar con vallas el área del H.P.R.A. y que los pacientes del Servicio de Rehabilitación puedan entrar directamente.
- También solicitan una Residencia de Noche, con unas 15 camas, para enfermos dados de alta en vías de externación completa.
- Geropsiquiátrico: falta de personal, poca limpieza, pocas adaptaciones arquitectónicas, presencia de algunas enfermas jóvenes desestabiliza al resto.
 - Tercer Pabellón de Hombres: mismos problemas que el anterior. No se pueden vigilar a todos, ni llevar una prevención de epidemias. Traslado y cambio de enfermos que ya estaban adaptados ha producido agravamiento de cuadros y la interrupción de seguimiento de procesos y medicamentos.
 - Pabellones Segundo de Hombres y de Mujeres: demandas similares que en los anteriores. Lo consideran imprescindible para cambiar un estilo manicomial por otro residencial, para confeccionar su trabajo como rehabilitador y favorecer su reinserción social.
 - Unidad de Psiquiatría Infantil: Reivindican desde 1981 ubicarse fuera del H.P.R.A. ya que:
 - Muchas familias y niños mayores se niegan a acudir al conocer el ambiente que los rodea.
 - Tras la separación, este problema es mayor ya que hay muchos más enfermos cerca de las ventanas que interrumpen las entrevistas con gritos, lloros, ruidos, cantos, insultos, etc.

- En estas instalaciones es imposible poner camas para tratamientos agudos y observación, que refieren necesitar tanto.
- Falta de personal que cubren con becarios y voluntarios.
- Falta de respuesta de la Consejería a sus propuestas de mejora.
- Laboratorio: falta personal.

En octubre de 1987, el presidente de la Comunidad, Carlos Collado divide en dos la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales, quedando como Consejero de Sanidad Ricardo Candel e incorporándose al Gobierno, como Consejero de Bienestar Social José López Fuentes.

En ese momento la residencia de Bienestar Social pasa a depender del recién creado Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia (ISSORM).

La Ley 11/86 de 9 de Diciembre, de Creación del Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia" (ISSORM), en su Art. 3, recoge, entre otras, como funciones del mismo la gestión de los servicios sociales regulados por la Ley 8/85, de Servicios Sociales de la Región de Murcia. En su Disposición Adicional Primera se le adscribe la Residencia para Enfermos Mentales Crónicos "Luis Valenciano", de El Palmar.

Queda entonces el H.P.R.A. con 146 camas, como estructura formada por:

- Unidad de Hospitalización Breve (Agudos). Mixta, de 30 camas.
- Unidad de Alcoholismo. Mixta de 24 camas.
- Unidad de Subagudos. Mixta de 92 camas.
- Centro de Día y Pisos Terapéuticos (4).
- Servicios Comunes de Medicina Interna, Electroencefalografía, Radiología y Laboratorio.

En la memoria de los años 1986-87 se refiere a este proceso como "un plan que pretende como objetivo la superación de esta estructura asistencial, hablándose de desmantelamiento del Hospital Psiquiátrico" y que "este proceso

de cambio asistencial se halla en la actualidad ralentizado al no desarrollarse estructuras alternativas sincrónicamente, lo que hace que el peso de los desajustes repercutan fundamentalmente en el Hospital Psiquiátrico."

Pese a ello, el Hospital Psiquiátrico sólo se dividió a través de un muro que se trazó entre ambas partes pues todos los servicios comunes, las guardias médicas y de enfermería, el personal y su dinámica continuaba siendo el mismo.

El 3/04/1988 la dirección de la Residencia Luis Valenciano emite un informe¹⁸⁷ en el que se pone de manifiesto el grave problema que representa el que el ISSORM no asuma el costo de gasto en farmacia de los residentes beneficiarios de la Seguridad Social, cuando los productos farmacéuticos son prescritos por los propios servicios médicos del centro residencial, instando al INSALUD a reintegrar el importe de dicho material sanitario.

La coordinación funcional fue más o menos fluida durante los años 1986-1987, pero al separarse las Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales (y creación del ISSORM) la coordinación fue prácticamente inexistente. En 1989 se realiza un acuerdo que solamente define una repartición material de edificios y gastos, sin entrar en discusión sobre competencias¹⁸⁸.

Las determinaciones analíticas de toda la red ambulatoria de Salud Mental y Drogodependencias se hacían en el H.P.R.A. hasta que, de este, desapareció el Servicio de Laboratorio, que daba también cobertura a la residencia Luis Valenciano, asumiendo esta función el del Hospital General en 1991.

¹⁸⁷ Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid, 1991.

¹⁸⁸ Informe técnico sobre el Acuerdo con ISSORM sobre la Residencia Luis Valenciano. Junio de 1993.

AÑO	POBLACIÓN		INGRESOS		ALTAS					
	a 1/01/...				Curación		Muertes		Fugas*	Traslados
	HPRA	LV	HPRA	LV	HPRA	LV	HPRA	LV	HPRA	HPRA
1987	146	496	1233	0	1236	0	3	26	156	84
1988	86	470	1311	8	1075	0	5	20	160	50
1989	101	458	1220	46	1107	0	3	25	114	73
1990	85	479	1092	34	932	1	4	39	111	59
1991		473	947	7	856	2	4	29	50	39
1992	89	449	821	2**	764	1**	4	8**	22	29
1993	91		710		640		4		41	36
1994	82	400	708		619		9		24	46
1995	92	374	679		613		2		19	43

Tabla 31. *Las fugas pueden haberse contabilizado por el mismo enfermo varias veces. No se contabilizan los pacientes que han regresado al H.P.R.A. después de una fuga. **Datos del primer trimestre de 1992.

V.1.2.1.10. El Servicio de Subagudos

Se trata de un Servicio que se crea dentro del Servicio de Media Estancia, al que también pertenecía el C.D. con el que debería estar íntimamente conectado según los fines asistenciales para los que fue diseñado.

Se situó en el Pabellón 1º de Hombres. El problema es que solamente acabó albergando a un 30% de los pacientes que estaba pensado se beneficiaran de estar ingresados aquí (psicóticos crónicos) para recibir un tratamiento rehabilitador y de reinserción social¹⁸⁹. El resto eran:

- Pacientes agudos, como suplemento al déficit de camas de Agudos de la Región. 25% de los pacientes de esta unidad tienen este perfil.
- Pacientes geropsiquiátricos al no poder atender esta demanda los Servicios Sociales.
- Pacientes con minusvalía psíquica y trastornos psiquiátricos (retraso mental) no tienen otro lugar donde ir. 30% entre este tipo de pacientes y los geropsiquiátricos.

¹⁸⁹ Memoria H.P.R.A. 1986-1987.

- Pacientes judiciales, declarados con eximente total por enajenación en aplicación del artículo 8 del Código Penal, es otro colectivo en el que las posibilidades de tratamiento son mínimas. 15% de la población de esta unidad.

En un informe que firman el Jefe de Servicio de esa unidad (Matías Valverde) y dos médicos contratados (Esther Carrasco y Juan M. Soria)¹⁹⁰ exponen las deficiencias de la misma y la función de "cajón de sastre" que cumple, alarmados por el incremento constante de la demanda de pacientes que tienen que atender.

Uno de los problemas a los que aluden es a que la presión sobre la unidad de Agudos del H.P.R.A. es prácticamente la misma, pero con 30 camas menos. Por otro se quejan de no poder dar altas a muchos pacientes para los Servicios Sociales, ya que la residencia Luis Valenciano solo daba altas por fallecimiento, por lo que se hace un efecto "cuello de botella" que acaba desembocando en esta unidad.

La plantilla del Servicio era de 1 Médico Jefe de Servicio, 2 médicos contratados, 1 psicólogo (compartido), 1 Asistente Social (compartido), 1 A.T.S., 1 monitor y 18 auxiliares adscritos al servicio (que venían a ser unos 3-4/turno). Además el número de limpiadoras era de una o dos al día para atender un pabellón de 3 plantas.

El número de pacientes ingresados en septiembre de 1987 era de 87 de media para todo el año anterior, con una media de ingresos mensuales de 42 pacientes.

El porcentaje de pacientes judiciales fue de 10%.

En cuanto a datos epidemiológicos, el número de hombres era tres veces superior al de mujeres pero la estancia media de estas era superior, debido, según refieren en el informe, a dos variables: edad (el número de mujeres con más de 60 años superaba en un 15% al de hombres) y diagnóstico (la mayoría con diagnósticos de esquizofrenia y demencias, en hombres había más variabilidad).

El tiempo medio de estancia rondó entre 1'5-2'5 mes/ingreso.

¹⁹⁰ Servicio de Subagudos. Informe sobre la situación actual. 6/10/1987.

A las dos semanas de este escrito la Dirección Médica escribe al Director Regional de Asistencia Sanitaria, Jesús Lozano García, explicando que ante la falta de Reglamento Interno ha tenido que dictar una Instrucción Permanente constituyendo una Junta Facultativa provisional, con la finalidad primera de elaborar un documento que reflejase la situación actual del H.P.R.A., a la que lo convoca. Los problemas de la situación actual los resume en los siguientes:

Tabla 32. Ingresos en cada unidad de Agudos y en el total del H.P.R.A. en los periodos descritos.

* Se refiere sólo al año 1985 (enero-diciembre).

Junio- junio	H.P.R.A.		H.G.
	Total	Agudos	
1985-86	1.473	845*	
1986-87	1.439	672	477

- Unidad de Agudos

La nueva apertura de la U.P.H. del H.G. ha tenido una repercusión nula sobre el H.P.R.A., que ha perdido una de sus unidades de Agudos. El índice de ocupación pasa de rondar el 70% los años previos a ser del 93%. El paso a Subagudos es de 290 pacientes de septiembre de 1986 a septiembre de 1987.

También señalan que han aumentado los reingresos del área I de Murcia, ya que el C.S.M., entienden, no está haciendo un seguimiento adecuado por sobrecarga (500.000 habitantes).

Como soluciones se proponen el aumento de camas de Agudos, la sectorización y el refuerzo del C.S.M. de Murcia.

- Servicio de Alcoholismo: Destacan el mismo problema con el área I, los reingresos pasan del 50% al 70%. Demandan también mayor permeabilidad de acceso al área de Bienestar Social (residencia Luis Valenciano) y la ubicación de la Unidad en el H.G.
- Servicio de Subagudos: es el que mayor problemática tiene, faltan condiciones arquitectónicas adecuadas, variedad de diagnósticos y pacientes atendidos de igual forma, sólo trata a un 30% de los pacientes para los que había sido diseñada, no tiene criterios estrictos de admisión ni coordinación con los servicios comunitarios de Salud Mental.

- C.D.: al límite de su capacidad con una atención media mensual a 62 pacientes más 25 pacientes domiciliados en 4 Pisos Terapéuticos, estos precisarían una definición administrativa ya que están subvencionados a través de A.F.E.S. y las pensiones de los residentes y están a nombre de una psiquiatra. Necesidad de Hospital de Noche.
- Servicios Comunes: sólo se necesita 1 A.T.S. más.

Como ya hemos expuesto, es un resumen bastante fiel a las reivindicaciones que le hicieron llegar al Director Médico del H.P.R.A. un año antes todos los servicios del mismo.

V.1.2.2. Atención ambulatoria

V.1.2.2.1. Consultas externas

En cuanto al Servicio de consultas externas del H.P.R.A. en 1971 se cerraron al abrir el Centro de Salud Mental de Sanidad (Murcia), y probablemente volvieron a abrirse ante el importante aumento de ingresos que sufrió el H.P.R.A. en los inicios de los años 80. Esta reapertura tuvo una vida efímera, desde su reaparición en 1980 hasta 1982 que fueron cerradas de nuevo -pese a las quejas de los profesionales-. Su objetivo era tratar a los pacientes dados de alta de la unidad de ingresos del Hospital Psiquiátrico.

En 1980 se realizaron 473 consultas, 316 E.E.G. y 2.067 electroshock ambulatorios.

En el Hospital General se abre una consulta para pacientes externos al hospital, y minoritariamente para pacientes dados de alta del hospital.

Podemos ver algunas de las características de la demanda atendida en estas consultas en la siguiente Tabla (33).

1987	Nº de consultas	1ª consultas	Revisiones	Revisiones /1ª c.	Procedencia	
					Externos	Post-ingreso
PSIQ	2.830	360	2.470	6,86	1.872	600
PSIC	852	192	660	3,43	-	-

Tabla 33. Demanda atendida en las consultas externas de Psiquiatría del Hospital General en 1987.

Si comparamos el perfil de diagnósticos atendidos en la consulta externa del Hospital General (la única de la que disponemos datos) con el de los C.S.M. de los años previos podemos observar la gran diferencia en cuanto a los pacientes psicóticos que son los que determinan donde se atiende a los pacientes más graves.

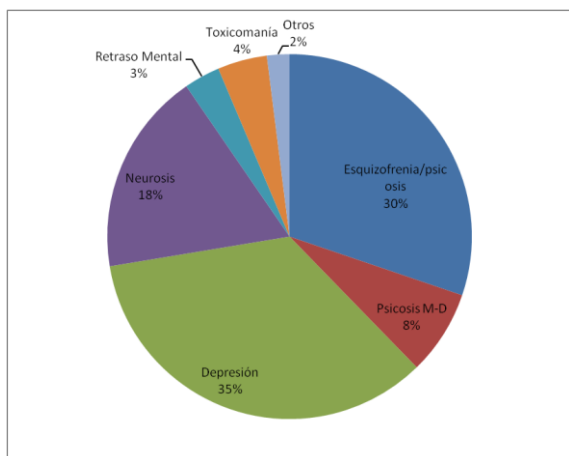


Gráfico 6. Perfil diagnóstico de los pacientes

atendidos en la consulta externa de psiquiatría del Hospital General en 1987.

En la Unidad de la Arrixaca, desde 1986 según los datos disponibles, también se atiende en una consulta a pacientes, sin sectorización alguna (en este momento sólo los C.S.M. están sectorizados).

Existían consultas tanto de psiquiatría como de psicología en ambos hospitales. Estas últimas más encaminadas a estudios diagnósticos accesorios que a verdaderos tratamientos psicoterapéuticos.

Para ver los datos de dichas consultas comparados con el resto de recursos ambulatorios, ver Tabla 39.

V.1.2.2.2. El Centro de Salud Mental de Murcia (Sanidad)

El Centro de Salud Mental que funcionaba en las dependencias de la Jefatura Provincial de Sanidad desde 1971, provenía del anterior dispensario de Higiene Mental, tiene características diferenciales que merecen una consideración aparte de las del resto de C.S.M.

El personal del centro pertenecía a la A.I.S.N.A. (previamente perteneció al P.A.N.A.P. en su ubicación anterior), por lo que aún más se diferenciaba del resto de C.S.M. en cuanto al régimen de su personal, que pertenecía a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma.

La labor asistencial del centro se desarrolla por las tardes, ya que la mayor parte de su personal trabajaba en horario de mañanas en el H.P.R.A. y

aún era posible combinar ambos trabajos (no existía Ley de incompatibilidades).

Para hacernos una idea de la actividad del Centro de Salud Mental podemos observar la Tabla 34, con datos extraídos del único documento¹⁹¹ que hemos encontrado acerca de la actividad del centro antes de la aparición del resto de C.S.M. Cabe destacar que el apartado de asistencia a pacientes provenientes del H.P.R.A. no está relleno ningún número de visitas ya que probablemente, todos estos serían vistos en las consultas externas del mismo.

Actividad asistencial	Número
1ª visita	2.419
Visitas sucesivas	3.453
Caja de Reclutas*	20
Mutilados de guerra*	11
Accidentes de circulación*	56
Ayuda o jubilación de ISFAS*	14
Incapacidad laboral de maestros*	8
Orientación psicológica*	38
Sesiones de psicoterapia individual	97
Sesiones de psicoterapia de grupo	20
Reuniones del Club-Psicoterapéutico	18

Tabla 34. Atenciones en el Centro de Salud Mental de Murcia (Sanidad) en 1980. *Estudios de...No elaboración propia.

Aparte de la labor asistencial, el equipo del Centro participó en otras actividades "extradispensarias" (sic) con finalidad psico-educativa como:

- Conferencias en Institutos y Centros de E.G.B. en colaboración con el I.C.E. de la Universidad de Murcia a tutores, alumnos y asociaciones de padres de alumnos.
- Charlas y mesas redondas con alumnos de la Escuela de Magisterio y asociaciones de amas de casa.
- Intervenciones en programas radiofónicos.
- Charlas a alumnos de A.T.S. y de Auxiliares de Clínica.

¹⁹¹ Memoria de las actividades durante el año 1980 del Centro de Salud Mental de Murcia (Jefatura Provincial de Sanidad).

V.1.2.2.3. Centros de Salud Mental (C.S.M.)

Los primeros Centros de Salud Mental, propiamente dichos, se abren el verano de 1983 en las principales cabeceras de comarca. Al no encontrar documentos oficiales relativos a su apertura tendremos que guiarnos por otras fuentes.

En un principio se realizó una campaña informativa dirigida a los Ayuntamientos, colegios, asociaciones, iglesias, etc. para difundir la utilidad de estos centros y su conocimiento por parte de la sociedad¹⁹².

En la prensa¹⁹³ destacan, en la inauguración del C.S.M. de Caravaca el 13 de Junio de 1983, el personal (dos psiquiatras, un psicólogo), el tratamiento de drogas, y la gratuidad del servicio. También se refieren al horario y lugar: en el ambulatorio de Caravaca, los lunes, miércoles y jueves de 17,30-20,00 h. de la tarde. Estos centros se ubicaron junto a los de planificación familiar, que también se extendieron por toda la Región. También se da información sobre los horarios y teléfonos del resto de C.S.M. en otras noticias¹⁹⁴.

La mitad de los médicos contratados se hizo a expensas de las becas del Servicio de Guardia del H.P.R.A.¹⁹⁵, es decir, se detraxó parte del personal de dicho Servicio para montar los nuevos centros. La dotación de personal fue la misma para los cinco C.S.M. y fue la siguiente:

- Psiquiatras: 2/C.S.M., uno dedicado a drogodependencias (más adelante se contaría dentro de la sub-red de drogas y otro dedicado al resto de problemas de salud mental).
- Psicólogos: 1/C.S.M.
- Enfermero: 1/C.S.M.
- Auxiliares de clínica: 1/C.S.M.

¹⁹² Entrevista a Manuel R. Galiana Cela. 5/03/2014.

¹⁹³ "En marcha el primer equipo comarcal de Salud Mental". La verdad, 16/06/1983. Página 17.

¹⁹⁴ "Realizarán asistencia psíquica gratuita". La verdad, 15/06/1983.

¹⁹⁵ Entrevista a Luis López Sánchez. 17/03/2014.

En cuanto a la ubicación física de los centros: el de Murcia ocupaba la 3ª planta de la Consejería de Sanidad, los de Cartagena y Lorca se ubicaron en los centros comarcales de higiene y los de Caravaca y Yecla en los ambulatorios municipales.

En 1984¹⁹⁶, vemos como el único C.S.M. que cuenta con su personal completo y un Asistente Social es el de Murcia. El resto han perdido el A.T.S. y el psiquiatra, quedando solo con 1 psiquiatra, 1 psicólogo y un auxiliar de clínica, que recuperarían en 1985 con la contratación por parte de la red de drogas de un psiquiatra en cada centro.

En 1986 se abre el centro de Cieza y más tarde, en 1988, el de Molina, financiados por el INSALUD. El centro de Molina se había abierto un año antes sin actividad asistencial, a partir de 1988 comienza a atender pacientes del área. Dichos centros se consensuaron entre el coordinador de Salud Mental con la dirección nacional en esta materia (Antonio Espino Granado) y se planificaron según criterios de necesidades demográficas y accesibilidad al resto de centros. Cabe decir que, a pesar de pertenecer a otra red asistencial, comenzaron a funcionar de forma integrada con los Servicios de la Comunidad Autónoma, bajo la coordinación del Jefe de Sección de los Equipos de Salud Mental, Juan Antonio Aznar (Coordinador de Salud Mental).

En 1986, el equipo de Yecla también se desplazaba a Jumilla dos días a la semana, y se ubicó también en dependencias municipales.

En 1987 encontramos un estudio¹⁹⁷ de rendimiento en C.S.M. que mide indicadores básicos de funcionamiento de los incipientes centros de salud mental durante 1985 y 1986, primer documento que encontramos que analiza el funcionamiento de estos. Indica en el mismo que no pretende hacer un estudio de la calidad, pues no es posible con la metodología que se emplea, sino únicamente estudiar la distribución del tiempo de trabajo y establecer las líneas a seguir durante los años siguientes de la pequeña red existente.

En cuanto a la estructura, la coordinación se realizaría desde la Sección de Salud Mental Comunitaria de la Consejería de Sanidad, dicha

¹⁹⁶ Ver nota 143.

¹⁹⁷ Estudio de rendimiento en Centros de Salud Mental. 1987. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.

sección constaba de una persona (Juan Antonio Aznar) y estaba ubicada en un despacho de dicha Consejería. Sus funciones eran las de coordinar los Equipos de Salud Mental y la formación de los mismos.

Personal C.S.M. (1986)	Médicos	Psico	ATS	Aux.	Horario	Ámbito**
Murcia (I)	2 psiq	2	1	1	15,30-20	365.000
Cartagena (II)	1 psiq+1 MDP*	1	1	1	8,30-14,30	260.000
Lorca (III)	1 psiq+1 MDP	1	1	1	9-14	115.000
Caravaca (IV)	1 psiq	1	1	1	9-15	65.000
Yecla/ Jumilla (V)	1 psiq+1 MDP	1	1	1	9-15 (2 días Jumilla)	50.000
Cieza (VI)	1 psiq	1	1	1	?	150.000

Tabla 35. Estructura de los C.S.M. 1986. *MDP: Médico Diplomado en Psiquiatría. ** Habitantes aproximados. Fuente: Ver nota 197.

En cuanto a su reparto del tiempo laboral podemos observar en el siguiente gráfico (7) la distribución que se aconsejaba:

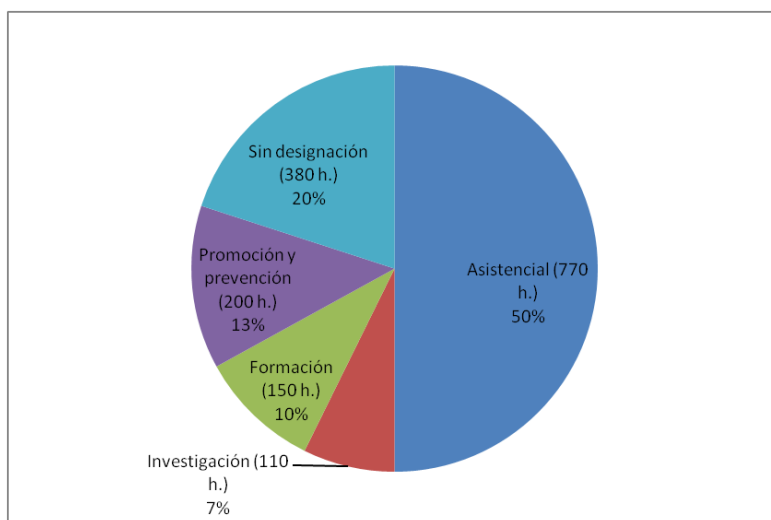


Gráfico 7. Distribución de la actividad laboral en los C.S.M. 1986. 1.540 horas laborables/año.

Continua el estudio haciendo un cálculo de las horas y tipo de visitas que se atienden en cada centro y en el global de todos durante dos años: 1985 y 1986 (año en el que se añaden a las estadísticas los datos del C.S.M. de Cieza). El tiempo aconsejado para 1ª visitas era de 45 minutos y el de las revisiones de 35 minutos. Ver Tabla 36. Hay que tener en cuenta que en 1985

el número de psiquiatras y psicólogos en los C.S.M. era de 11, y en 1986 de 17 con lo que el aumento de capacidad asistencial es notable.

En general podemos ver un incremento de la actividad de consulta en un 30% con respecto al año 1985. En su mayoría se producen a costa del aumento de revisiones, puesto que la entrada de nuevos pacientes se ha incrementado solo en un 10,2%.

En la estimación del tiempo de trabajo asistencial, que recordemos era del 50% del tiempo laboral total, se calcula que un psiquiatra o psicólogo puede atender cada día laborable: 1 primera visita y 5 revisiones.

	1985			1986			1987		
Actividad asistencial	1ª vis.	Revisi ones	Rev./ 1ª vis.	1ª vis.	Revisi ones	Rev./ 1ª vis.	1ª vis.	Revisi ones	Rev./ 1ª vis.
Caravaca	190	835	4,39	260	648	2,49	250	871	3,4
Cieza				371	1.211	3,26	397	2.566	6,4
Yecla/Jumilla	304	1.293	4,25	284	2.358	8,30	313	3.139	10
Cartagena	200	1030	5,25	313	1.643	5,25	325	2.372	7,2
Lorca	401	1.748	4,35	415	2.421	5,82	401	2.777	6,9
Murcia	411	2.010	4,89	381	3.124	8,18	377	4.889	12,9
TOTAL	1.485	6.846	4,61	2.050	10.737	5,63	2.063	16.604	8,0

Tabla 36. Actividad asistencial de los C.S.M. de 1985 a 1987. Fuente: ver notas 197 y 30.

En los cálculos de actividad asistencial para los siguientes años (1987-1988) se estima que el número de 1ª visitas debe ser en total de 3.740 y el de revisiones de 20.240 pacientes, con un índice de revisiones/1ª visita de 5,4, todo esto calculado con el mismo personal que en 1986. En la Tabla 36 vemos los datos reales de actividad que se generó en 1987, que no alcanzaron los que se estimaron para ese año (en 1ª visita se consiguió un 55,2% de lo estimado y en Revisiones un 82%). En el siguiente año (1988) los datos de atenciones en C.S.M. en toda la Región se mantienen prácticamente igual: 18.852 visitas (24.000 si se incluyen las consultas externas de los hospitales) sin contar los datos de la red de drogodependencias¹⁹⁸. En el informe del que se hace eco la noticia anterior se dan los datos de 1988: el 60% de los

¹⁹⁸ "24.000 casos se trataron en los Centros de Salud Mental". La Opinión. 6/06/1989.

pacientes tratados no pasaban de los estudios primarios y poseían un nivel adquisitivo bajo, la plantilla ascendía a 44 profesionales, 50% de los pacientes tratados tenían edades comprendidas entre los 18 y 45 años. En cuanto a los diagnósticos el 30% de los problemas fueron de tipo neurótico y el 26% problemas afectivos, y el porcentaje de sexos es similar. Situación que, según el informe, contrasta con la asistencia hospitalaria, donde el 60% de las patologías tratadas son psicosis y el número de varones supera al de mujeres.

Estos datos se confeccionaron para su publicación, un poco después, en un boletín epidemiológico¹⁹⁹, añadiendo información acerca de los diagnósticos más frecuentes (ver Gráfico 8) y la forma de llegada a los centros (ver Gráfico 9). Es destacable en cuanto a la patología atendida el bajo número de trastornos psicóticos y de patología grave en general en contraposición a la patología más leve o neurótica, que acudía ya con mucha frecuencia. Uno de los motivos que pueden explicar esto es la forma de derivación que, como vemos, la más frecuente, es la de por iniciativa propia, con lo cual no existía ningún filtro a la hora de atender a los pacientes. También esto último explicaría el alto número de derivaciones a otros especialistas. En 1987 se indica que se han iniciado acciones para aumentar las derivaciones desde primaria y hospitales, que, en ese momento, podían decidir entre derivar a los pacientes con patología mental a los C.S.M., o bien a los neuropsiquiatras de zona. Dentro de las acciones de cara al futuro también subraya la necesidad básica de apoyar y asesorar a los Equipos de Atención Primaria, así como su supervisión.

En el epígrafe "Sin diagnóstico" se agrupó a los pacientes que no acudieron a las suficientes citas como para completar su diagnóstico.

¹⁹⁹ "Centros de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Murcia. Características de su funcionamiento y demanda asistencial". Boletín epidemiológico de Murcia. Vol. 9. Nº 420. Páginas 81-86. Período correspondiente entre 30/08 y 12/09 de 1987. Dirección Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

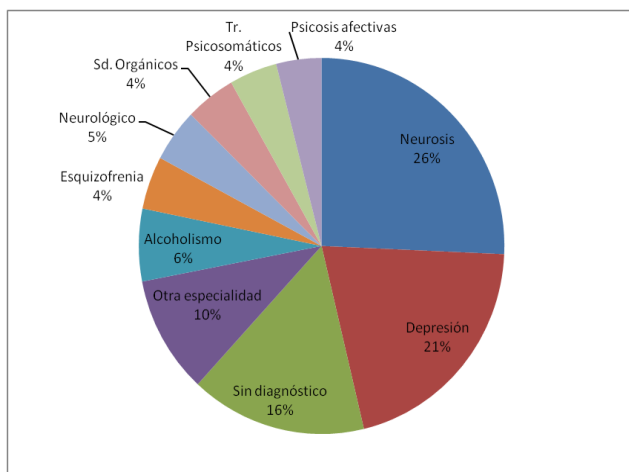


Gráfico 8. Patología atendida en los C.S.M. 1985-1986.

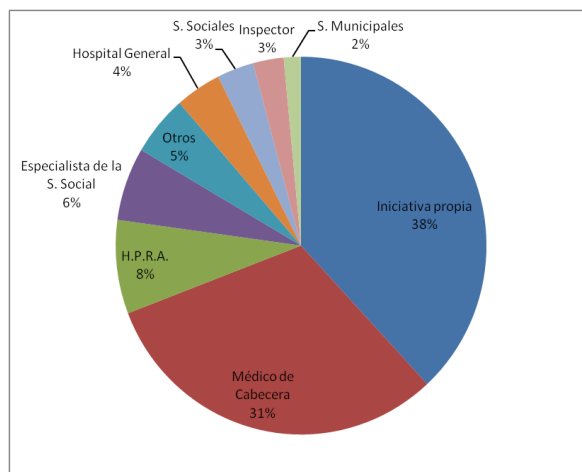


Gráfico 9. Forma de llegada a los C.S.M.

La comparación entre las consultas externas del Hospital General y los CSM nos indica que, al menos, en estos primeros años de funcionamiento de la red comunitaria, los CSM no sirvieron, apenas, para dar cabida a la demanda de atención al trastorno mental grave. siendo esta atendida mucho más en los hospitales, bien fuera en forma de hospitalización o de consulta externa.

El aumento de personal de la red comunitaria fue bastante importante en estos años como podemos observar en la Tabla 37.

PERSONAL 1987	Psiq	MDP	Psic	ATS	Aux	A. Social		
Caravaca	1	0	1	0	1	0		
Cieza	1	0	1	1	0	0		
Yecla/Jumilla	1	1	1	0	1	0		
Cartagena	3	1	3	2	1	0		
Lorca	1	1	1	0	1	0		
Murcia	5	1	4	2	2	1	<i>Total 1987</i>	<i>Total 1986</i>
TOTAL SM	12	4	11	5	6	1	39	29
TOTAL DROGAS	2	7	11	3	10	2	35	30
IDEAL*	25	9	35	19	23	15		

Tabla 37. Recursos humanos de la red de Salud Mental en 1987, comparados con el total de 1986.

Fuente: ver notas 29 y 30. *Personal ideal de Salud Mental y Drogas (nota 29).

Recordemos que en 1987 el número de Centros de Salud de Atención Primaria era sólo de 15²⁰⁰, por lo que los 7 C.S.M. con los que se contaban

²⁰⁰ "El número de camas, deficitario". La verdad, 17/03/1987. Página 10.

suponían un desarrollo muy importante de la Salud Mental en comparación con la Atención Primaria en cuanto a la reforma sanitaria global²⁰¹.

En 1987 se crea una Comisión de Intervención en Salud Mental Comunitaria²⁰² con el objetivo de asesorar a la Unidad Técnica en los temas concernientes al funcionamiento de los C.S.M., para comprender la dinámica de funcionamiento de los mismos, se reproducirán a continuación sus conclusiones. El funcionamiento de los centros se orientará en un doble aspecto:

1. General: respecto a la definición funcional del C.S.M. y de acuerdo con esta se proponen desarrollar los siguientes apartados:

- ORGANIZACIÓN DEL CENTRO: aspectos culturales para hacerlo adecuado a su función: estructura física, plantilla, horario, etc.
- DINÁMICA DEL CENTRO: aspectos funcionales que, según la dirección de la actuación, se dividirían en:
 - i. Interna (hacia el propio equipo): se incluirían aquí actividades de formación, investigación e información (reuniones de equipo, historia clínica, etc.).
 - ii. Externa (hacia la Comunidad): dentro de este apartado convendría desarrollar los siguientes aspectos:
 - I. Discriminación de la demanda: vías de acceso al C.S.M.
 - II. Organización de la oferta: resolución de la demanda.
 - III. Cauces de resolución del tipo de demanda:
 - a. Demanda asistencial: a nivel general (acogida, discriminación de la intervención, roles, técnicas de intervención, criterios de derivación, etc.) y a nivel específico (programas).
 - b. En la demanda de prevención, formación e información se establecerán los objetivos

²⁰¹ Balance de recursos de la Región de Murcia. Reforma Sanitaria. Noviembre de 1987. Consejería de Sanidad. Cuaderno número 2.

²⁰² Comisión de Intervención en Salud Mental Comunitaria. Unidad Técnica de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Murcia. 1987.

prioritarios y los instrumentos de intervención adecuados.

IV. Cauces de coordinación con otros recursos:

- a. De la propia red asistencial: reuniones de sección, de áreas, de programas, informes clínicos, estadística mensual, memoria anual, cursos, comisiones, etc.
- b. Otros recursos del área: derivaciones, información cruzada, informes clínicos, sociales, peritajes, asistencia primaria, servicios sociales, etc.

2. Específico: elaboración de programas específicos de actuación que pueden ser de aplicación general o experimental:

- de seguimiento de pacientes internados,
- de atención a psicóticos,
- de trastornos de personalidad,
- de atención a urgencias,
- de atención a trastornos depresivos,
- de atención a trastornos de ansiedad,
- de tratamiento: antidepresivos, litio, antiepilépticos, etc.,
- de abandono,
- específicos (que serán objeto de otra comisión): drogas, infantil, prevención, asistencia primaria, etc.

La organización de la formación, investigación, comunicación y flujo de información se muestra en la siguiente tabla (Tabla 38). Se definen así los tiempos de reunión para cada tipo de actividad y quien debe realizar cada una, que, como vemos, resultaba en una periodicidad relativamente frecuente que estará presente en todas la época de la Unidad Técnica de Salud Mental. Podemos ver la gran influencia de la Cátedra, aún, en que la investigación queda en manos de los servicios, es decir, fuera de los recursos comunitarios.

FUNCIÓN		INSTRUMENTO	PERIODICIDAD/ CONTENIDO
Formación		- Reuniones a nivel de área	<u>Quincenal</u> . Evaluación sesión clínica
Comunicación Información	- Diseño de estrategias terapéuticas - Comunicación cerrada - Evaluación de resultados - Decisión sobre cambios de intervención-programas	- Reuniones a nivel de equipo	<u>Diaria</u> . Información, sesión clínica, evaluación de seminarios.
		- Reuniones a nivel de programa	<u>Mensual</u> . Evaluación, supervisión, sesiones.
Investigación		- Reuniones a nivel de servicio	<u>Mensual</u> . Sesiones clínicas, conferencias.

Tabla 38. Distribución y tipos de reuniones en los C.S.M. No elaboración propia.

En cuanto a las técnicas de ver al paciente y su entorno, las intervenciones se dividen en:

- Individuales: Suele ser la modalidad de atención más usual. Se basa en el establecimiento de una relación terapéutica, dentro de la cual se pueden utilizar todo tipo de técnicas específicas (psicofármacos, terapia de modificación de conducta, terapia de orientación psicoanalítica, técnica cognitiva, etc.).
- Grupo: tanto por su eficacia como por la rentabilización que supone del trabajo en el centro, esta técnica tenderá a potenciarse, proponiéndose como alternativa a determinadas intervenciones individuales. Los grupos se diseñaron según los programas en funcionamiento y pueden tener diversas orientaciones (relajación, adquisición de habilidades, modificación de conducta, sensibilización a familiares, terapia psicoanalítica, de grupo, psicodrama, etc.).
- Familia: tenderá a desarrollarse dentro de las posibilidades del equipo y se priorizará esta técnica en el tratamiento de crónicos donde la familia supone la estructura que mantiene un bajo nivel de funcionamiento del paciente y determina su descompensación.
- Pareja: se utilizará en casos muy específicos, donde claramente la dinámica de pareja esté sustentando la patología y bloquee las intervenciones anteriores.
- Control: se definen así técnicas de alta indiscriminación, que tienen como objetivo establecer rutinas necesarias en un determinado plan

terapéutico. Se incluyen aquí: la Clínica Modocate, control de Litio, control de otros fármacos y drogas, etc.

Podemos ver como los C.S.M. van desarrollando estrategias para atender la demanda que les iba llegando, aún con muy pocos pacientes graves. Uno de los problemas era que todavía los C.S.M. no tenían un funcionamiento uniforme por lo cual cada uno generaba distintas demandas. Este trabajo de esta Comisión se incluyó en el desarrollo del frustrado Plan de Salud Mental de 1989.

V.1.2.2.4. Neuropsiquiatras de zona

En 1980 había 11 neuropsiquiatras de zona: 8 en Murcia, 2 en Cartagena y uno en Lorca. Las consultas de estos profesionales se pasaban a lo largo de 2,5-3 horas atendiendo la demanda diaria (cupó de 30) que tuvieran. La mayoría de médicos residentes y psiquiatras jóvenes de la época pasó consulta de neuropsiquiatría, contratados para sustituciones o por vacaciones.

Se trataba de la prestación ambulatoria del INSALUD para atender patología neurológica y psiquiátrica, superando esta última con creces a la primera (según estudios en otras ciudades de España 70% de la demanda era psiquiátrica)²⁰³. Como peculiaridad cabe observar que son los únicos que atienden demanda no reglada, es decir, las revisiones no requieren cita previa.

En un estudio transversal que se realizó en Murcia en 1987, se extraen los siguientes datos: la edad con la máxima frecuencia de atención era 55 años (45% de la demanda), el perfil de diagnósticos es similar al de los C.S.M. siendo los cuadros neuróticos atendidos un 46,5% de la demanda.

A continuación se realiza comparativa entre los tres tipos de redes asistenciales ambulatorias en las zonas I y VI (Murcia y Vega Media del Segura) ya que no disponemos datos de otras zonas. En cuanto a las consultas externas el 75% de las atenciones se daban a pacientes que habían estado hospitalizados y la gran mayoría de ingresos procedía del área I, por lo que, a pesar de no coincidir las poblaciones de referencia, pueden ser comparables en cierta medida por la similitud de procedencia de su población. Ver Tabla 39.

²⁰³ Ver nota 30. Neuropsiquiatría de zona.

Actividad 1987	C.S.M. (zonas I, VI)	C. Externas		Neuropsiquiatría (Murcia)	
		General	Arrixaca**		
1ª visita	774	452	512	8.533	
Revisiones	7.455	3.130	2.575	23.177	
Rev./1ª visita	9,63	6,93	5,02	2,72	
Población de referencia	515.000	Toda	Toda	561.148	
Incidencia total*	1,50	0,45	0,51	15,20	TOTAL
TOTAL	8.229	3.582	3.085	31.710	46.606

Tabla 39. Comparativa de la actividad asistencial de las tres redes de consultas ambulatorias en Salud Mental en 1987. *Nº de 1ª visitas/1.000 habitantes. **Sólo consultas de psiquiatría (no incluye psicología de las que sólo se tiene el dato de que fueron 159).

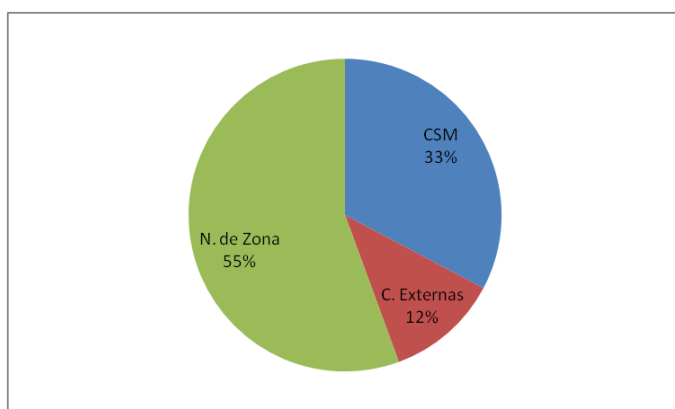


Gráfico 10. Porcentaje de atenciones ambulatorias en cada red asistencial (1987) de toda la Región de Murcia.

No solo la demanda dentro de cada C.S.M. podía variar sino que si tenemos en cuenta las diferentes instancias que podían atender a pacientes en modo ambulatorio: consultorios de Cruz Roja, consultas externas, neuropsiquiatras y C.S.M. la variabilidad era mucho mayor entre el tipo de pacientes, procedencia y gravedad que atendía cada uno de ellos.

V.1.2.3. Unidades de hospitalización

V.1.2.3.1. Hospital General

En 1985 se inaugura el remodelado Hospital Provincial o General de Murcia (en adelante H.G.), que provenía del antiguo Hospital Provincial Médico-Quirúrgico ("San Juan de Dios"), de la Beneficencia -inaugurado en 1963-. Desempeñará un papel de hospital comarcal de Murcia. En la obra que se realizó se reconvirtieron las antiguas habitaciones colectivas en habitaciones de dos y una cama, entre otras actuaciones.

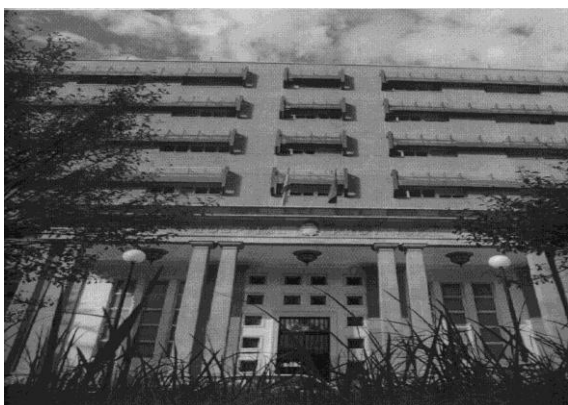


Figura 35. Hospital General después de su remodelación (1985).

Ya en 1985 Demetrio Barcia y algunos enfermeros y psiquiatras que formarán parte del personal de la planta del Hospital General se desplazan a éste unos meses antes, hasta la apertura el 13 de Mayo de 1986, de la Unidad de Psiquiatría con 26 camas, con todo su personal trasladado desde el H.P.R.A. Esta unidad seguirá dependiendo del H.P.R.A. hasta enero de 1987 que pasa a formar parte del Hospital General, dentro de la Dirección Regional de Atención Hospitalaria, por lo que funcionará de manera independiente al resto de recursos de la red, agrupados en la Dirección General de Asistencia Sanitaria y posteriormente la de Salud.

Esto supuso el traslado del Servicio de Investigación y Docencia a este hospital también, al que acudían alumnos de la Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería y de Formación Profesional (auxiliares de clínica) para realizar sus prácticas.

Los requisitos para el ingreso en esta unidad eran no haber ingresado en ninguna institución psiquiátrica antes, es decir, que fuera el primer ingreso o los subsiguientes al mismo y ser beneficiario de la Seguridad Social. Esto se produjo mediante un acuerdo verbal con el consejero Morales Meseguer que afectaría al primer año de su funcionamiento, con la idea de "cuidar" esta primera unidad que se generaba en un hospital general, pero a efectos prácticos se mantuvo hasta la primera sectorización en 1990²⁰⁴.

La Unidad de Psiquiatría (en adelante U.P.H.) se ubicó en la sexta planta del Hospital General. Estaba formada por 12 habitaciones dobles y una individual, de las 24 camas, 22 estaban dedicadas a enfermos mentales y 2 a toxicomanías. También existía una sala-comedor y terraza donde la mayoría de pacientes pasaban gran parte del día. Constaba también de botiquín, También había una pequeña cocina donde se preparaban las comidas y donde se atendía a los enfermos que ingresaban fuera de horario habitual. Se disponía de 5 despachos para los psiquiatras, uno para el psicólogo, otro para la enfermera supervisora y una sala de juntas. Fuera de la unidad había una pequeña aula y dos despachos donde se realizaban las consultas ambulatorias y actividades docentes. Contó con unidad de T.E.C. (Terapia Electroconvulsiva) desde su inicio, y la colaboración del Dr. Antonio Martínez Hernández, que ya había estado trabajando de anestesista en el H.P.R.A. para la aplicación de este tratamiento.

Al año siguiente se acredita el hospital para la docencia y llega la primera médica interna residente de psiquiatría, realizando sus rotaciones únicamente dentro del hospital general, como harían todos los residentes durante muchos años. Esto se debió a la brecha que existía entre la Cátedra, el personal de la comunitaria y el del H.P.R.A. por las diferencias ideológicas que cada bastión defendía.

El personal en 1987 era el siguiente:

- Personal de enfermería:
 - 1 Enfermera Supervisora
 - 6 A.T.S./D.U.E. de la planta (en 1986 eran 4)
 - 11 Auxiliares Psiquiátricos

²⁰⁴ Entrevista con Manuel R. Galiana Cela. 5/03/2014.

- 3 Celadores
- 1 Terapeuta Ocupacional/secretaria
- Personal Docente:
 - Jefe de Servicio y Catedrático de Psiquiatría (D. Barcia)
 - 3 Psiquiatras adjuntos-docentes (M. E. Ruiz, P. Pozo y L. Morcillo)
 - Jefe de Sección de Psicología. Profesora Titular de Psicología Médica (P. Salorio)
 - 1 psicólogo
- Personal facultativo funcionario/contratado:
 - 1 psiquiatra adjunto
 - 1 psicólogo
 - 1 Médico Internista para Toxicomanías: (Jose María Basterrechea)
 - 2 Médicos de Guardia
- M.I.R.: 2. Contratados en algunos servicios como la consulta externa.
- Personal asistente voluntario: médicos y psicólogos

De este último personal (voluntario) saldrían algunos psiquiatras y psicólogos clínicos a los que se les dio el nombre de *mestos* por obtener la especialidad después de que hubiera plazas M.I.R., es decir, coincidiendo con estos. La duración de la especialidad de los M.I.R. era de 4 años y tenía una serie de requisitos, la de los *mestos* se daba exclusivamente a criterio de Demetrio Barcia.

La Sección de Psicología Clínica atiende a pacientes ambulatorios en la Consulta Externa, realiza las Interconsultas del resto del hospital y en, especial, la clínica del dolor.

El resto de interconsultas las realizaban los Psiquiatras, repartiéndoselas por Servicios del Hospital.

La importancia de la labor investigadora y docente era muy alta y en cada memoria que se hacía sobre la asistencia en el Servicio aparecían datos

de las investigaciones del Servicio²⁰⁵. En 1987 las líneas de investigación que se seguían en la Unidad estaban divididas en:

- Psiquiatría clínica: estudio de la pseudodemencia, manías atípicas y procesamiento de la información en la esquizofrenia.
- Psiquiatría biológica: estudio de la respuesta vegetativa y neuroendocrina en la esquizofrenia crónica, Genética y Psiquiatría y alteraciones del sueño en las psicosis agudas.

En el documento anteriormente mencionado²⁰⁶, lo acaban reivindicando ciertas carencias que padece la unidad, a su criterio: falta de personal, excesiva presión asistencial y falta de centros adecuados donde poder enviar a los pacientes tras el ingreso así como una deficiente coordinación con los existentes.

Como vemos en el Gráfico 10 la preferencia del H.G. por los ingresos de 1ª vez y la evitación de atender a los reingresos, incluso de los pacientes que habían ingresado ya alguna vez allí por lo que vemos en la gráfica, provocó que el impacto sobre la asistencia fuera mínimo durante los primeros años. Poco a poco van cayendo los reingresos en el H.P.R.A. conforme crece la red comunitaria y esta comienza a rebajar el circuito de "puerta giratoria" en el que algunos pacientes se veían inmersos.

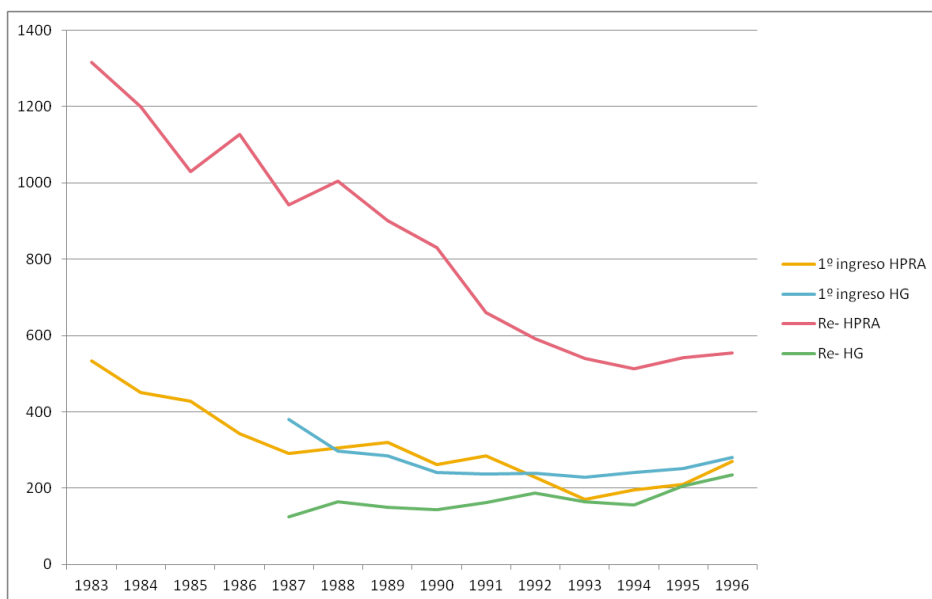


Gráfico 10. Comparación de los ingresos de 1ª vez y los reingresos entre el H.P.R.A. y el H.G.

²⁰⁵ I Jornadas de Salud Mental de la Región de Murcia. Marzo 1988. Capítulo de Hospitales.

²⁰⁶ Ver nota 165.

V.1.2.3.2. Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca

El Hospital Virgen de la Arrixaca "nuevo" (en adelante H.V.A.), pues ya había un hospital en Murcia llamado Arrixaca, que pasa a ser la Arrixaca Vieja, se inaugura en 1975. En 1979, comienza a funcionar una unidad llamada Unidad de Psicosomática, es decir, realizando las interconsultas del hospital. Comienza a hospitalizar también pacientes propios aproximadamente a la misma vez que el hospital general (1986), pero no tenemos datos de su actividad asistencial previa a esto.

Su organización funcional²⁰⁷ es la siguiente: una Unidad de Hospitalización Breve con 8-10 camas, un Servicio de Interconsultas, una Unidad de Consulta Externa y una Unidad de Psicología Clínica.

El personal con el que contaba en 1987 era:

- 4 psiquiatras: 1 jefe de sección y 3 adjuntos.
- 2 M.I.R. de psiquiatría
- 1 Médico becario (del programa de Formación en Salud Mental de la Consejería de Sanidad).
- 2 Médicos asistentes voluntarios
- 8 psicólogos (6 asistentes voluntarios y 2 con becas del programa de Formación).

La formación de los psicólogos clínicos se realizó en este Hospital también, así como en el Hospital General.

La Unidad de Hospitalización Breve se trata de una unidad abierta, es decir, sin puertas que la separen del resto de unidades del hospital, hecho atípico en este tipo de unidades, la mayoría de ellas cerradas. Tampoco presentaba un personal de enfermería y auxiliar específico, como las otras existentes en Murcia, sino que se valía del del resto del hospital.

La Unidad de Psicología Clínica se dividía en 4 secciones: psicodiagnóstico infantil, psicodiagnóstico de adultos, neuropsicología y psicoterapia.

Donde encontramos las mayores diferencias entre estas dos unidades de hospitalización es en los diagnósticos de los pacientes que ingresan, lo cual

²⁰⁷ Ver nota 165.

nos lleva a pensar en que la Unidad del Hospital General heredó la clásica función del H.P.R.A. para hospitalizar a los pacientes más graves y la Unidad de la Arrixaca se ofertó como un servicio para pacientes que, de otro modo, nunca hubieran ingresado en un Hospital Psiquiátrico en aquel momento, la gran mayoría de ellos, creándose así una nueva demanda. Ver Gráficos 11 y 12:

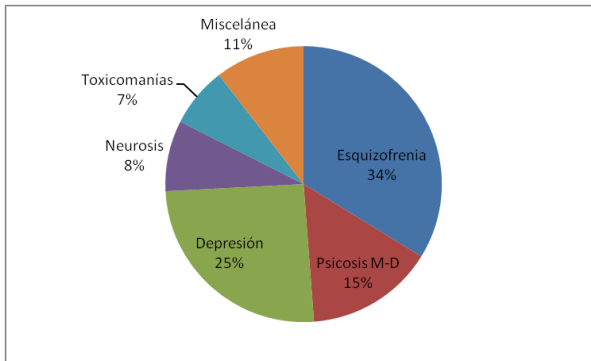


Gráfico 11. Perfil diagnóstico UPH Hospital General.

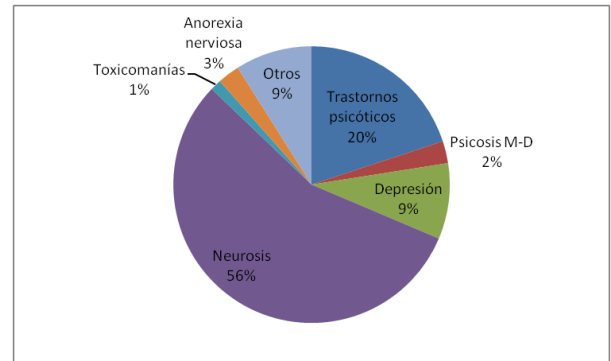


Gráfico 12. Perfil diagnóstico UPH Arrixaca.

En cuanto a las interconsultas el volumen de las mismas es el triple en la Arrixaca que en el Hospital General, esto se puede explicar por la magnitud de camas de este primero que, lógicamente originarían muchas más interconsultas del resto de Servicios.

Hospital	Ingresos		Interconsultas	Estancia media (días)	Promedio ocupación (camas ocupadas)
	1986	1987			
General		515	127	11,9	22,36 (86%)
Arrixaca	248	223	363	10,3	8,05

Tabla 40. Resto de datos correspondientes a 1987.

V.1.2.4. Salud Mental infanto-juvenil

En Enero de 1981 se abre el Servicio de Psiquiatría Infantil en el H.P.R.A. a propuesta del director médico Martínez Pardo, a cargo de la Concepción Gómez-Ferrer y su marido Antonio Fernández Moreno, ambos psiquiatras con experiencia de trabajo en psiquiatría infantil tanto en la consulta de infantil de Sanidad como dirigiendo los centros de educación especial que se habían ido abriendo la década anterior. También contaba el servicio con 1 A.T.S., 1 administrativo y 1 Auxiliar. Era una consulta ambulatoria para niños de 0-16 años con problemas psiquiátricos.

Los diagnósticos más frecuentes -en 1983- fueron, por orden: trastornos psicósomáticos (45%), inadaptación escolar (35%) e inadaptación familiar (27%).

Servicio Infantil H.P.R.A.	1ª visitas	Revisiones	Rev./1ª visitas	TOTAL
1981	118	140	1,18	258
1983	590	127	0,22	463

Tabla 41. No hemos encontrado datos relativos a otros años.

En marzo de 1982 se crea el Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil de Cruz Roja a cargo de una psiquiatra infantil, dos psicólogas y una psicopedagoga. Este Servicio permanecerá abierto hasta 1999.

En cuanto al Centro de Diagnóstico y Orientación Terapéutica deja de realizar las valoraciones para la concesión de ayudas de la Seguridad Social en 1982.

En enero de 1986, por la Ley de Incompatibilidades, cesan los dos psiquiatras que lo abren (Gómez-Ferrer y Fernández Moreno) y la asistente social y se transforma en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (en adelante C.S.M.-I.J.) manteniendo la misma estructura y personal: 2 psiquiatras, 1 psicóloga, 1 enfermero y 1 auxiliar administrativa. Entre los dos años siguientes se contratan 1 asistente social, 1 enfermera y 1 psicóloga.

En enero de 1986, también, el INSALUD abre una Unidad Infantil en el C.S.M. de Cartagena con una psiquiatra, una psicóloga y una enfermera.

En 1987, tras la escisión del H.P.R.A. y la residencia Luis Valenciano, se cierra la consulta de psiquiatría infantil de dicho hospital, quedando la atención a la patología psiquiátrica de los niños en los C.S.M., el Servicio de Cruz Roja, las consultas de neuropsiquiatría de zona (un 10% de la demanda) y consultas de los hospitales (general y Arrixaca) que atendían principalmente estudios psicológicos.

En estos años se realizan también numerosos congresos y actividades científicas, ya que el Servicio de Psiquiatría Infantil estaba vinculado a la Cátedra de Psiquiatría: XXII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría Infantil (Mayo, 1980) y un Symposium Nacional sobre Psicosis Infantiles (Marzo, 1984).

En la siguiente tabla (Tabla 42) podemos observar las atenciones a niños en la Región de Murcia en 1987. Habría que añadir aquí las consultas de psicología infantil de la Arrixaca que este año atendieron a 528 niños. Cabe resaltar aquí el alto número de atenciones infantiles en algunos centros que aún no poseían un grado de especialización en este campo como es el de Lorca, superando en atenciones a otros CSM-IJ como el de Cartagena.

CSM-IJ 1987	1ª visitas	Revisiones	Rev./1ª visitas	TOTAL
Murcia	389	1454	3,74	1.843
Cartagena	256	998	3,90	1.254
Lorca*	206	1.351	6,56	1.557
Caravaca*	44	113	2,57	157
Yecla*	20	32	1,60	52
Cieza*	110	315	2,87	425
TOTAL	1.015	4.263	3,80	5.288

Tabla 42. Datos asistenciales de la atención a niños (menores de 16 años) en los CSM en 1987. Atendidos por psiquiatras del CSM, sin asignación específica para psiquiatría infantil.

V.1.2.5. Drogodependencias

En marzo de 1983 se celebró en el Complejo Residencial de Espinardo las I Jornadas de Drogodependencia en Murcia²⁰⁸. Una de las conclusiones de estas jornadas, según dice el consejero Morales Meseguer, es que se creará una comisión de expertos que estudie el tema de las drogas con tres funciones:

1. Llevar a cabo un estudio epidemiológico, analizando los números reales de toxicómanos y alcohólicos de la Región (estima que de cannabis hay un 20% de personas que lo consumen de forma habitual y de heroína un 0.2%) .
2. Planificación de la red asistencial.
3. Montar un sistema de acreditación y control de futuros centros para toxicómanos, aceptando iniciativas privadas.

Tras este Congreso, Morales Meseguer designa a Bartolomé Ruiz Periago, que más tarde será Coordinador Regional de Drogodependencias, la redacción del primer plan de drogas de la Región, el P.R.I.D. (Plan Regional de Intervención en Drogodependencias), que saldrá a la luz en Mayo de 1985.

En octubre del mismo año, el Dr. Mario Arnaldos (psiquiatra del C.S.M. de Cartagena) afirma en prensa²⁰⁹ que en Cartagena hay unos 10.000 consumidores de hachís y unos 3.000-4.000 heroinómanos y relaciona el consumo de ambas en forma de una "escalada" de drogas con mayor riesgo a los 17-18 años y en clases sociales bajas. En ese momento el gramo de heroína está a 14.000-20.000 ptas. Habla también del desesperante bajo número de pacientes que consiguen desengancharse. Demanda que haya centros de desintoxicación y deshabitación que aún no existían.

En 1984, en pleno proceso de elaboración del PRID, el Ayuntamiento de Murcia pone en marcha un equipo municipal con cinco psicólogos y un médico para asistencia a la drogodependencia bajo la dirección del consejero de Servicios Sociales: Carlos Pérez Alfaro. Este equipo, tras un corto período de funcionamiento de un año, termina siendo incorporado a la Consejería de Sanidad para formar parte del PRID.

²⁰⁸ "Abrirán centros para drogadictos y alcohólicos". La verdad, 8/3/1983. Página 5.

²⁰⁹ "Catorce mil jóvenes cartageneros se drogan". LA verdad, 9/10/1983. Página 17.

Otras ONGs como Cruz Roja o Caritas Diocesana aportarán al proyecto medios materiales y humanos.

En 1987 se realiza un acuerdo con Sistema Penitenciario, estableciendo atención psiquiátrica a la población detenida y en prisión.

A pesar de que, en un principio, la atención a Drogodependencias comenzó separada de la de Salud Mental, al final de este período se consideró como un programa específico dentro de esta, a diferencia con otras Comunidades Autónomas y continuó inserta en él hasta la actualidad, lo cual permitió el trasvase de algunos profesionales de un programa a otro, por lo que fue la puerta de entrada de muchos psicólogos a la red de Salud Mental más adelante²¹⁰.

V.1.2.5.1. La Unidad de alcoholismo

Después de la experiencia de la Unidad de Alcoholismo con una gran parte del 2º pabellón de hombres durante los años 70 se decide asignar un pabellón entero para este tipo de patología: el tercer pabellón de hombres, llamado en el pasado también de "finales" en abril de 1983.

En la memoria de 1981 vemos una propuesta de creación de dicha unidad por ser insuficiente la que hay y una denuncia a la entrada de bebidas alcohólicas al Centro que entorpece y perjudica la labor de este departamento.

El primer psiquiatra que dirige e inaugura esta Unidad es Manuel R. Galiana Cela, nombrado Jefe de Servicio de la misma, por poco tiempo, ya que al pasar a ser el director médico del Hospital la jefatura la ocupa el psiquiatra Carlos Giribet.

Cuenta en un principio con 24 camas y es atendida por un equipo multiprofesional, incluyendo también la consulta externa de tipo ambulatorio para atender a pacientes no ingresados. Es el único pabellón mixto del H.P.R.A. en ese momento. La prensa regional se hace eco de esta apertura de

²¹⁰ Entrevista a Luis López y Juan Antonio Aznar. 3/04/2015.

servicio²¹¹. En ese momento, el 40% de los ingresos eran de alcohólicos en el H.P.R.A.

Al año siguiente, ante la necesidad del pabellón para enfermos crónicos, se trasladó esta unidad al edificio principal del hospital, en el antiguo pabellón de ingresos de hombres con una dotación de 18 camas.

Firmado por el Dr. Manuel R. Galiana encontramos un documento tras la apertura de la nueva Unidad de Alcoholismo en abril de 1983, este documento representa el primer documento que propone lo que podríamos denominar un *proto-plan* asistencial de atención a las drogodependencias.

Entre las ideas generales del informe²¹² está la de que la creación de una unidad específica en el H.P.R.A. será provisional hasta su apertura en conexión con un Hospital General y que el eje de la asistencia debe constituirse en los dispensarios de Salud Mental. Además el Pabellón de Finales que ocupa no está acondicionado correctamente para esta Unidad sino para pacientes crónicos de larga evolución y los accesos al mismo atraviesan todo el H.P.R.A. de modo que no está independizado del mismo, cosa que valoran como necesaria.

En dicho informe se propone usar los locales de la antigua Facultad de Medicina (anexos posteriores del Hospital Provincial), siguiendo los criterios propuestos por la O.M.S. así como los de otras experiencias de otros lugares de España para la creación de la Unidad de hospitalización de Alcoholismo. Añaden a esta propuesta la creación de equipos especializados en los dispensarios de Salud Mental que están creados (prioritariamente Cartagena y Lorca), para luego emplazarlos independientes de estos, y la creación de un Hospital de Día en Murcia y una Unidad de Desintoxicación en Cartagena. En cuanto a los pacientes crónicos se propone un Centro exclusivo para alcohólicos de 30-40 camas para estancias superiores a 6 meses así como una colonia agrícola para toxicómanos.

²¹¹ "Toxicomanos y alcohólicos, separados de los locos". La verdad, 16/01/1983. Página 5.

²¹² Informe en relación con la próxima apertura de una Unidad de Alcoholismo y otras Drogodependencias. Abril, 1983. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".

El Centro coordinador sería el Dispensario de Murcia que, aparte de impulsar y coordinar a los equipos anteriormente citados, coordinaría la atención a los pacientes tratados en otras unidades hospitalarias de nueva creación (Arrixaca, Cartagena, Residencias, etc.), llevando un control y un registro de casos que evitaría la duplicación de asistencia y el asesoramiento necesario para una optimización de resultados. La utilización de los recursos existentes en la Comunidad debería evaluarse y proponer la acomodación de Hogares Post-cura para fomentar la rehabilitación de casos específicos que, por circunstancias especiales, requiera su utilización una vez realizado el tratamiento de desintoxicación.

Siguiendo con el informe se detallan el equipo terapéutico del que consta y el que se requeriría, que, a su vez, atendería también la actividad dispensarial en colaboración con el personal permanente de los Dispensarios. Ver Tabla 43. En el Reglamento del Hospital se previó la posibilidad de que el personal voluntario (pluridisciplinar) pudiera colaborar y seguir actividades de formación programadas.

S. ALCOHOLISMO Y TOXICOMANÍAS	Existente	Requerido	
		Alcoholismo	Toxicomanías
<i>Médico Jefe de Servicio</i>	1	1	
<i>Médico Jefe de Sección</i>	0	1	1
<i>Médico Ayudante</i>	1	1 (becario)	1 (becario)
<i>Médico internista</i>	0	1	
<i>Psicólogo</i>	1	1	1
<i>A.T.S.</i>	1	1 (en el futuro 2)	
<i>Asistente Social</i>	1	1	1
<i>Auxiliares de Clínica</i>	10	2/turno	1/turno
<i>Auxiliares de Limpieza</i>	0	2	
<i>Terapeuta Ocupacional</i>	0	1	0

Tabla 43. Personal del Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías.

Los criterios de exclusión de los pacientes candidatos para la Unidad de Alcoholismo serían los siguientes: los pacientes con un síndrome demencial grave, graves alteraciones psicopáticas, psicóticos graves, marginados sociales y transeúntes sin compromiso por parte de los Servicios Sociales para su posterior atención. Los ingresos serán mixtos y podrán ser voluntarios (algo

que se valora que en el futuro será el tipo de ingreso mayoritario) programados, a petición del Médico de Guardia/Servicio de Agudos o de otros Servicios o Centros Sanitarios previo estudio individualizado del caso. Aclaran la necesidad de tener un criterio amplio de admisión.

En cuanto a toxicomanías, constará de 4 a 8 camas, los criterios de admisión serán mucho más estrictos: sólo ingresos voluntarios programados con aceptación por escrito de las normas internas de la sección, lista de espera y se exigirá total colaboración familiar. El incumplimiento de las normas supondrá el alta inmediata y un período de 5 meses en los que no será admitido. Con este tipo de asistencia podrían tratarse más de 120 pacientes/año.

Las dos secciones funcionarán de forma totalmente independiente a excepción de la utilización de los Servicios Comunes del Hospital. Resaltan la importancia de la correcta información del funcionamiento así como de la coordinación con todos los recursos sanitarios.

Podemos ver la polémica que se desató en las actas de las Juntas de Gobierno de Noviembre de 1983: el equipo técnico de la Unidad de Alcoholismo presentó el informe antes mencionado solicitando el traslado de dicha unidad a las inmediaciones del Hospital General en Murcia y la respuesta del director médico (M. Galiana) que la unidad seguirá en el H.P.R.A. y que tendrá que ser reubicada ya que las necesidades del Centro así lo requieren. Finalmente es trasladada en 1984 al antiguo Pabellón de ingresos de Hombres por las demandas de utilización por el resto del hospital del Pabellón de Finales.

Con el traslado de una de las unidades de agudos al Hospital General (1986), la Unidad de Alcoholismo se traslada a la 2ª planta del edificio de ingresos de corta estancia, con una capacidad de 26 camas.

En 1987 deja de ser una unidad específica debido a la apertura de la unidad de desintoxicación en el Hospital General y a la falta de camas del resto de pacientes agudos, llegando a extinguirse sus funciones específicas sobre 1990. Entre el 55-70% de los ingresos son voluntarios.

AÑO	Ingresos	Reingresos	Totales	Traslado a Crónicos*
	H	H		
1983	172	26	198	19 (9,6%)
1984	157	92	249	36 (14,5%)
1985	171	153	324	30 (9,25%)
1986	147	270	417	27 (6,5%)
1987	120	255	375	29 (7,7%)

Tabla 44. Ingresos y reingresos en la Unidad de Alcoholismo de 1983 a 1987. *Entre paréntesis el porcentaje de paso a crónicos del total de ingresos.

V.1.2.5.2. El Plan Regional de Intervención en Drogodependencias (P.R.I.D.).

El 13 de Mayo de 1985 se constituye en Murcia la Comisión Regional contra la Droga, recogiendo la prensa²¹³ las declaraciones del consejero Morales Meseguer acerca de la línea de trabajo de la misma, desplegando las acciones que el Plan Regional de Intervención en Drogodependencias (en adelante P.R.I.D.) había preparado. Dicha Comisión estaba formada por 4 consejeros (Presidencia, Hacienda, Sanidad y Cultura), dos alcaldes (Murcia y Cartagena), los presidentes de colegios profesionales, de Cruz Roja y Cáritas y el rector de la Universidad. Se organizaron cuatro subcomisiones: de asuntos jurídicos y administrativos, de asistencia, de prevención y educación y de juventud. Para el 1 de junio estaría prevista la apertura de dos Centros de Día en los que se atenderá la rehabilitación: en Murcia el Club Remo, cedido por la Cruz Roja para este fin y en Cartagena en los locales del Centro de Salud (provisional) y posteriormente se trasladará a un solar cedido por el parque de bomberos cartagenero. Se cuenta, a su vez, con tres dispensarios: dos en Murcia, uno en los locales de la Consejería de Sanidad (junto al C.S.M.) y otro en San Andrés dependiente del Ayuntamiento, otro en Cartagena en el centro comarcal de salud. En el resto de la Región serán los encargados de atender esta patología los equipos de Salud Mental. Para finales de 1985 está previsto abrir una Comunidad Terapéutica (granja), de la que todavía no se sabe bien

²¹³ "Dos centros de rehabilitación, desde el 1 de junio". La verdad, 14/05/1985. Página7.

su futura ubicación. El presupuesto para Murcia de este plan de drogas será de 123 millones de ptas. para 1986.

El P.R.I.D.²¹⁴ es el primer documento que encontramos que organiza y planifica la atención a las drogodependencias en la Región de Murcia, publicándose, incluso, unos meses antes que el Plan Nacional de Drogas (julio de 1985)²¹⁵. Dicho plan genera, por otro lado, una escisión entre los recursos de Drogas y de Salud Mental, que empezaron unidos, ya que ambas comienzan a financiarse por vías distintas: una recibiendo gran parte de la suya por medio del Plan Nacional sobre Drogas y la otra por la Comunidad Autónoma exclusivamente.

Hay, también, que resaltar la variopinta procedencia del personal que nutrió a la incipiente red de drogodependencias: desde ONGs (Cruz Roja, Caritas), Asociaciones (AREMUPD), Ayuntamientos, Consejería de Sanidad, y la Universidad. Ver Tabla 45 (Financiación y redes).

Los criterios básicos que se siguieron fueron los siguientes: coordinación amplia de todos los recursos, multidisciplinariedad, incentivación del trabajo en equipo y en servicios comunitarios, integración de la mayoría de las Instituciones participantes en torno a una única estrategia, dos niveles de gestión: servicios asistenciales gestionados desde el ámbito autonómico y los servicios de prevención y reinserción gestionados a nivel local; y por último garantizar la continuidad de cuidados del paciente drogodependiente sea cual sea el ámbito administrativo que lo gestione²¹⁶.

Siguiendo el Plan Nacional sobre Drogas, en lo que respecta a la prevención se dejó a manos de los Ayuntamientos, aunque con coordinación desde el PRID, y así también con la reinserción. Dejando a la red ambulatoria las tareas de asistencia y rehabilitación.

El centro o eje de la actividad asistencial será el CAD, así como el CSM lo es para la paralela red de Salud Mental, a partir del mismo la demanda será estudiada, decodificada y reorientada para lograr comenzar un tratamiento de

²¹⁴ Programa Regional de Intervención en Drogodependencias. Comunidad Autónoma de Murcia. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Dirección Regional de Asistencia Sanitaria. 1985.

²¹⁵ Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Servicio de Publicaciones. 1985.

²¹⁶ Memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1986. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. 1987. Capítulo relativo a Murcia.

drogodependencias o al menos orientar y asesorar a las personas o instituciones que quieran saber sobre la actividad y el trabajo del centro.

La actividad asistencial se divide en varias fases designadas por orden alfabético:

- A. Fase de acogida. Tiene un mes de duración aproximadamente. Tiene como misión la obtención de datos y material suficiente sobre el usuario como para poder operar un despistaje en la demanda y poder ofertar el tratamiento adecuado. En esta fase los profesionales se dedicarán a informar, asesorar, historiar, estudiar la motivación, calmar la ansiedad en la familia, hacer un reconocimiento médico exhaustivo, aclarar diagnóstico, y seleccionar el programa adecuado con la correspondiente asignación de terapeuta/responsable del caso (en los grupos interfamilias). Hay 5 salidas de esta fase: a programa de tratamiento ambulatorio, a C.T., a programa de mantenimiento con metadona, a programa de tratamiento puntual o la derivación del caso a otro dispositivo.
- B. Fase de desintoxicación. Se asignará terapeuta y se distribuirá la información recogida. La familia podrá acudir a los grupos interfamiliares. En esta fase se expondrá y acordará con la familia y el paciente el contrato terapéutico, se explicará la forma de desintoxicación, se darán citas con internista y fisioterapeuta. En esta fase tendrá una importancia especial lo puramente médico-corporal. Se usará la unidad de desintoxicación hospitalaria cuando esté indicado por riesgo de la propia desintoxicación ambulatoria.
- C. Fase de deshabitación. En esta fase ya existe una vinculación al CAD y un estado de estabilización ya que el paciente está abstinente o semi-abstinente, a la par que una familia descargada de angustia y con un nivel de cooperación relativo con el CAD. Los objetivos en esta fase son la profundización del proceso socio y psicoterapéutico, recuperación de los hábitos normalizados del paciente y la puesta en marcha de las bases para una reinserción sociolaboral. En esta fase habrá grupos psicoterapéuticos semanales integrados por, como máximo, ocho pacientes, grupos de discusión, de tarea, grupos taller,

grupos familiares, interfamiliares, sesiones psicoterapéuticas individuales...

D. Fase de reinserción social. En este período el paciente comienza a despegarse progresivamente del programa y a instalarse de forma activa en su medio.

El PRID describe claramente los criterios para el paso a cada fase, las funciones de los profesionales en cada una de ellas, incluso aporta los esquemas de historias clínicas, contratos terapéuticos y fichas para usar en las distintas fases y recursos y la forma en la que han de comunicarse los profesionales. Se indican, asimismo, los criterios de exclusión del programa: agresiones, actividades delictivas, no cumplimiento de normas básicas, etc. También se da una orientación farmacológica para la fase de desintoxicación y de abstinencia diferenciada por tóxico y las instrucciones para los pacientes en la fase de desintoxicación.

Los primeros centros en abrirse serán el CAD de Murcia y el de Cartagena en 1985. A finales de ese año se abre la Comunidad Terapéutica "Coto Salinas", y el año siguiente el CAD de Yecla y Lorca.

El equipo asistencial de partida tuvo que formarse en un cursillo de formación en drogodependencias de 15 días de duración y fue el siguiente, ver Tabla 46:

1985	Méd	Psic	Psic	AS	ATS	Aux	TO	Farma	Fisio	Total
CAD Murcia	2		3	1	1	1	1			9
U. desintoxicación*	1							1		2
CAD Cartagena		1	2	1	1	1	1			7
C.T. (operadores)	1		6			2			1	10
										28

Tabla 46. Personal de la red de atención a drogodependencias en 1985: Médicos, Psiquiatras, Psicólogos, Asistentes Sociales, Auxiliares Técnicos Sanitarios, Auxiliares de clínica y psiquiátricos, Terapeutas ocupacionales, Farmacéuticos, Fisioterapeutas.*Compartidos con otros servicios. Fuente: P.R.I.D.

El PRID define dos tipos de roles para su personal:

- Institucionales: aquellos referidos a la estructura del PRID, tanto en su organización como en su funcionamiento, como el de coordinador de un centro.

- Profesionales: aquellos referidos a la práctica específica de cada uno de los profesionales en cada momento y espacio del PRID, como terapeuta (psicólogos, médicos y, en algunos casos, asistentes sociales), internista, ATS, Terapeuta ocupacional, asistente social, auxiliares, operadores de base y terapeutas de exterior.

Otro de los apartados del PRID será la prevención y promoción de la salud en este ámbito con diversas actuaciones en cuanto a educación para la salud, tratamiento de textos publicitarios, actividades y medidas legislativas, etc. Y otro apartado la escuela de formación del PRID que dirigirá sus actividades a los trabajadores del PRID, voluntarios que puedan acceder al programa según las necesidades, técnicos que forman la escuela y la formación a la población general. La escuela tendría un carácter esencialmente científico y tratará de actualizarse lo máximo posible. También especifica los criterios de formación y su itinerario de los alumnos en prácticas.

Para el registro de datos y evaluación continuada de la intervención se sirve de: un registro de movimiento diario de los CAD, encuestas socio-epidemiológicas de la realidad en la que está inmerso el programa, un registro acumulativo de drogodependientes de la región y estudios de prevalencia/día en hospitales generales y psiquiátricos de la región de Murcia de drogodependientes.

Dentro del PRID se establecen la frecuencia de las reuniones intra-equipo, de coordinadores de dispositivos del PRID, y de todos los trabajadores del PRID una vez al mes (incluidos Cartagena y Yecla).

Se resalta el requisito del enfoque *psicosocial*, siendo necesario evitar tratamientos parciales y aislados, así como evitar la excesiva medicalización del modelo (obsérvese la evitación del prefijo bio- en psicosocial). Esto, como veremos más adelante, provocará numerosas críticas a la excesiva psicologización del modelo y carencia de ciertos tratamientos biológicos como la metadona, que en los comienzos del plan se usaba como tratamiento pero estaba muy restringido su uso hasta unos años más tarde²¹⁷.

En la memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1986²¹⁸, en el apartado de Murcia, se detallan los gastos del mismo en materia de drogas en:

²¹⁷ Entrevista con Bartolomé Ruiz Periago. 16/03/2014.

²¹⁸ Ver nota 172.

MATERIA	ACCIONES	GASTO EN 1986*
Asistencia	CAD, C.T., Unidad de desintoxicación	60
Prevención y promoción de la salud	Cursos para profesionales de la enseñanza, de la salud, trabajadores sociales, asociaciones	6
Reinserción	Coordinación con Ayuntamientos, Asociaciones, centros de enseñanza...	12
Formación	Jornadas de alcoholismo, seminarios y cursos	8
Apoyo al movimiento asociativo	Cruz Roja, AREMUPD, Caritas, AREM, Centro de Orientación Juvenil de Cartagena...	16
		TOTAL: 102

Tabla 47. Gasto del Plan Nacional sobre Drogas en Murcia en 1986. *En millones de ptas.

Hay que tener en cuenta que junto con la entrada en la democracia se produce, paralelamente, la explosión del consumo de drogas de muy potente efecto destructor sobre la salud como la heroína y la irrupción de una peligrosa pandemia: el SIDA. Estos dos factores condicionaron la respuesta política y social a un fenómeno tan incontrolable capaz de generar un importante pánico en la sociedad y por el que muchos jóvenes fallecieron.

El coordinador regional y principal responsable del PRID era Bartolomé Ruiz Periago, psicólogo que durante 1980-1982 había estado trabajando como psicólogo voluntario en Trieste y venía imbuido del planteamiento del modelo comunitario que allí se practicaba (y aún hoy día), es decir, una de las versiones más fieles y coherentes con todos los principios que definen dicho modelo en aquel momento. Por lo cual el modelo, en cuanto a las drogas, en la Región de Murcia es deudor en gran parte de la filosofía del trabajo comunitario triestino, lo podemos ver en la importancia de las reuniones a todos los niveles, la coordinación entre dispositivos, la orientación al trabajo domiciliario, etc.

V.1.2.5.3. Centros

A. Dispensario anti-alcohólico

Abierto en 1971 junto con el CSM de Sanidad en Murcia, pertenecía a la AISNA. La primera consulta era atendida por Juan Romero Tarifa, psiquiatra responsable del servicio de encefalografía del H.P.R.A., posteriormente por M. Galiana y después por Juan López López. Compartía despachos con C.S.M. de Sanidad.

Desaparece en 1985 con la apertura del CAD de Murcia, traspasándose a éste toda su actividad.

B. Centros de atención a drogodependencias

El primer C.A.D. de la Región de Murcia con edificio propio se sitúa en el Club Remo, antiguo club social y de piragüismo, en junio de 1985.

En septiembre del mismo año se establece un equipo similar en Cartagena, compartiendo despachos con el CSM, en el centro comarcal de salud.



Figura 36. Club Remo (1960-1997).

Los CAD estaban ideados para funcionar como centros de día para pacientes drogodependientes, principalmente heroinómanos. En pocos años

perdieron esta función al comenzar a abrirse comunidades terapéuticas en régimen de concierto u organizadas por la Consejería de Sanidad como "Coto Salinas", con ello desaparecieron los terapeutas ocupacionales y se organizaron de forma similar a los CSM.

En un primer momento el planteamiento del trabajo de los equipos era de una importante inmersión comunitaria, ejemplo de esto era que la mayoría desintoxicaciones ambulatorias se realizaron con presencia de personal de enfermería y auxiliar acudiendo a nivel domiciliario, también se favorecía el trabajo con las familias a nivel intrafamiliar e interfamiliar.

Los CAD se ofrecían como servicios anónimos pues el estigma que pesaba sobre los drogodependientes en este momento era muy alto. En 1986 se abre el CAD de Yecla.

En 1987 se abre el CAD de Lorca y a finales de año el de Caravaca. Estos C.A.D. suponen el aporte de un psiquiatra y un psicólogo que se instalarán en el lugar físico que ocupa el C.S.M. y compartirán enfermero y auxiliar con este equipo.

1987	Murcia	Cartagena	Lorca	TOTAL
Acogidas	391	204		
1ª visita	311	185	71	567
Revisiones	3.600	3.391	581	7.572
Rev./1ª visita	11,5	18,3	8,2	
Consulta por Alcohol	113	38	42	
Consulta por Opiáceos	198	145	26	
Consulta por Otros (cocaína)	0	2	2	
% controles tox. negativos a opiáceos	81%	73%	68,3%	
Idem. a cannabis	75%	61,6%	87,6%	
Idem. a cocaína	95%	82%	95,8%	
Idem. a anfetaminas	99%	100%	100%	

Tabla 48. Datos de los CAD de la Región en 1987.

Desintoxicaciones 1987	Hospitalarias	Domiciliarias	Ambulatorias
Alcohol	11	25	44
Opiáceos	40	55	83
TOTAL	51	80	127

Tabla 49. Desintoxicaciones en los C.A.D. de la Región de Murcia en 1987 por tóxico y centro.

Es destacable la gran cantidad de desintoxicaciones domiciliarias que se realizaban estos años (31%).

C. Unidad de tratamiento con opiáceos

La primera se crea a finales de 1987 en el dispensario de la Cruz Roja de Murcia, luego se moverá durante un par de años a las consultas externas del Hospital General y finalmente se situará en el CAD de Murcia. Los siguientes meses se va introduciendo este tratamiento en todos los CAD de la Región. Tras la resistencia inicial a usar los tratamientos con opiáceos (metadona), por motivos ideológicos del equipo que confeccionó el PRID, finalmente se decide, por claudicación, que se podrían usar con cierta precaución por indicación médica desde los CAD.

D. Unidad de desintoxicación hospitalaria

Ubicada en el Hospital General. Constará en 1986 de 5 camas, repartidas en tres habitaciones con una puerta diferenciada del resto del hospital, siguiendo las directrices del Plan Nacional de Drogodependencias. Un médico internista será el encargado de la misma. El equipo de esta unidad se reuniría una vez a la semana con el resto de trabajadores del PRID. Los pacientes serán derivados únicamente por los CAD. Al final del tratamiento hospitalario se someterá a los pacientes a un test de Naloxona con el fin de descartar, taxativamente (sic), la persistencia de derivados opiáceos en sangre.

E. Comunidad Terapéutica Coto Salinas

En Noviembre de 1985 se abre una comunidad terapéutica (C.T. en adelante) al pie de la Sierra de Salinas, municipio de Yecla. Se ubicó en unas antiguas casas de colonos ingenieros que, a principios del siglo XX, se establecieron al pie de la sierra y en ese momento estaban abandonadas.

Se contempla dentro del P.R.I.D. como un recurso terapéutico más, no es el eje central del programa asistencial como en otros programas de intervención en drogodependencias²¹⁹ (sic). En dicho documento se señala también la importancia de las vías de comunicación eficaces entre los distintos dispositivos asistenciales del P.R.I.D. para evitar que la C.T. se cierre y aisle del resto del programa, dadas las expectativas que la C.T. crea en la sociedad.

Para ello el director de la misma asistiría a las reuniones de coordinación y además se realizarán diarios de la C.T., libro de reuniones del equipo, historias clínicas, hijas diarias de seguimiento individual, registro de terapias grupales y libreta de asambleas. El director tendría un papel fundamental en la dinamización del equipo y la agilización del trasvase de información dentro del equipo y entre el resto de dispositivos asistenciales del P.R.I.D.. Las reuniones se llevan a cabo en el C.S.M. de Yecla los jueves por la mañana de 9 a 13,30 h. (todo el equipo excepto los operadores que les corresponda estar de guardia). En dichas reuniones se revisa la dinámica de la casa en cuanto a aspectos domésticos, clínicos, de organización de tiempo libre, revisión de casos, revisión de grupos, revisión de la dinámica propia del equipo, etc. Las guardias se hacen por parejas de operadores sin más presencia de personal. En cada cambio de turno de guardia el turno entrante y saliente se intercambiarán información directa sobre lo ocurrido en el anterior.

Los criterios de selección para la entrada en la C.T. serían: ausencia de recursos familiares y sociales que puedan actuar de sostén en el tratamiento ambulatorio y por lo que lo hagan inviable, pacientes que tengan graves recaídas y que, aún teniendo ese apoyo, no sea suficiente para progresar a nivel ambulatorio. Se definen también los aspectos que prioricen la selección: dificultades de accesibilidad a los CAD, el nivel de cooperación familiar, el grado de desestructuración de la misma, problemática penal, etc.

²¹⁹ Programa de la Comunidad Terapéutica "Coto Salinas". 1985.

Las derivaciones se propondrán en las reuniones del CAD a partir del terapeuta de cada paciente, previa presentación de un informe que lo defienda y describa la situación socio-familiar, la derivación pasará a manos del coordinador de la C.T. que la llevará a la sesión de equipo de la misma, con el fin de analizar el caso y su idoneidad en el momento de la petición de ingreso. El ingreso se realizará desde el CAD acompañando al paciente hasta la C.T. un profesional del equipo de la misma.

Las fases dentro de la C.T. serán:

- Ingreso: se persigue el aislamiento total del exterior, integración en dinámica grupal, potenciar la recuperación corporal, potenciar el autoconocimiento y la capacidad de relación interpersonal, aceptación de las normas, responsabilidades a desempeñar, áreas de trabajo, y el reparto de tareas domésticas.
- Estancia: participación activa y productiva en la dinámica de la casa, responsabilidad en el proceso de integración de nuevos pacientes, asunción de responsabilidades más importantes, organización de turnos y de caja económica, aislamiento parcial del exterior (pueden escribir y recibir cartas).
- Preautonomía: se pueden realizar visitas programadas a la familia, analizar confrontaciones de la realidad familiar, servir de modelo a los demás, desmitificación de la C.T., realismo y crítica con respecto al propio proceso personal.
- Autonomía: se pueden realizar salidas sin programar, delegación de tareas, asesoramiento y supervisión de las mismas, reinserción social, elaboración de la pérdida de la C.T., continuación del tratamiento en CAD, análisis y elaboración de la confrontación de la realidad social.

Se definen las normas de la C.T., los espacios psicoterapéuticos, los grupos dentro de la misma (grupos Gestalt, psicodrama, expresión corporal, grupo dinámico, área de manualidades), tertulias, asambleas, etc. Todas estas actividades están descritas de forma muy precisa dentro del PRID.

En cuanto a los datos asistenciales de 1987²²⁰:

²²⁰ Ver nota 30.

- El número de acogidas fue de 40: 35 varones.
- Número de ingresos: 28
- Tiempo medio de estancia: 3 meses.
- Altas: 34 de las cuales 32% voluntarias y 30% de expulsiones.

V.1.2.6. Movimiento asociativo y sindical

V.1.2.6.1. Profesionales

A. Sociedad Murciana de Psiquiatría

El 16 de Mayo de 1981, la Sociedad Murciana de Psiquiatría se constituye en una Asamblea realizada en la Jefatura de Sanidad. La conferencia inaugural, encargada al ya jubilado pero suficientemente activo e implicado Luis Valenciano Gayá, que posteriormente será publicada en Archivos de Neurobiología con el título "Cronicidad y asistencia psiquiátrica"²²¹. Dicha conferencia tuvo un cierto valor simbólico por introducir la preocupación por la asistencia en los jóvenes médicos y psicólogos residentes que estaban acudiendo a la cada vez más exitosa *escuela de Barcia*, en unos momentos en los que la necesidad y posibilidad de cambio de los antiguos servicios manicomiales era una realidad cada vez más cercana.

En dicha charla podemos observar una amplia disertación acerca de los diferentes tipos de cronicidad y procesos de cronización/cronificación, con exposición de las investigaciones más importantes en ambos sentidos: la cronización propia de la enfermedad y la cronificación o artefacto de los dispositivos asistenciales, la sociedad, la familia, etc. Finalmente acaba la charla analizando por países los intentos de reforma asistencial, demanda constante durante el siglo XX en la mayoría de países desarrollados, y concretándola en España desde Lafora (su maestro) hasta las nuevas formas de exigencia radicalizadas tenidas por fundamentales de la reforma por parte de las jóvenes generaciones, con las que se mantiene crítico por considerar

²²¹ VALENCIANO GAYÁ, L. "Cronicidad y asistencia psiquiátrica". Archivos de Neurobiología. 1982, Vol. 45, No. 2: 91-106.

que dichas demandas, tenidas por fundamentales, ni son nuevas ni tienen en cuenta el pasado de la nosología y asistencia psiquiátrica, y que pueden producir graves perjuicios en los enfermos mentales por precipitación excesiva.

Como podemos ver sus tesis y las de Martínez Pardo están necesariamente emparentadas e influyeron en las de este último, llamando a la prudencia y cautela con el torrente transformador que venía desde la nueva política sanitaria en materia de Salud Mental.

El 27 de Mayo de 1985 se celebra el XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y simposium internacional sobre Antropología médica en La Manga del Mar Menor²²² -Murcia-. Durante el mismo fallece Luis Valenciano de un infarto de miocardio en su casa. El comité organizador está presidido por Demetrio Barcia Salorio. Los temas²²³ que se trataron fueron asistencia psiquiátrica: Morales Meseguer moderó una mesa con Antonio Espino, Francisco Torres, José Guimón y José García, importantes autoridades en este campo relacionado con la Reforma Psiquiátrica por pertenecer a la Comisión Ministerial. Como principios generales del plan de reforma destacó la protección a la salud como un derecho, la salud mental como parte de la salud general, la discriminación de los sistemas de salud mental, Reforma Psiquiátrica vinculada al proceso de Reforma Sanitaria y la trascendencia de la salud mental sobre lo sanitario; Sobre las bases de la Reforma destacó proteger la salud mental de los ciudadanos, la no discriminación por esto, integración de la psiquiatría en el sistema general de salud y modernizarla bajo los principios de la potenciación de recursos no hospitalarios. Antonio Espino destacó el compromiso del Ministerio de Sanidad de incluir en los presupuestos de Sanidad de este año la (mísera) cantidad de 800 millones de ptas. para iniciar la Reforma, de los cuales 100 irán a las Comunidades Autónomas, al mismo tiempo que se ampliará la cooperación con la Organización Mundial de la Salud. Añadió la gravedad de la situación española dado que el 94,5% de los pacientes que acudían al Hospital Psiquiátrico quedaban ingresados. Admitió la escasez del presupuesto pero

²²² "Doscientos especialistas en el Congreso Nacional de Psiquiatría". Hoja del Lunes, 27/05/1985. Página 12.

²²³ "La situación de la asistencia psiquiátrica en España es grave". La verdad, 31/05/1985.

señaló su importancia como reconocimiento de un problema en los Presupuestos Generales.

Terminó con ponencias sobre la enseñanza de la psicología médica y sobre la esquizofrenia.

El año siguiente se organizan las Jornadas de Homenaje a Luis Valenciano en mayo de 1986, presididas por el Presidente de la Comunidad Autónoma de Murcia, Carlos Collado²²⁴.



B. Asociación Española de Neuropsiquiatría

En 1984, viene a Murcia, invitado por el Colegio Oficial de Psicólogos el Presidente de la A.E.N. nacional en ese momento: José García González en una conferencia llamada "Bases para una transformación de la asistencia psiquiátrica" para hablar de las vicisitudes que implica la transformación asistencial (Reforma Psiquiátrica) a través de su experiencia en los hospitales de Oviedo y Santiago de Compostela, que fracasaron por motivos diversos, principalmente políticos. En ella defiende la desaparición *algún día* de los hospitales psiquiátricos ya que allí se conculcar los derechos más fundamentales de los internados y se menoscaba la sensibillidad de quien los atiende. A pesar de esto, refiere que el cambio ha de ser lento y en equipos multidisciplinares. Refiriéndose a los médicos de familia, piensa que si tuvieran formación adecuada del 16% de las personas que acuden que necesitan

²²⁴ "Comienzan hoy las jornadas de homenaje a Luis Valenciano". Hoja del Lunes, 12/05/1986.

atención en salud mental, el 10% los podrían resolver ellos mismos sin que tuvieran que pasar por especialista o llegar a ingresar en un hospital.

En Abril de 1985²²⁵, pocas semanas antes del Congreso Nacional de la otra asociación de profesionales de Murcia, se celebran, una vez más por profesionales afines a la A.E.N. -aunque aún sin constituir su delegación autonómica- en el Colegio Oficial de Psicólogos, las I Jornadas de Intervención en Salud Mental, celebradas en el aula de cultura de una caja de ahorros (Cajamurcia) los días 17-19 de abril. El Presidente en aquel momento del colegio de psicólogos era José Buendía, cuya tesis doctoral relacionada con la puesta en marcha de la reforma psiquiátrica en Murcia ya había aparecido en publicada dos años antes²²⁶. A dichas Jornadas acudieron importantes personalidades responsables de procesos de desinstitucionalización en otros lugares de España y Europa como González Duro (Jaén), Franco Rotelli (Trieste), Pedro Enrique Muñoz (Instituto de Salud Mental de Madrid). El tema principal fue la reforma de la institución psiquiátrica, la formación de los profesionales y los instrumentos de intervención en Salud Mental. También acudió el Director Regional de Asistencia Sanitaria (Martínez Pardo) y asistió al vivo debate que se creó ante el primero de los temas, reclamando acciones similares a las llevadas a cabo en la vecina Albacete. Finalmente explicó el programa que había para la Región y el Dr. González Duro concluyó que los errores se repiten continuamente porque no se analiza, no se aprende de la experiencia y siempre se está partiendo de cero.

V.1.2.6.2. Familiares

A. AFES: Asociación de Familiares de Enfermos Psíquicos

La asociación nace en el seno del Hospital Psiquiátrico promovida por los profesionales del Servicio de Rehabilitación, a su cabeza, el dr. Matías Valverde García.

²²⁵ "El interés por la salud mental, en cuarto creciente". Hoja del Lunes, 22/04/1985. Página 4.

²²⁶ Ver nota 148.

Encontramos numerosas referencias en la prensa^{227,228} a las convocatorias y las reuniones que se realizaron en el hospital, pero donde encontramos información más detallada y de primera mano es en la ya nombrada revista Ambiente, que albergó en su interior una sección a partir de su número 3 para la asociación. Matías Valverde remite un escrito²²⁹ a Línea para explicar los objetivos y gestación de la asociación, en él insta a la familia a colaborar de forma activa en la curación y rehabilitación de su miembro enfermo y a ser un puente entre el hospital y la sociedad. También refiere que se han puesto previamente en contacto con AFES (Madrid, creada en 1967) para conocer sus objetivos y modos de acción los meses previos. Explica que el domicilio de la asociación radica en el Hospital Psiquiátrico pero que esto se trata de algo circunstancial porque se creó allí, uno de los principios era que fuera por completo independiente y autónoma del Hospital Psiquiátrico. Relata como fueron aconteciendo las llamadas a familiares: primero se convocan a 12 familiares que AFES-Madrid había facilitado sus direcciones: acuden 4, posteriormente se cita a los familiares que siguen manteniendo el contacto con los pacientes ingresados en el HPRA (37%): índice de asistencia 25%. 8 personas se ofrecieron voluntarias para la constitución de una Junta Provisional.

Analizaremos las publicaciones de esta asociación en la revista Ambiente:

- **Nº 3** (*primer trimestre de 1980*), está escrito como se va gestando este inicio, como evoluciona, como se legaliza y cuales son sus primeros estatutos. El equipo que integraba el Servicio de Rehabilitación se dedicó a estudiar 3.340 historias clínicas, entre los años 1973 hasta 1979, seleccionar a 1.252 pacientes e invitar a sus familiares -por carta- para hacer o formar la asociación. De estos vinieron el 10%, y finalmente se empieza con 122 socios. Matías Valverde se muestra muy crítico con lo que denomina "familias etéreas" (el 71,8%) que no acuden ni contestan al reclamo.

²²⁷ La verdad. "Reunión de familiares de enfermos síquicos". 10/02/1980.

²²⁸ Línea (Local). "Esta tarde reunión para crear la Asociación de enfermos psíquicos". 13/02/1980.

²²⁹ Línea (Local). "En marcha la Asociación de Familias Pro Enfermos Psíquicos".

Se detallan sus estatutos: en su Artículo 6º, apartado a) dice: *“los fines de la Asociación son: la de ser un órgano de gestión y actividad hacia la Administración pública para que ponga los medios necesarios, a fin, de lograr una asistencia eficaz a los enfermos psíquicos y mentales, que abarque los aspectos médico, pedagógico, jurídico y social, adecuadamente al tiempo actual.”* Otra de las frases con la cual se termina el escrito de presentación de esta asociación que dice: *“Esperamos que esta primera etapa, tan laboriosa, tenga un buen fin y que el comienzo esté lleno de esperanza y realidad y, por encima de todo, que el enfermo mental pueda recoger el fruto de este árbol familiar del que ha brotado”.*

- **Nº 4** (*segundo trimestre de 1980*) se puede destacar el compromiso y, a la vez, la independencia entre AFES y la revista AMBIENTE. Además las dificultades para hacerla de ámbito Regional y la participación de todas las áreas que componen la Región de Murcia. Hay una exposición de criterios del Primer Presidente de AFES.
- **Nº 5**, se diseña el logotipo que lleva la Asociación y el fin del recorrido que ha tenido que llevar para su definitiva legalización y fundamentalmente la llamada de que....*“dejemos de ser los parientes pobres y vergonzantes de todas las enfermedades del cuerpo”.....porque si consiguiéramos todos nuestros objetivos y todo funcionara bien, AFES no tendría razón de seguir existiendo. Ese día, aún muy lejano, sería el primero en romper el cliché de la Asociación y, por fin, respiraría tranquilo al ver que todo iba bien para nuestros enfermos*” así se expresó su Presidente.
- **Nº 6**, comentarios de Tomás Vera, la Madre Superiora del Hospital Psiquiátrico y del Presidente insistiendo en la colaboración y participación de las familias de enfermos mentales.
- **Nº 7** (*primer trimestre de 1981*), carta de M.P. Riquelme a Felipe González y al Rey. Carta de Pedro González donde se pregunta ¿qué hace la Administración?, éste razona que nada y dice: *“el partido político que está en el poder no cumple con la Constitución en este sentido, no menos los partidos de la oposición que tampoco dicen esta boca es mía: solo hacen reivindicaciones para aquellos españoles que están en el*

pleno usos de sus facultades, que son los que les pueden ayudar a presionar".

- **Nº 8**, Información general desde la directiva a sus asociados.
- **Nº 9**, en este número se menciona la presentación de AFES en Jumilla aprovechando las fiestas locales de ese pueblo, al igual que se había hecho en Cartagena mencionado en el nº 5 de la revista. Se denuncia la falta de asistencia de los familiares a las reuniones, solo el 9 % asisten del total de las 172 familias citadas.
- **Nº 10** (*cuarto trimestre de 1981*). En el Colegio de Médicos, durante los días 28 y 29 de noviembre de 1.981, se celebra las primeras Jornadas Nacionales de Asociaciones de Familiares de enfermos Psíquicos con la conferencia inaugural del Dr. D. Luis Valenciano y la asistencia de las asociaciones de la Coruña, Vitoria, Valencia, Madrid y la nuestra. El objetivo común: que la Seguridad Social cubra la asistencia de los enfermos psíquicos y cuyas conclusiones expuestas en este número podrían tener vigencia 23 años después de las mismas, como por ejemplo: presionar a las Instituciones responsables para la creación de Servicios públicos y gratuitos, de prevención, curación y rehabilitación o que la Ley de Integración social del Minusválido contemple la problemática del enfermo mental, etc.
- **Nº 11**, *primer trimestre del año 1.982*. Número secuestrado. Ver páginas 81-82.
- **Nº 12**, Carta del vicepresidente de AFES al Director de la Revista AMBIENTE, en la cual explica que la asociación dejará de colaborar con la citada revista, que son: el secuestro del número anterior lo consideran una censura que no sabían existía sobre la revista, que la asociación es apolítica y arreligiosa y no pretenden ser otra cosa, que no quieren causar problemas a la revista.

Los días 10 y 11 de Octubre de 1982, en Álava, se constituye la Federación Nacional de Familias de Enfermos psíquicos con la propuesta de estatutos.

Las conclusiones son las siguientes:

- Que la Seguridad Social se haga cargo de los gastos de esta enfermedad.
- Instar a las Instituciones responsables que hagan un plan integral.
- El cumplir en los plazos adecuados dichos planes.
- Campañas de sensibilización a la opinión pública del mito de esta enfermedad.
- Además del tratamiento, la prevención y fundamentalmente la Rehabilitación
- Acercamiento de los Centros a la Comunidad (completar Areas o Sectores)
- Que el sistema sea Público y Gratuito.
- Las diferentes Asociaciones, en sus lugares de origen, deben insistir y vigilar el que exista estos planes y fundamentalmente el cumplimiento o realización de los mismos para que la Enfermedad Mental no siga siendo la hermana pobre de la Medicina.

En pocos días aparece un comunicado en prensa²³⁰ local de una nota hecha pública por la Federación reivindicando el control y la participación de la misma a los organismos de las diferentes instituciones de la Administración con ya citado plan de trabajo. En este momento la Federación de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos cuenta con tres asociaciones federadas: Álava, Madrid y Murcia.

B. AREMUPD: Asociación Regional de Murcia para la Prevención de las Drogodependencias

Se crea en 1983 por familiares de personas drogodependientes y por profesionales de la red de salud mental como Bartolomé Ruiz Periago y Julia Bascuñana, que establecen los primeros contactos con Morales Meseguer y Martínez Pardo con la intención de hacerle ver la necesidad de iniciar actuaciones en este sentido. Después se irán añadiendo más profesionales psicólogos, farmacéuticos y médicos a dicha asociación.

²³⁰ Línea (Local). "Las Asociaciones de Familias de Enfermos Psíquicos reivindican la participación en la Federación". 30/10/1982. Página 2.

Tienen que pasar varios meses para que estas demandas tengan éxito, siendo el encargado Martínez Pardo de plasmarlas en la Comisión Regional contra la Droga que será la que inicie el PRID en la Región de Murcia, del que ya hemos hablado.

C. Otros: A.R.E.M. (Asociación de Alcohólicos Rehabilitados de Murcia), Alcohólicos Anónimos, etc.

V.1.2.6.3. Sindicatos laborales

En el H.P.R.A. comenzó a tener fuerza el sindicato UGT, principalmente tras la entrada en su dirección de Concepción Rivera, militante del PSOE y del mencionado sindicato. De hecho, estos años (1980-1983) están marcados por la preocupación por las condiciones laborales y su defensa por parte de la dirección del Centro como podemos ver en el epígrafe de "los estamentos".

En Diciembre de 1982, se desata una polémica en la prensa^{231,232,233,234} que trata sobre las reivindicaciones de los auxiliares, subalternos y cargos especiales del Psiquiátrico (que luego se extiende a los del resto de auxiliares de la Comunidad Autónoma) acerca de sus reducidos incrementos salariales (por debajo del aumento del coste de la vida ese año) y que resulta en un cruce de declaraciones, amenaza de paros y huelgas, reclamación de elecciones sindicales en dichos centros y decisión de no salir a recoger enfermos (con la ambulancia del H.P.R.A.) hasta que no se solucionaran dichas reclamaciones salariales, que, se apoyaban en que los fijos percibían menos sueldo que los nuevos contratados por la Comunidad Autónoma y la retirada de 36.000 ptas. que en concepto de ayuda al sueldo percibían desde hace dos años, que la Consejería entiende ilegales por no aplicarse a todos los funcionarios.

²³¹ "Plante de los auxiliares del Psiquiátrico". La verdad, 24/12/1982.

²³² "Descontento en los auxiliares psiquiátricos". Línea (Murcia). 24/12/1982.

²³³ "Descontento entre los trabajadores sanitarios de la Comunidad". La verdad, 3/01/1983.

²³⁴ "Mientras los políticos se suben el sueldo, a nosotros nos lo rebajan". Línea (Murcia) 4/01/1983.

Seis meses más tarde, se realiza un paro sindical en el Hospital Psiquiátrico secundado por un 70-80% del personal auxiliar y A.T.S. del centro por la misma problemática que perduraba²³⁵.

V.1.2.7. Formación y docencia.

En 1980 la escuela de Barcia se encontraba en su momento álgido, con más de 10 médicos y psicólogos residentes jóvenes en formación que luego sería la generación que iniciaría el trabajo en los CSM: Luís López Sánchez (en 1979), Esther Carrasco, Juan Antonio Aznar, Juan Manuel Soria, Consuelo Molina, Pepa Palazón, Juana González, Pilar Suárez, Juan José Pereira, Javier Rivas, M^a Eulalia Ruiz, José Abellán, Emilio Jiménez, etc. Estos médicos trabajaban mediante becas de formación, el salario era muy bajo por lo que tenían que completarlo con las guardias del Hospital Psiquiátrico que prácticamente estaban en manos de estos médicos becarios.

En febrero de 1981 Demetrio Barcia trae de Madrid a Alejandro Gállego, psicoanalista del Centro Psicoanalítico de Madrid que imparte un seminario sobre psicoanálisis tras el cual unos 18 médicos y psicólogos en formación o que recientemente la habían acabado comienzan el curso de "formación para psiquiatras de orientación psicodinámica" en Madrid, llegando en poco tiempo a ser la Comunidad Autónoma con más miembros formados en dicho centro²³⁶. La primera reunión se realiza en la casa de campo del catedrático. Barcia facilitó la formación psicodinámica de sus alumnos a través de este centro a pesar de no ser psicoanalista y ser más partidario de una visión humanista de la psicoterapia²³⁷.

La formación con Barcia exigía, para la mayoría, dedicación completa (unas 12 horas/día), combinaba la práctica clínica, con la investigación y la lectura de textos teóricos durante la misma. La primera plaza MIR en España se creó en 1979, pero en Murcia no sería hasta 1986, en el Hospital General

²³⁵ "Paro parcial en el Psiquiátrico". La verdad, 3/06/1983.

²³⁶ MUÑOZ PÉREZ, R. "Murcia en la historia del Centro Psicoanalítico de Madrid". Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, nº 23. Año 2011.

²³⁷ Entrevista con Juan Antonio Aznar Moya. 6/09/2014.

(Isabel López Arteché). Durante todo este tiempo y hasta 1989 que se da el caso de que un residente pide rotar fuera del Hospital General, la formación de los mismos queda limitada a dicho hospital y al control de Barcia, siendo ajena el resto de la red al desarrollo de la misma.

En 1984 se destina un millón de ptas. del presupuesto del H.P.R.A., de nueva dotación, para potenciar la formación del personal a través de reuniones, estudios y trabajos técnicos²³⁸.

En cuanto a la formación de los profesionales de la red comunitaria existen numerosos documentos destinados a la formación continuada del personal de la red de Salud Mental comunitaria en estos primeros años sobre historia de la psiquiatría y del modelo comunitario, las funciones de los profesionales y materias clínicas.

V.1.2.8. Atención Primaria

Tras el congreso de Alma-Ata (1978), el ministro Enrique Sánchez de León -primer ministro de Sanidad de la democracia española- crea la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria previo, incluso, a la creación de los centros de salud. Es la primera vez que se crea una especialidad que no tiene referencia en la estructura y funcionamiento sanitario. Es posteriormente, en 1986, cuando se crea la red de Atención Primaria y los equipos que pasarán a trabajar en los ya creados ambulatorios de la Seguridad Social, distintos de los centros comarcales de higiene o las Casas de Socorro municipales, que tenderían a desaparecer al ser ocupados por otros equipos sanitarios, como fueron, en multitud de ocasiones, los equipos de salud mental.

En la formación de los MFyC se comenzaron a incluir temas de psiquiatría (1980).

Se comprueba con el funcionamiento de los CS la necesidad de asesoramiento y presencia de especialistas en psiquiatría²³⁹. Es cuando

²³⁸ Memoria del H.P.R.A. del año 1983.

empieza la conciencia de la psiquiatría y psicología clínica como complemento de la AP, que puede encargarse del 80% de la patología psiquiátrica que llega a sus centros.

Por el Decreto nº27/1987, de 7 de Mayo, se delimitan las áreas de Salud de la Región de Murcia (seis en total).

En las conclusiones del comité de expertos en Salud Mental para la Región de Murcia encontramos una pequeña referencia a la relación entre la atención Primaria (en adelante A.P.) y la Salud Mental en un documento oficial, la cual es la puesta de entrada al sistema de salud siendo la más próxima a la población y a la problemática que presenta. Por esto, la planificación y distribución en la Comunidad de Murcia estará realizada teniendo en cuenta las zonas de salud y la futura ubicación de los centros de A.P. La Salud Mental se considerará, según este modelo, un equipo especializado con funciones de apoyo y soporte técnico al grupo de A.P. Consideran necesario estructurar una relación permanente que permita el desarrollo de programas y funciones conjuntas entre el equipo de Salud Mental y los de A.P. que le correspondan en el entorno de su área.

Los médicos de A.P. podían derivar tanto a las consultas de neuropsiquiatría de zona como a los C.S.M., siendo los primeros su "cauce natural" pues pertenecían a la red ambulatoria del INSALUD y la mayoría de C.S.M. no.

No hemos encontrado ningún otro documento relativo a la coordinación entre la Atención Primaria y los equipos de Salud Mental durante este período, hasta "Bases de la transformación de la Asistencia Psiquiátrica en Murcia".

Posteriormente, el Decreto 53/1989²⁴⁰ de 1 de junio, se aprobó el Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Murcia, que incluye, entre las funciones asignadas a estos equipos, la colaboración en programas de Salud Mental.

²³⁹ Entrevista a Pedro Marset Campos. 3/02/2014.

²⁴⁰ B.O.R.M. de 17/06/1989, nº 138.

V.1.2.9. Financiación y redes asistenciales

Durante este período es destacable la presencia de múltiples redes asistenciales bien por su funcionamiento diferenciado y/o por su financiación particular. De modo que encontramos profesionales en la red de salud mental comunitaria contratados por: AISNA, INSALUD, Consejería de Sanidad, Ayuntamientos, Asociaciones, Cruz Roja, el Instituto Social de la Marina y por la Universidad (ver Tabla 52).

En 1982 el personal del C.S.M. de Sanidad, perteneciente a la AISNA desde 1972 pasa a depender del Consejo Regional de Murcia y posteriormente de la Consejería de Sanidad²⁴¹. Con lo cual a partir de este año deja de existir esta red asistencial.

Como ya hemos visto gran parte del personal facultativo (médicos y psicólogos) estaban contratados por medio de becas para guardias, para formación o de cualquier otro tipo, durante los primeros años 80.

En 1984 ya tiene este presupuesto en el H.P.R.A. 7,6 millones de ptas., 900.000 ptas. menos que el año anterior. En 1985 tendrá lo mismo y en 1987 tendrá 3,6 millones de ptas., paulatinamente irá descendiendo año a año hasta desaparecer.

En varias memorias del H.P.R.A. (1983, 1985, 1988) aparecen juntos ambos presupuestos, algunas veces parciales, de la red de Salud Mental, Drogas y el H.P.R.A., el denominado Programa 412-D, del cual el H.P.R.A. gastó en 1988 el 46% en Capítulo II.

La residencia Luis Valenciano pasará a ser el Programa 313-C. El Programa de Salud Mental asumió pagar el consumo de Luz, Agua, Teléfono y Combustible de ambos centros, por el contrario la residencia Luis Valenciano servía las comidas, vestuario, manutención, laborterapia y la limpieza del H.P.R.A.

²⁴¹ B.O.E. núm. 51, de 1 de marzo de 1982, páginas 5281 a 5300.

No obstante, de toda esta multiplicidad de agentes y redes las dos principales son la Consejería de Sanidad y el INSALUD ya que el resto de entidades representa poco en la contratación de personal (ver tabla 50) y rápidamente tendieron a ceder esta tarea a las dos anteriormente citadas.

1987	C.S.M.	C.S.M.-IJ	Neuropsiquiatras	C.T.	C.A.D.	U.H.P.	H.P. (resto)
C. Sanidad	5	1	0	1	3	2	1
INSALUD	2	1	11	0	0	1	0

Tabla 50. Red de Salud Mental y Drogas en 1987 dividida según su financiación y pertenencia.

En las siguientes tablas podemos ver el tipo y el organismo contratante del personal en 1987.

1987	Psic	Psico	Méd	ATS	Mon	A.Social	Aux.	TOTAL
H.P.R.A.	8	3	2	8	5	1	60	87
H.G.	4	2		8	1		12	27
C.S.M.	7	10	4	3		2	7	33
C. específicos	3	7	6	2		1	2	21
C.D.	2	1		1	6			12
C.T.		2			5		2	8
Cárcel		2	1				1	4
Metadona			1	1			1	3
Adm. sanitaria	3		1				1	5
TOTAL	27	27	15	23	17	4	87	200

Tabla 51. Personal de toda la red de Salud Mental en 1987. Fuente: Comisión de Salud Mental Comunitaria, informe 1988. No elaboración propia.

1987	Psic	Psico	Méd.	ATS	Mon	A. Social	Aux	TOTAL
Consejería Sanidad	24	19	9	22	12	4	84	174
Cruz Roja		2	2	1			1	6
Ayuntamiento		4	3		4		1	12
Asociaciones		1	1		1		1	4
Enseñanza/ Universidad	3	1						4
TOTAL	27	27	15	23	17	4	87	200

Tabla 52. Dependencia contractual del personal de la red de Salud Mental en 1987. Fuente: Comisión de Salud Mental Comunitaria, informe 1988. No elaboración propia.

AÑO S	Red Comunitaria		H.P.R.A.			
	SM**	Drogas	Ingresos	Gasto total	Personal	Resto neto*
1980			28	308,8	174,2	106,6
1981			35	403,8	225,7	177,4
1982			35,3	470	266,2	169,4
1983	436,7		34	548,4	323	192
1984	714,1		48,5	712,4	506,7	254
1985	900	123	45,3	808,1	563	188,8
1986	814,6		15			
1987	578,6		8			
1988	565	110,2	7,6		150**	
1989	661,7	131,6				
1990	861					
1991	913,7		0			
1992	1282		0	620,6		
1993	1131		0			
1994	967,2		0			
1995	1401		0	550	423	
1996	1460		0	680	480	200
1997	1694					
1998	1746					

Tabla 53. Evolución de los presupuestos en Salud Mental. Fuente: Memorias del H.P.R.A., Planes de Salud Mental. A partir de 1987 se deja de contar en el presupuesto el de la Residencia Luis Valenciano. A partir de 1995 se incluyen los presupuestos de la red de Drogodependencias. *Resultado de la resta del total de los gastos: los gastos por personal y los ingresos. **En el presupuesto de Salud Mental se incluyen todos los dispositivos menos las unidades de hospitalización (en 1998 se calcula en unos 250 millones de ptas.), incluido el H.P.R.A (Programa 412-B). Fuente: Plan de Salud Mental para la Región de Murcia de 1995.

Es muy complicado saber exactamente el presupuesto que se ha dedicado a Salud Mental ya que a lo largo de los años se va agrupando en diversos compartimentos (en ocasiones con el Hospital Los Arcos, se escinde del presupuesto la residencia Luis Valenciano), había gastos que no se incluían en las mismas partidas, diversos entes, etc. En la Tabla 53 ponemos datos orientativos, el presupuesto de Drogodependencias venía financiado desde el Estado por el Plan Nacional sobre Drogas.

Según el Plan de Salud Mental de 1995 la disminución del gasto en 1987 se debe a la división con la Residencia Luis Valenciano. El aumento que

existe en 1992 se debe a las obras de remodelación del Pabellón de Subagudos del H.P.R.A.

En 1995, el presupuesto de la Residencia es de 853,5 millones de ptas., siendo aún el único centro de larga estancia de la Región de Murcia para enfermos psíquicos.

V. 2. Segunda etapa 1988-1992

V.2.1. Bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia

En marzo de 1988 se publica lo que se será el primer documento oficial y público de la Consejería de Sanidad en materia de Salud Mental, fruto del trabajo del comité de expertos en Salud Mental, constituido el 1 de julio de 1986 de los que sería el presidente Jose María Morales Meseguer y secretario Juan Antonio Aznar Moya. El documento llevaba confeccionado desde finales de 1986 pero tardó mucho tiempo en publicarse, por motivos desconocidos²⁴².



Figura 37. Portada del documento.

El documento primero hace un sucinto recorrido por los recursos existentes en la Región de Murcia en 1986. A continuación expone los objetivos del programa que se propone, que son:

1. Configurar el nuevo modelo asistencial en el área de Salud Mental que debe ser implantado durante el proceso de reforma sanitaria iniciado.
 - a. Estará referido a una concepción biopsicosocial del enfermar humano.
 - b. Habrá de orientarse a su desarrollo en el ámbito comunitario.
 - c. Debe integrarse plenamente en el sistema sanitario general.

²⁴² Entrevista con Luis López y Juan Antonio Aznar. 17/02/2015.

- d. Propone incluir, junto a las actividades asistenciales, otras de promoción, prevención y rehabilitación en el ámbito de la Salud Mental.
2. Establecer las líneas de actuación que partiendo de la situación actual deben conducir a dicha implantación, teniendo en cuenta la Ley General de Sanidad, en una doble dirección:
 - a. El desmantelamiento progresivo de la estructura asistencial tradicional (el Hospital Psiquiátrico).
 - b. La creación de una red de dispositivos asistenciales alternativos que, integrados en los servicios sanitarios y sociales, cubran totalmente las necesidades de atención en el área de la Salud Mental evitando cualquier tipo de marginación o discriminación.

El siguiente capítulo hace una propuesta de organización de los servicios de atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Murcia. Para la ordenación de estos servicios se propone que haya un órgano gestor que aplique y desarrolle los programas de Salud Mental, con los siguientes criterios:

1. Diferenciación funcional de los servicios, según en el nivel en el que se presten:
 - a. Nivel Primario de Salud: es un aspecto básico del modelo el realizar gran parte de sus actuaciones a este nivel, para ello es necesaria la capacitación previa de los equipos de A.P., con la labor de apoyo de los equipos de Salud Mental. Las funciones del equipo de A.P. serían, según el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica:
 - i. Desarrollar los aspectos psicosociales de los programas generales y específicas de protección y promoción de la Salud.
 - ii. Detección precoz de los problemas de Salud Mental y discriminar el tipo de intervención necesaria en cada caso.
 - iii. Discriminar entre la demanda que puede cubrir A.P. y cual se debe derivar a especializada.
 - iv. Intervención inicial en situaciones de crisis.
 - v. Control posterior de tratamiento y rehabilitación de los pacientes remitidos al equipo especializado.

- vi. Participar en la realización y aplicación de programas de prevención en Salud Mental para toda la población.
- vii. Integrarse en las actividades de formación continuada en Salud Mental.
- viii. Colaborar de forma intersectorial con los equipos de atención de otras áreas, especialmente con los Servicios Sociales comunitarios.

b. Nivel especializado:

i. PROGRAMAS GENERALES

1. **Centros de Salud Mental.** Se caracterizan por gestionar todos los aspectos relacionados con la Salud Mental de un área de Salud, son equipos multidisciplinarios, se consideran el eje de la estructura asistencial de Salud Mental, su dotación de personal dependerá de las necesidades de la población asistida. Sus objetivos serán acercar los recursos materiales y humanos a la Comunidad, coordinar al resto de recursos en sus distintos niveles, desarrollar y aplicar programas específicos y generales para lo cual estarán formados sus profesionales, intervenir en situaciones de crisis en conexión con los equipos de A.P., cooperar con los equipos pedagógicos y sociales de la demarcación, encargarse de la formación continuada en Salud Mental de los equipos de A.P., coordinarse con las unidades hospitalarias y de rehabilitación del área, promover y coordinar campañas de prevención y programas de educación en Salud Mental, realizar trabajos de investigación y epidemiológicos.
2. **Unidades de Hospitalización:** se caracterizan por ser una opción terapéutica de carácter secundario, tanto por su frecuencia como por su dilación hasta que se hayan agotado las posibilidades de tratamiento en el seno de la Comunidad. Deberán estar insertas en hospitales generales, según la legislación vigente. Las camas

estarán entre 15 y 30/Unidad, con un personal máximo de (ver tabla 54):

Psic	Psico	A.T.S.	Aux. psiq.	A.S.	T.O.	Aux. adm.
6	3	9	14	1	1	1

Tabla 54. Personal ideal mínimo para un total de 30 camas.

Cada Unidad se hará cargo de los pacientes que necesiten hospitalización de una o varias áreas de Salud. Los ingresos se realizarán desde los C.S.M. correspondientes o desde urgencias (en este caso se avisará inmediatamente al C.S.M.). Al alta se remitirá a su C.S.M. correspondiente. El objetivo de estas unidades será atender en urgencias y hospitalizar a todos los pacientes que lo precisen, realizar psiquiatría de enlace y psicología clínica, integrando la atención en Salud Mental al trabajo general del Hospital.

3. **Unidades residenciales:** Se configuran como unidades de atención para personas que necesiten cuidados básicos permanentes y que no pueden beneficiarse de forma significativa de un programa de reinserción social. Son el último eslabón de la cadena asistencial, cuando ya se han acabado todas las demás formas de atención. Deben concretarse funcionalmente en relación con cuatro sectores de población:

RESIDENCIAS	Autonomía	Diagnóstico	Edad	Reinserción
Enfermos mentales crónicos	Relativa	-	< 60	Imposible
Deficientes psíquicos	Nula	Retraso mental severo	16-60	-
Psicogerítrica	Relativa	-	> 60	Imposible
Enfermos psíquicos	Grandes inválidos	Psicóticos deteriorados	-	-

Tabla 55. Clasificación de los pacientes según grado de autonomía en los distintos tipos de residencias.

Los objetivos serán realizar la pertinente terapéutica de mantenimiento (según el texto evitando el deterioro físico y mental que la institución puede producir), asistir en relación a las necesidades primarias, potenciar la adquisición de hábitos personales y sociales, acercar al residente a su correspondiente contexto familiar evitando su desconexión total con este ámbito, paliar la pérdida de su relación con el mundo exterior a través de actividades socio-culturales y fomentar la vida de realción social a través de la socioterapia. La competencia de la planificación de estos recursos es de los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

ii. PROGRAMAS ESPECÍFICOS: deberán actuar integrados dentro de la red de Salud Mental y no darán lugar a la creación de centros y recursos asistenciales monográficos, evitando así las redes paralelas.

1. **Infanto-juvenil:** Se basa en que el niño es un ser con personalidad propia, mostrando en su enfermar una patología mental cuya expresión lo diferencia del adulto. Las características especiales de su proceso evolutivo hacen necesario una visión interdisciplinaria que integre los distintos sectores de la vida donde el niño se desarrolla. Cubrirá a la población entre 0-15 años de un área en cada equipo de de Salud Mental. Podrá hacer uso de unas camas, ubicadas preferentemente en los servicios de pediatría del Hospital Comarcal correspondiente y se hará cargo de esta el equipo. Con ámbito regional y de forma transitoria habrá un equipo asistencial sito en Murcia que atenderá los casos remitidos por los C.S.M. que por dificultades de diagnóstico o tratamiento así lo requieran.

2. **Rehabilitación y reinserción social:** la finalidad de estos programas será lograr el máximo nivel posible de recuperación, normalización del comportamiento e integración psicosocial evitando la marginación que supone la pérdida de salud mental, sobre todo en los casos de internamiento en instituciones psiquiátricas tradicionales. Estarán integrados en los distintos dispositivos de Salud Mental del área. Deben procurar una atención continuada y específica a aquellos individuos que lo necesiten a fin de evitar en lo posible su cronificación y su ingreso o reingreso en el circuito hospitalario. Los objetivos son la prevención terciaria sobre las secuelas de la enfermedad psíquica y la desinstitucionalización de pacientes de larga estancia. Buscarán lograr el máximo de adaptación al contexto social mediante la promoción del aprendizaje y progresión laboral, estimular el desarrollo del ocio y tiempo libre, recuperar capacidades perdidas por largos períodos de institucionalización, promover lugares de forma temporal o definitiva donde han de residir los pacientes (pisos, hogares, familias sustitutas o propia, etc.). Evitarán la creación de un sistema propio que provoque el aislamiento y la cronificación.

3. **Drogodependencias:** Se tenderá a que las drogodependencias sean progresivamente atendidas desde la red normalizada de Salud y Servicios Sociales y a la utilización progresiva de las unidades de desintoxicación y/o psiquiatría para tratar otras problemáticas relacionadas.

2. Demarcación territorial de los dispositivos asistenciales con distribución de los recursos y actividades a nivel de los tres espacios que configuran el sistema de Salud: Zona básica de Salud, Área de Salud y Región Sanitaria (en este caso el ámbito de la Comunidad Autónoma). La planificación de recursos debe estar de acuerdo al número de habitantes y distribución

geográfica y a la problemática que la población presenta con mayor frecuencia. Esta propuesta lleva implícita una sectorización, que todavía no existía. Ver Tabla 56.

Ideal	C.S.	Población	Adultos	Infantil **	Drogas **	Rehab.	Person al SM	UPH*	Person al UPH
ÁREA I	7	92.894	1 (I)	1	1	CD	12	HG	35
	7	108.745	1 (II)	1		HD	12	HPRA- AV	35
	10	150.681	1 (III)	1			13	HVA	35
ÁREA II	17	259.364	1	1	1	HD	26	Rosell	34
ÁREA III	6	115.452	1	1**	1	-	11	HVA- Lorca	28
ÁREA IV	5	63.920	1	-	1**	-	9	Murcia- Car	-
ÁREA V	2	47.147	1	-	1	-	8	HPRA- AV	-
ÁREA VI	8	148.457	2	-	1**	-	12	HG	-
TOTAL	62	986.660	9	4	4	3	256	6	167

Tabla 56. Recursos ideales a desarrollar en los siguientes años. *La U.P.H. que va en negrita sería la ideal (AV: U.P.H. en Arrixaca Vieja, U.P.H. en Lorca, Car: camas en medicina interna en el Hospital Comarcal de Caravaca), la otra es la provisional. **Se atenderá el programa específico sin espacio o personal diferenciado (por lo tanto no se contará en el total).

Para el año 1988 estará planificado crear dos C.S.M. y un Hospital de Día en el área I (Murcia), se potenciará y formalizará administrativamente la Unidad de Hospitalización de la Arrixaca, se dotarán de personal completo el C.S.M. y H.D. de Cartagena, se iniciarán las gestiones para abrir la U.P.H. de Cartagena, se creará una residencia para subnormales profundos mayores de 18 años con ámbito regional, y se integrarán los programas específicos en la red general.

Por último la comisión hace unas recomendaciones generales y establece una serie de prioridades para 1988:

- Transformación y desarrollo del Servicio de Salud Mental, que haga posible la estructura orgánica necesaria para la puesta en marcha y desarrollo del modelo propuesto.
- Establecimiento de convenios entre la Comunidad Autónoma y el INSALUD, a fin de conseguir la unificación funcional de los servicios de ambas Entidades y una mejor utilización de sus recursos.

- Coordinación entre las instituciones que intervienen en la Salud Mental.
- Formación continuada para los profesionales que estén aplicando el modelo.
- Creación de un sistema de información y evaluación de los servicios que permita la realización de estudios para la planificación y programación de actividades.

V.2.2. La Ambulancia del Hospital Psiquiátrico

Este servicio venía funcionando antes de 1976 siguiendo el procedimiento de que a petición familiar y a la vista de un Certificado Médico para enfermos psíquicos que consideraba la necesidad de ingreso, y dado el visto bueno del médico de guardia del H.P.R.A., el Jefe de Personal hacía de mediador entre los familiares y auxiliares fuera de servicio que establecían privadamente un acuerdo económico sobre el gasto del traslado, así como del vehículo a utilizar que generalmente era un taxi. La recogida se hacía en contra de la voluntad del enfermo y por la fuerza sin necesidad de recurrir a ningún amparo legal para proteger los derechos de estos pacientes.

A partir de 1976, el procedimiento se llevaría a cabo con la ambulancia propia del Hospital Psiquiátrico y por acuerdo, no concretado en documento alguno entre la Diputación y el personal auxiliar funcionario, estos servicios de recogida de pacientes comenzaron a realizarse dentro de las horas de trabajo, debiendo pagar los familiares directamente al H.P.R.A. las tasas que se establecieron (ver la Tabla 57). La decisión de la salida de la ambulancia era competencia del Médico de Guardia, que, según su criterio al hablar con los familiares, así lo decidiera.

La importancia de este tema, aparentemente banal, es que ejemplifica muy bien todos los conflictos que confluyen en torno a la Salud Mental en este momento: la atribución de funciones entre centros (C.S.M. vs. hospitales y

hospitales entre sí²⁴³), entre estamentos profesionales (conflictos de autoridad), entre distintas instancias (judiciales, médicas, autoridades), las reivindicaciones salariales (el bajo sueldo que cobraba el personal auxiliar hace que este complemento fuera muy cotizado), el tratamiento "especial" a la Salud Mental (favoreciendo la estigmatización de sus usuarios), la peligrosidad supuesta del enfermo mental, conflictos con los familiares²⁴⁴, etc. Haciendo, en resumen, que el principal pagador de todos ellos sea el enfermo mental, seguido de cerca por su familia.

Existen numerosos documentos relativos a la conflictiva que originaba esta actividad, que rozaba con varios principios legales y constitucionales. También era causa de conflicto la remuneración extraordinaria que ocasionaba este servicio, llegando muchos de los consejeros a intentar quitarla y no poder conseguirlo por las reivindicaciones sindicales²⁴⁵.

En la siguiente tabla podemos ver la actividad anual de la Ambulancia.

	Total salidas	Ingresos*	Coste/Aux. /salida	Coste total**	Recogida		LV	Infructuosos	H.G.	Altas
					M	H				
1980	600	229.455								
1981	340	199.511								
1982		233.880								
1986			4.500							
1988	229	47.706			41	181				
1989	231	76.354	5.000	3,5						
1990	233		5.408	3,8	22	168	2	10	10	21
1991	132		6.091							
1992	172									
1996	194								34	

Tabla 57. Actividad anual de la Ambulancia del H.P.R.A. solo completa en 1990. Resto de años datos parciales. * Aportados por la familia de los enfermos que iban a ser recogidos, en ptas. **Para el H.P.R.A., en millones de ptas.

La media de salidas era de 20-22/mes en 1989.

²⁴³ Escrito de Matías Valverde al director gerente exponiendo un conflicto surgido entre los psiquiatras de guardia del H.G. y el H.P.R.A. por un traslado en ambulancia. 1987.

²⁴⁴ "Las urgencias del Hospital Psiquiátrico". La verdad, 19/06/1987. Página 8.

²⁴⁵ Entrevista con M. Galiana Cela. 6/04/2014.

En 1982 vemos un documento del director médico²⁴⁶ (Martínez Pardo) que orienta en la utilización de la ambulancia por los médicos residentes de guardia: se usará para ingresos urgentes de enfermos ingresados en el H.P.R.A. en hospitales generales a cualquier hora, acudir a domicilio de aquellos enfermos que por su gravedad o agitación no puedan ser desplazados por sus familias, para recoger enfermos enviados a hospitales generales desde el H.P.R.A., para recoger enfermos fugados y que cuando sea de otra provincia solo podrá ser enviada por el director médico.

En 1987 encontramos los primeros documentos en los que se plasma la polémica con este servicio. En una instrucción que escribe el director médico²⁴⁷ (y su contestación por parte de la Dirección Regional de Asistencia Sanitaria²⁴⁸) dirigida a todo el personal sanitario del H.P.R.A. en la que exhorta al personal Auxiliar psiquiátrico designado para conducir la Ambulancia a prestar obligatoriamente y sin condiciones (sic) el servicio establecido de recogida o traslado de enfermos. Se saldrá a recoger pacientes que el Juez, por medio de orden escrita, decida su recogida. O bien a pacientes fugados o que el director médico, o en su ausencia, el médico de guardia estime que, por su peligrosidad (sic) sea necesario trasladar. El médico será el encargado de decidir cuánto personal hará falta para el traslado, además cualquier eventualidad deberá ser solventada por el médico competente. Se creará un registro de salidas en el que se indique las horas a compensar por el personal auxiliar. Por el tono de la instrucción podemos ver las desavenencias que originaba entre Auxiliares y la dirección médica el cumplimiento de este servicio.

En 1989, la Dirección Médica realiza un informe dirigido a la Consejería de Sanidad explicitando la problemática que supone este servicio a distintos niveles:

1. Recursos humanos:

- a. Tras la división con la residencia Luis Valenciano, el H.P.R.A. queda con un número mucho menor de

²⁴⁶ Ver nota 162.

²⁴⁷ Instrucción de obligado cumplimiento para todo el personal sanitario del H.P.R.A.. 22/09/1987. Gerencia del H.P.R.A.

²⁴⁸ Normas de funcionamiento de recogida de enfermos psiquiátricos. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios sociales. 14/11/1987. Firmado por Jesús Lozano García. Dirección Regional de Asistencia Sanitaria.

auxiliares y reclamarlos para el servicio de ambulancia en horario de trabajo supone, en ocasiones, quedar *bajo mínimos* (sic). Ver Tabla 58.

Turnos	1986	1989
Mañana	76	20 (11-13 PF*)
Tarde	51	18 (8-10 PF*)
Noche	43	12 (7-8 PF*)

Tabla 58. Nº de auxiliares/turno en 1986 y 1989. *De presencia física.

- b. Al no disponer de chóferes, los Auxiliares Psiquiátricos son los que tienen que conducir la ambulancia, con la ausencia en sus funciones que supone también.
 - c. Cuando el H.P.R.A. es requerido se aduce que el personal es el idóneo pero entre las funciones de los auxiliares de psiquiatría no se cuenta la recogida de enfermos, que el personal sustituto (auxiliares de clínica) no tiene la preparación y experiencia necesarios y que la necesidad de que los auxiliares sean hombres con experiencia limita aún más su disponibilidad.
2. Aspectos organizativos del servicio: en los festivos y turnos de tarde, al no haber supervisor, es el médico de guardia el que tiene que organizar el servicio y esto conlleva problemas, en ocasiones, por no estar especificadas normativamente sus funciones e instrucciones respecto al personal de enfermería.
 3. Aspectos funcionales: aduce que "siendo uno de los objetivos de la reforma psiquiátrica el reducir la hospitalización a los casos en los que superados los otros dispositivos asistenciales se haga estrictamente necesaria, ocurre que si no se regularizan bien las salidas, con una discriminación adecuada puede haber una inflación de admisiones al ser el Hospital Psiquiátrico quien dispone del Servicio de recogida de pacientes y ser presionado desde instancias no estrictamente sanitarias (Servicios Sociales, Policía, Jueces, etc.)". Aquí también hace una crítica a la falta

de sectorización y a los C.S.M. que no atienden urgencias ni hacen visitas domiciliarias.

4. Aspectos jurídico-legales: con la derogación del Decreto de 1931 sobre asistencia psiquiátrica por la Ley 13/1983 de 24 de octubre sobre Reforma del Código Civil en materia de tutela, para el cumplimiento de los artículos 17 y 43 de la Constitución, los internamientos de presuntos incapaces necesitan la previa autorización judicial, excepto en los casos de urgencia. Dicha ley no contempla el cómo ni el quién debe atender las urgencias cuando estas se producen en el domicilio del paciente o fuera de las unidades hospitalarias, en particular en cuanto a su traslado hasta estas.

a. Alude aquí al informe del Comité de Estudio y Recomendaciones Aprobadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, sobre la problemática jurídico-asistencial del enfermo mental aprobado en el Pleno del 13 de julio de 1988, que, en el punto A.2. dice "En cuanto a la intervención domiciliaria y traslado del paciente": La entrada en el domicilio del presunto enfermo mental, sin su consentimiento exige de la autorización previa del juez, salvo los casos de estado de necesidad. La intervención se llevará a cabo cuando sea necesario por las fuerzas de seguridad, de acuerdo a sus responsabilidades en base a la ley orgánica 2/1986, de 13 de marzo; "trasladarán al presunto enfermo mental a la institución para su reconocimiento, y en su caso, hospitalización". Es claro que se refiere a cuando existe peligrosidad por parte del enfermo, como el llevar armas de fuego, etc., pero a juicio del director médico esto no se refiere a cuando no existe dicha peligrosidad y la familia autoriza, o demanda incluso, la entrada al domicilio, como ocurre, por ejemplo, en muchos casos de psicóticos que abandonan todo tratamiento con el subsiguiente empeoramiento clínico y se hace necesaria una

hospitalización urgente. Así pues, existe un vacío normativo en dichos supuestos afirma, incluso en el ámbito de las competencias sanitarias.

- b. La ley general de sanidad enuncia el principio de atención integral a la salud, y sienta las bases de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, con equiparación del enfermo mental a los demás enfermos. Aunque, por otra parte no se ha producido el desarrollo normativo que indican las disposiciones finales, para "aclarar, regularizar, armonizar y refundir" una serie de leyes y decretos relativos a la asistencia psiquiátrica, como son el punto 3 de la disposición final 2ª y los puntos 7 y 9 de la disposición final 5ª por lo que a su juicio es la comunidad autónoma y el futuro servicio regional de salud el competente en la atención de las urgencias psiquiátricas siguiendo los principios del informe ministerial para la Reforma Psiquiátrica de Abril de 1985, la asistencia psiquiátrica de urgencia debe estar integrada dentro del sistema general de urgencias, estando el servicio de urgencia específicamente psiquiátrico únicamente como apoyatura de los servicios de urgencia generales y estructurado con la participación del conjunto de profesionales de Salud Mental del área.
 - c. Durante los dos años que ocurren entre el informe de 1987 y éste se han dado lugar varias situaciones de conflictividad con las Autoridades Judiciales, Estamentos Sanitarios, y con las Autoridades Gubernativas por la problemática que este servicio conlleva.
5. Situación en otras comunidades autónomas: afirma que tras hablar con numerosos responsables de Salud Mental de toda España la situación es muy variada, aunque la línea general es que las ambulancias de los hospitales psiquiátricos tengan solo un uso interno para traslados a otros hospitales y no para

recoger enfermos. Refiere que en algunas provincias existen convenios con Cruz Roja para este cometido (Segovia, Alicante...) y en otras no existe (Asturias, Valencia, Pontevedra...) siendo estas urgencias atendidas por los Servicios de Urgencia del INSALUD, en ocasiones interviene la Policía o Guardia Civil, sin ningún criterio claro.

Como conclusiones a su informe apunta que debe decidirse si merece la pena continuar con este servicio desde el Hospital Psiquiátrico y no desde los Servicios de Urgencias del INSALUD, de continuar el H.P.R.A. deberían tenerse en cuenta los graves problemas de personal que plantea ya que merma los Servicios Psiquiátricos debiendo incluirse A.T.S. e incluso personal facultativo para esto, deberían separarse claramente los aspectos jurídicos de los exclusivamente clínicos, debería iniciarse un proceso informativo al ámbito judicial, Atención Primaria, Hospitales, etc., se debería clarificar la sectorización de las unidades hospitalarias y establecer las funciones de dicho Servicio de atención a urgencias psiquiátricas, regulando los aspectos técnicos, legales, administrativos y económicos del mismo.

Seis meses más tarde se convoca un reunión en la Audiencia Provincial²⁴⁹ en la que se invita al Consejero de Sanidad (Miguel Ángel Pérez-Espejo), al Director General de Salud (Pedro Parra Hidalgo), al Coordinador de los Servicios de Salud Mental (Tiburcio Angosto Saura), al director médico del H.P.R.A. (M. Galiana Cela) y resto de Autoridades Judiciales (Decano, Presidente de la Audiencia, etc.) y de la Policía y Guardia Civil. Se convoca para discutir la problemática derivada de la intervención y traslado de personas en las cuales hay sospecha de trastorno mental, y que provocan graves alteraciones sociales, en algunos casos con peligrosidad y riesgo para otros y/o para él mismo. En dicha reunión se concluye que:

- 1) la Policía debe intervenir prioritariamente en aquellos casos que haya problemas del Orden Público a pesar de que exista sospecha de trastorno mental, cuando éste paciente no sea conocido ni haya estado en alguno de los C.S.M. o en el H.P.R.A. El paciente debe ser visto por un médico, bien del Servicio de Urgencias General más

²⁴⁹ Acta de reunión en la Audiencia Provincial, del 26/06/1990.

cercano, bien el Médico de Cabecera, los cuales tratarán de delimitar las características de la sospecha de la enfermedad mental y, si es necesario, lo remitirán para valoración a los C.S.M. o al psiquiatra de guardia del H.P.R.A. para tratamiento o ingreso, si procede, cuando sea fuera del horario de los C.S.M.

- 2) El traslado al H.P.R.A. para lo anteriormente dicho, puede ser hecho bien por las Fuerzas de Seguridad, Policía Municipal, etc. dependiendo de donde provenga o bien por las ambulancias de los Servicios de Urgencias y/o Cruz Roja y si fuera necesario, por la del H.P.R.A., siempre que corresponda a la sectorización de las hospitalizaciones psiquiátricas.
- 3) Cuando se trate de un paciente conocido en toma a cargo o que se encuentre en tratamiento por alguno de los equipos de Salud Mental y del H.P.R.A., estos deben intervenir cuando sean requeridos por las Fuerzas de Seguridad y siempre que la crisis del paciente no revista peligrosidad física o ésta haya sido ya controlada por dichas Fuerzas de Seguridad.
- 4) La intervención del personal y la ambulancia del H.P.R.A. será responsabilidad del Director del Centro, médico de guardia o médico en quien deleguen (médico competente en ese momento). Dicha ambulancia, con el personal consiguiente, solo debe ser utilizada bajo criterios clínico-asistenciales.

Por último, añade que en caso de extrema necesidad, justificada por facultativo correspondiente, los juzgados podrán solicitar la intervención del personal y ambulancia, mediante consulta telefónica previa con los responsables del H.P.R.A. y siempre que se ajusten a la sectorización de hospitalizaciones.

El último documento que encontramos en relación a este polémico servicio es una normativa que envía el Director General de Salud (Pedro Parra) al Director del H.P.R.A.²⁵⁰.

²⁵⁰ Normativa para recogida de pacientes por medio de ambulancia. Conclusiones de la reunión entre el Excmo. Sr. Presidente de la Audiencia y el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad. 3/08/1990.

El H.P.R.A. deberá de realizar la recogida de la información por medio del médico competente en ese momento y/o Director de Enfermería dejando por escrito constancia de la demanda.

La evaluación de la información que decidirá el sentido de la actuación debe tener en cuenta que:

- A. Sólo se atenderán demandas de pacientes conocidos, que se definirán como:
 - a. Aquellos que han sido dados de alta recientemente (< 1 año) que estén en tratamiento ambulatorio en cualquier C.S.M.
 - b. En proceso de reinserción social que lleven más de un año de alta.
 - c. En toma a cargo. Aquellos que no tienen soportes socio-familiares o estos son muy precarios, o la psicopatología lo requiere, por lo que los servicios se hacen cargo de todo lo que compete a su tratamiento y problemática social.
- B. Debe haber tenido contacto previo con el C.S.M. correspondiente. Si no es así y si existe la posibilidad, habrá que remitirlo a estos para valorar "in situ" la necesidad de intervención.
- C. Debe precisar una valoración de urgencia siguiendo criterios clínicos:
 - a. Si no es urgente, remitir al C.S.M. al día siguiente.
 - b. Si es urgente:
 - i. Tratar de asegurar la intervención sanitaria más cercana y que sea trasladado por la familia y/o Ambulancia o Policía Municipal y/o Cruz Roja.
 - ii. Si hay violencia o peligro, deben intervenir las Fuerzas de Seguridad, aunque se puede colaborar en el traslado si es paciente con las características de "conocido".
 - iii. Si se decide la intervención debe asegurarse que los servicios intrahospitalarios queden cubiertos

con 3 Auxiliares de Psiquiatría en Agudos, 3 en Subagudos y 2 en Alcoholismo.

- iv. En caso de realizarse intervención no normalizada, se justificará con documento escrito de forma urgente.

En 1994, en el Plan de transformación del H.P.R.A. aparece que el Servicio de recogida de enfermos debe ser asumido por el INSALUD, como en otras comunidades. Propone también que otros servicios normalizados de recogida de enfermos serán realizados por Cruz Roja o Policía Nacional y Municipal cuando exista alteración del orden público y orden judicial al respecto.

Tras este documento no encontramos ninguno más que hable específicamente de este servicio, hasta 1995 donde se planea su cierre en el último Plan de Transformación del H.P.R.A., situación que no llegó a suceder. No obstante, nos consta que la problemática continuó hasta la aplicación de unos requisitos más restrictivos para solicitarla en 2008, con lo que quedó con una utilización marginal.

V.2.3. El fallido Plan de Salud Mental de 1989

En 1989 se termina de elaborar el que hubiera sido el primer Plan de Salud Mental de la Región de Murcia pero que no llegó a ser publicado, por discrepancias entre la Dirección General de Salud y los miembros de la Unidad Técnica, pero fue tenido en cuenta por los subsiguientes coordinadores/Jefes de Área de Salud Mental.

En dicho Plan²⁵¹ se organizan por primera vez los servicios de Salud Mental a nivel central, estos estarán dentro de la Dirección General de Salud (en adelante D.G.S.), a diferencia de los años anteriores que habían pertenecido orgánicamente a la de Planificación y Asistencia Sanitaria. LA D.G.S., a través de la Dirección de Servicios de Salud Mental, ejercerá las funciones de dirección, planificación, programación y evaluación de todas las

²⁵¹ Documentos para la elaboración del Plan de Salud Mental de 1989. Consejería de Sanidad. Unidad Técnica de Salud Mental.

acciones y servicios de Salud Mental dependientes de la Comunidad Autónoma. Del director de los Servicios de Salud Mental dependerán jerárquicamente:

- Los componentes de la Unidad de planificación, gestión y evaluación: estará formada por técnicos superiores que actuarán como asesores del Director de Servicios, en las funciones de planificar actuaciones, elaborar y desarrollar programas de Salud Mental, así como coordinarlos y evaluarlos, encargarse de la formación e investigación y apoyo administrativo -para lo que se necesitarán dos auxiliares administrativos-.
- el Director del H.P.R.A.
- Los Coordinadores de los Equipos de Salud Mental Comunitaria, Unidades Específicas y Hospitales de Día: designados por el consejero de Sanidad, a propuesta del equipo, entre sus titulados superiores, durante un período de dos años, pudiendo ser renovado posteriormente por períodos iguales de tiempo. Dependerán jerárquicamente del Director de los servicios de Salud Mental. Sus funciones serán:
 - asumir la representación oficial del equipo,
 - asumir la jefatura de personal del equipo,
 - asumir la gestión económica de los recursos asignados al centro,
 - garantizar la programación, organización y coordinación de las actividades del equipo de las actividades del equipo, mediante la participación de sus miembros y la adecuada utilización de los recursos humanos y materiales que estén dentro de su competencia.
 - asegurar la adecuada relación y coordinación del centro con otros servicios e instituciones del territorio asignado.
 - garantizar el proceso de evaluación periódica de las actividades realizadas.
 - garantizar que los programas de actividades del equipo se ajusten a los planes generales establecidos por la consejería de Sanidad.

- facilitar y promover las actividades de formación e investigación que se programen.

Asimismo dependerán funcionalmente los Jefes de Servicio de las U.P.H. de los hospitales generales.

El Director de los Servicios de Salud Mental dependerá directamente del D.G.S. y ejercerá la jefatura directa sobre todos los directores, coordinadores de equipos, unidades, programas y hospitales, que conformen la red de servicios de Salud Mental, dependientes de la Comunidad Autónoma.

Sus funciones serán la planificación, programación y organización de estos servicios, su evaluación permanente mediante los sistemas de información de los programas desarrollados, coordina las distintas acciones asistenciales, las relativas a docencia, investigación y formación del personal asistencial, así como coordinar y asesorar a las distintas instituciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma, de esta con las del Estado, y con las de otras Comunidades nacionales e internacionales.

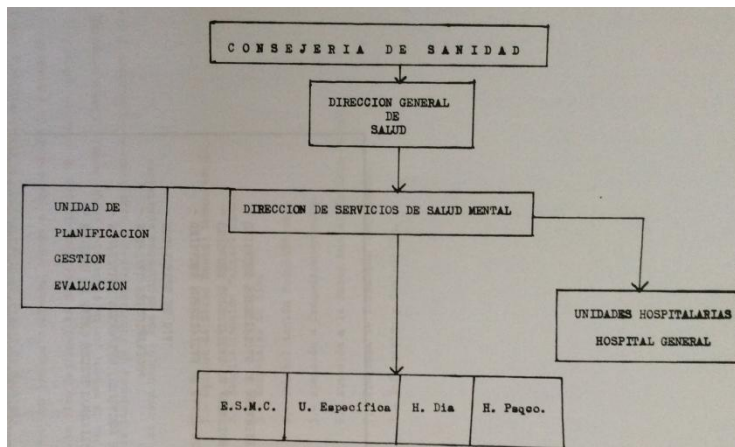


Figura 38. Nuevo organigrama para los servicios centrales de Salud Mental en Murcia. 1989.

En los siguientes capítulos define y describe las funciones que deberán poseer cada recurso asistencial de la red, haciendo especial hincapié en los Centros de Salud Mental como nuevo eje de la asistencia en Salud Mental.

1. Equipos de Salud Mental:

- Características:** en este apartado los define como equipos multidisciplinares que se sitúan en un nivel secundario o especializado en el nivel asistencial, con lo cual se acaba con la situación anterior que los consideraba equipos primarios de salud al

aceptar demanda libre. Son gestores de todos los aspectos relacionados con la Salud Mental de un área de Salud.

b. Funciones:

- i. Apoyar y asesorar a los equipos de A.P. mediante la elaboración de programas y protocolos comunes, interconsultas, consulta especializada, realización de actividades docentes y de supervisión.
- ii. Atender a los pacientes remitidos desde el nivel primario.
- iii. Indicación y control de ingresos de pacientes del área en la unidad de hospitalización correspondiente.
- iv. Control post-cura de los pacientes dados de alta en las unidades de hospitalización que requieran cuidados especializados.
- v. Prestar apoyo a los servicios de urgencia y a la intervención en crisis.
- vi. Apoyo asesoramiento y cooperación dentro de su territorio con otras unidades asistenciales, sociales y educativas, relacionadas con la Salud Mental.
- vii. Diseñar programas, realizar y evaluar programas de prevención y educación.
- viii. Participar en los programas de rehabilitación y reinserción de enfermos psíquicos crónicos del área, que se encuentran o procedan de otras instituciones.
- ix. Participar en los programas de docencia pre y post-graduada, así como en la investigación en temas relacionados con la Salud Mental.
- x. Recabar la colaboración de los equipos de A.P. y Servicios Sociales.
- xi. Participar en los órganos de representación para los que haya sido designado cada miembro del equipo.
- xii. Prestar la adecuada atención al usuario de los servicios, según las normas éticas y deontológicas y garantizando escrupulosamente los derechos de la persona así como la confidencialidad de la información.

xiii. Remitir a la Dirección de los servicios de Salud MEntal la información y documentación en la forma establecida, así como realizar la memoria anual de actividades.

- c. **Estructura:** define los espacios dentro del C.S.M. dando indicaciones, incluso de los metros de los que debe constar cada despacho. Dicha estructura debe estar orientada a "crear equipo" debiendo potenciarse la existencia de salas de juntas, espacios de uso común, espejos unidireccionales, etc. Advierte que los centros muy grandes tienen el riesgo de cerrarse en sí mismos en detrimento de sus funciones de coordinación con otros entes.
- d. **Horario:** debe cubrir el máximo de tiempo posible (mañana y tarde) y en cualquier caso debe ser el adecuado a las actividades que se programen. Siempre que la actividad asistencial esté cubierta se realizarán actividades de formación, prevención, investigación y labores comunitarias.
- e. **Recursos:** personal estimado de cada unidad de Salud Mental.

C.S.M.	Psiq	Psico	ATS psiq	T.Social	Aux. admin.
Adultos	50.000	50.000	50.000	/Equipo	/Equipo
Infantil y Drogas	150.000	150.000	150.000	/Equipo	/Equipo

f. **Tareas:**

i. Psiquiatra

1. Atención especializada al sector de la población que le corresponde, en régimen ambulatorio y domiciliario.
2. Indicación de hospitalizaciones y derivación de pacientes a otros especialistas y centros.
3. Participación en interconsultas y sesiones clínicas con los equipos de A.P.
4. Intervención en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la salud mental.
5. Cumplir los protocolos diagnósticos-terapéuticos establecidos por el equipo.

6. Colaboración en las actividades de formación pre y post-grado, continuada y de investigación establecidas por el centro.
 7. Colaboración en las tareas administrativas, elaboración de estadísticas, memoria, etc.
- ii. Psicólogo: las mismas funciones que los psiquiatras exceptuando los puntos 2 y 4.
- iii. A.T.S.
1. Establecer el primer contacto con el usuario, a través de la elaboración de la historia de acogida, valorando la urgencia de la demanda y establecimiento de la citación.
 2. Colaborar en el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos en el centro mediante visitas domiciliarias o desde el propio centro.
 3. Realizar visitas domiciliarias para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y administrar tratamientos.
 4. Administrar tratamientos en el C.S.M.
 5. Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de A.P. y en los programas de prevención y promoción de la Salud Mental.
 6. Colaboración en las actividades de formación de enfermería en pre- y post-graduados, continuada y de investigación establecidas en el centro.
 7. Igual que punto 7 de los psiquiatras.
- iv. Trabajador Social
1. Realización de la historia social del paciente que acude por primera vez al centro.
 2. Coordinar las actividades de trabajo de la Comunidad estimulando su participación y cuidando los canales de comunicación entre el centro y la población.

3. Promover el trabajo en equipo y coordinación con otros trabajadores sociales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos y servicios sociales de la zona.
 4. Colaboración en el control y seguimiento de enfermos crónicos en la Comunidad, así como en el diseño y participación del programa de rehabilitación.
 5. Informar y orientar a pacientes y familiares para la mejora de sus situaciones problemáticas.
 6. Igual que punto 5 y 7 de los A.T.S.
- v. Auxiliar Administrativo
1. Información a usuarios, recepción, admisión y atención al teléfono.
 2. Control de citas y consultas.
 3. Cumplimentación de fichas y datos administrativos el paciente.
 4. Preparación, cumplimentación, recogida y remisión de la información estadística.
 5. Tramitación de las distintas situaciones administrativas del personal del centro.
 6. Realización de las actividades de secretaria del centro.
 7. Garantizar y controlar el suministro de material.
 8. Llevar el control económico y contable.
 9. Aquellas otras tareas que le pueda asignar el coordinador del centro.

Es destacable la importancia que se le concedía en las funciones de los psiquiatras y, en especial, A.T.S. a las visitas domiciliarias.

- g. **Vías de acceso:** desde los servicios primarios de salud, principalmente. No se atenderá a los pacientes que vienen por iniciativa propia en el centro, se les remitirá a A.P.
- h. **Acogida:** se justifica como elemento informativo pero también terapéutico. El personal que las haga debe estar formado en técnicas de entrevista, psicopatología y técnicas de intervención adecuadas:

patología somática, hábitos de consumo y determinadas conductas a precisar. Habrá una historia de acogida con apartados predeterminados a rellenar en dicha entrevista. Algunos programas específicos de intervención como psicóticos crónicos, judiciales, etc. se harán con modelos diferentes de actuación. Este modelo de acogida se copió del que se venía haciendo en los C.A.D.

- i. **Reuniones de Equipo:** el trabajo en equipo es un modelo de funcionamiento y un instrumento operativo, en razón de su agilidad, rentabilidad, organización, promoción de ideas, eficacia, etc. La labor asistencial del equipo debe ser sometida a una evaluación cuya metodología debe ser ofrecida por la unidad de evaluación del servicio de Salud Mental. Dentro de la dinámica del equipo se plantean tres tipos de reuniones:
 - i. Interconsultas.
 - ii. Reuniones de equipo: Se realizarán a diario, a última hora, se valorarán las derivaciones de las acogidas, se analizarán los problemas surgidos en la asistencia, del centro, modificaciones de programas, movimiento asistencial.
 - iii. Sesiones clínicas y bibliográficas.
 - j. **Articulación con unidades de internamiento:** cuando se remita a un paciente al hospital para internamiento el equipo informará al médico de guardia de dicho hospital sobre el ingreso del paciente, para que sea esperado y disminuir la ansiedad de éste al mantenerse la continuidad de la atención, así como valorar conjuntamente la pertinencia del ingreso. En el momento del alta, se realizará un contacto desde el hospital con el equipo del C.S.M. y su unidad de referencia para informar del alta y solicitar cita. Se potenciarán reuniones en forma de sesiones clínicas entre ambos, como mínimo mensualmente, en las que se presentarán casos clínicos, trabajos concretos e información cruzada sobre pacientes remitidos.
2. Hospitalización psiquiátrica: siguiendo lo contemplado en la Ley General de Sanidad.
- a. **Hospital Psiquiátrico.** Para acabar con la función custodial y de asistencia social a sectores marginados de la población la, entonces

Dirección Regional de Servicios Sociales (ahora Consejería) se comenzó a ocupar de estas personas en un intento de despsiquiatrizarse estas funciones y poner énfasis en los aspectos y soluciones sociales de las mismas. Se realizó un estudio pormenorizado de cada individuo de acuerdo a sus posibilidades de reinserción social para decidir cuales tendrían que acabar pasando a la residencia Luis Valenciano. Para el H.P.R.A. se marcan los siguientes objetivos:

- i. Traslado de la de U.P.H. a un hospital general haciéndose cargo de los internamientos de un área concreta.
 - ii. Cierre de la Unidad de Alcoholismo integrándose en el resto de dispositivos.
 - iii. Creación de una unidad de rehabilitación basada en los dispositivos de Centro de Día y unidad de media estancia que, bajo una dirección común, se oriente a la atención de pacientes crónicos con déficits psicosociales acusados pero con posibilidades de reinserción. En esta unidad no se realizarán ingresos directamente, estando estos programados a partir de las propuestas que desde los otros dispositivos de la red asistencial se realicen, vehiculizadas a través del C.S.M., serán excluidos los pacientes susceptibles de atención asilar o meramente social y formará parte de un programa de rehabilitación. Para su puesta en marcha es preciso: una sectorización de las U.P.H., acuerdos institucionales con la consejería de Bienestar Social para hacer frente a la demanda social que se plantea en el terreno del enfermo mental y remodelar y acondicionar los espacios físicos necesarios.
- b. U.P.H.:** cada unidad se hará cargo de un área de 150.000-250.000 habitantes. De forma orientativa las necesidades serán de:
- i. 1 cama/10.000 habitantes, mínimo 15 y máximo 30 camas/U.P.H.
 - ii. El nº de camas de psiquiatría no debe superar al 10% de las de todo el hospital.

iii. Para una unidad de 30 camas se estiman las siguientes necesidades de personal:

	Psiqui.	Psico.	ATS	Supervisor	Aux. psiq.	A.S	T.O	Aux. adm.
U.P.H.	3	1	7	1	14	1	1	1
(*)	(6)	(3)	(9)	(0)	(14)	(1)	(1)	(1)
Interconsulta	1-2	1	1	-	-	-	-	-

Tabla 59. Personal estimado para una unidad de 30 camas. *Entre paréntesis el personal previsto en el documento de "Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia".

- iv.** Dispondrá de espacio para salas de grupo y terapia ocupacional y para despachos.
- v.** Se aconseja que esté en la planta baja del hospital para estar más cerca de zonas de esparcimiento a las que tener acceso directo.
- vi.** Considerando las dificultades que plantea el enfermo psiquiátrico en urgencias y la actitud que suele generar en el personal de enfermería de este servicio, es imprescindible hacer hincapié en una adecuada formación y capacitación de éste.
- vii.** Deberá articularse dentro del hospital como una especialidad más.
- viii.** Deberá articularse, también, con el resto de dispositivos extrahospitalarios de la red asistencial. De forma que la unidad hospitalaria es una ayuda rápida y eficaz, puesta al servicio del equipo de Salud Mental Comunitaria, en un momento determinado para una serie de enfermos que excepcionalmente requieren esos servicios. La coordinación con Servicios Sociales y dispositivos de rehabilitación se deberá hacer desde el C.S.M. ya que de otra manera se corre el riesgo de que las U.P.H. sea un canal de descarga directa e indiscriminada para aquellos pacientes que por sus características específicas -evolución tórpida y/o crónica- precisen un tipo de atención distinta. Tanto el C.S.M. como las unidades básicas de Servicios Sociales han de centrar en estos casos sus esfuerzos en la evitación de la

institucionalización a través de dispositivos intermedios (hogares post-cura, centros de día, etc.).

El resto de consideraciones en torno a las U.P.H. está recogido en el documento de 1988, incluida la propuesta de sectorización, que será muy similar.

3. Hospitales de Día: define sus características arquitectónicas (se prevé en una extensión de 300 m²). En las áreas de > 150.000 habitantes, debe existir una plaza/10.000 habitantes (en el área I corresponderían 40 plazas). Estarían a medio camino entre la atención de un C.S.M. y la de una U.P.H., se trata de un tratamiento de mayor intensidad y frecuencia que en un C.S.M. pero evitando separar al paciente de su medio social. Recursos mínimos: 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 3 A.T.S., 2 celadores y 1 terapeuta ocupacional/20 plazas. Se nombrará un coordinador de la unidad entre los titulados superiores. Existirá coordinación con las U.P.H. y C.S.M. a la hora de cubrir bajas y vacaciones. Actividades: psicodrama, expresión corporal, contactos con la Comunidad, talleres de expresión artística, etc. Se evitará especialmente convertir al Hospital de Día en un Club Social cronificador. La jornada es similar a la laboral (9-17 h.) por lo que los pacientes pueden conservar los papeles sociales cotidianos, en contraste con la hospitalización a tiempo completo. Se evita la dependencia que los ambientes hospitalarios provocan. La vía de acceso serán las U.P.H. o los C.S.M. de referencia. Se beneficiarán de este tipo de hospitalización enfermos agudos y subagudos que no precisando hospitalización plena y superando las posibilidades de la simple consulta ambulatoria necesitan ampliar esta con técnicas de rehabilitación y reinserción.
4. Drogodependencias: apenas presenta variaciones conforme al P.R.I.D. El modo de acceso al programa de metadona será a través del U.A.D. (C.A.D.) o del personal específico de este programa en los C.S.M., realizarán sus propuestas a la Comisión Regional de Metadona y esta será la que autorice. Aún estaba este tratamiento muy fiscalizado por sus implicaciones (se consideraba droga también). Los dispensarios de metadona o Unidades de Tratamiento con opiáceos (U.T.O.) en Murcia y Cartagena, funcionarían 2 h. diarias.

5. Infanto-juvenil: similar a la de adultos con sus peculiaridades ya descritas en el documento de 1988. El área I se dotará con 1 psiquiatra y un psicólogo clínico infantil más y será de referencia para el resto de la Región en cuanto a asistencia ambulatoria, hospitalización y formación. Existirán unidades específicas en aquellas áreas con más de 150.000 habitantes. Se crearán en Lorca y en Cieza con un 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico y un A.T.S. psiquiátrico. En las áreas IV y V se atenderá por personal de adultos. En este tipo de centros sí se defiende el mantener la demanda por instituciones educativas y por iniciativa propia al no ser actualmente un filtro adecuado el sistema sanitario en este ámbito. Destacan áreas de especial interés: psicosis infantiles, delincuencia infanto-juvenil, drogodependencias, trastornos de conducta de niños y adolescentes, etc.
6. Rehabilitación: el programa tiene como objetivo fundamental conseguir el máximo nivel posible de rehabilitación y reintegración en la sociedad de aquellos enfermos mentales que habiendo superado la fase aguda de enfermedad, mantienen dificultades personales y/o sociales que les impidan esa reintegración. Se tenderá a la máxima colaboración con Servicios Sociales y con el resto de dispositivos de rehabilitación y resto del servicio de Salud Mental. No se incluyen aquí los Hospitales de Día ya que se considera que tienen características que los asimilan a los programas básicos de tratamiento. No estaría indicado para demencias seniles, grandes deficientes ni grandes inválidos. Las derivaciones se realizarán desde el C.S.M. a los diferentes recursos propios de esta red. Recursos:
- a. **Residencial**: se dirige a solucionar el lugar donde el enfermo ha de residir mientras se beneficia del programa. Por orden de prioridad:
 - i. Familia propia
 - ii. Familia sustituta
 - iii. Pensiones y residencias
 - iv. Pisos protegidos, autogestionados o no. Estos dependerán funcionalmente del Centro de Día o C.S.M.
 - v. Unidad de Media Estancia
 - b. **Laboral**: contratación de pacientes del programa por Ayuntamientos, cesión de puestos en mercadillos municipales, etc.

- c. Socio-cultural:** se trata de utilizar recursos comunitarios o específicos que desarrollen la ocupación del tiempo libre como Centros sociales, asociaciones culturales de tiempo libre, actividades en polideportivos, actividades específicas, etc.
- d. Formación:** recursos propios del circuito normalizado de educación, cursos de formación del I.N.E.M. (Instituto Nacional de Empleo), talleres o escuelas protegidos, recursos específicos, etc.
- e. Terapéutica:**
- i. Media Estancia: para pacientes que necesiten más tiempo de hospitalización después de la fase aguda, con un tiempo máximo de un año. También atenderá en régimen de Hospital de Noche a aquellos residentes del C.D. que lo precisen. Se prevé que las necesidades de la Región son 90 camas de este tipo. Debe garantizarse la amplitud espacial y la existencia de zonas de esparcimiento para los internados. Cuando transcurrido un año de tratamiento no haya sido posible producir el alta ni derivar al enfermo hacia otros recursos sanitarios, éste pasará a integrarse en la red de Bienestar Social.
 - ii. Centros de Día: es un dispositivo orientado hacia la externalización de pacientes institucionalizados así como la rehabilitación y reinserción social de pacientes crónicos gravemente deficitarios. Deberán tener unas mínimas posibilidades de poder vivir fuera del centro y de aptitudes mínimas para realizar trabajos productivos.
- f. Formación: Se orientará en una doble vertiente: Reciclaje de la formación básica de cada uno de los profesionales y aprendizaje y ampliación de técnicas específicas acordes con el modelo comunitario. Se tendrán en cuenta la categoría profesional concreta y el área de trabajo. Se propone la creación de un plan de formación que cubra las necesidades expresas del colectivo y los objetivos generales del programa, con vistas a la capacitación del personal para llevar a cabo sus acciones en el nuevo modelo de atención. Se considera prioritario: conocimiento del nuevo modelo tanto teórico

como entrenamiento de técnicas y actitudes, especial incidencia sobre el personal de enfermería y auxiliar para capacitarlos en una nueva tarea y de rol, formación de equipos sobre todo en aquellas unidades que supongan una mayor dependencia del paciente al equipo. Resaltan la importancia de la formación de los auxiliares, ya que son un tercio del personal de la red de Salud Mental y los más aferrados al modelo tradicional. Para ello se servirán de:

- i. Cursos y seminarios.
- ii. Sesiones clínicas.
- iii. Reuniones y congresos.
- iv. Supervisiones. Se presupone la coexistencia de dos modelos ideológicos: el sociológico y el médico. En el primero la responsabilidad de cualquier acción recae más sobre el equipo que sobre un profesional concreto, convirtiéndose la tarea de crear equipo en una meta fundamental para el buen funcionamiento, se suma lo relacional a lo técnico, la supervisión a estos dos niveles sería adecuado que la hiciera una persona ajena al equipo con formación dinámica en el caso del supervisor de equipos y formación específica en el del técnico.

7. Objetivos para 1989:

- I. Incremento de actuaciones en el proceso de Reforma Psiquiátrica.**
 - a.** Organización y dotación del Servicio de Salud Mental.
 - b.** Elaboración de un Programa Regional de Salud Mental que contemple las actuaciones en los niveles primario, secundario y terciario, en sus niveles generales y específicos.
 - c.** Puesta en marcha de los programas elaborados.
 - d.** Apertura de un nuevo C.S.M. en Murcia (Murcia-II).
 - e.** Incremento de personal en los dispositivos extrahospitalarios.
 - f.** Re-estructuración del H.P.R.A.
 - g.** Organización de las unidades desintoxicación.

- h. Nueva instalación del actual C.S.M. de Murcia que posibilite la jornada completa de trabajo al equipo (ya que era ocupado por las mañanas por el equipo de infantil y por las tardes por el de adultos).
 - i. Apertura de un Hospital de Día en Cartagena.
 - j. Reorganización de la C.T.
- II. Regulación normativa del proceso de Reforma Psiquiátrica y Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Murcia.
 - a. Publicación de un Decreto de organización, estructuración y funcionamiento de los distintos recursos del Servicio de Salud Mental.
 - b. Desarrollos normativos específicos necesarios para consolidar los planes y programas establecidos en el objetivo I.
- III. Incremento de recursos humanos junto a la regulación de situaciones laborales y ordenación de plantillas de los dispositivos asistenciales.
 - a. Asunción del personal contratado a través de subvenciones por la Comunidad Autónoma en régimen de laboral eventual.
 - b. Convocatoria a través de concurso-oposición de plazas vacantes.
 - c. Establecimiento de las plantillas de los dispositivos asistenciales.
 - d. Incremento de personal en el nivel extrahospitalario e intrahospitalario.
- IV. Reorganización y regulación de la coordinación con otras instituciones con competencias directas o indirectas en Salud Mental y Drogodependencias.
 - a. Desarrollo del convenio de Salud Mental y el INSALUD firmado en Octubre 1988.
 - i. Creación del Comité de Enlace.

- ii. Establecimiento de actividades puntuales de cara a 1989.
 - iii. Establecimiento de aportaciones de recursos materiales, humanos y financieros por parte de ambas instituciones para 1989.
 - b. Establecimiento de convenios de colaboración en temas de Salud Mental y Drogodependencias con corporaciones locales y asociaciones.
 - c. Acuerdo con la Universidad de Murcia con el fin de:
 - i. Establecer las bases para regular la formación de especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica.
 - ii. Establecer acuerdos para la realización de prácticas en los servicios asistenciales de psiquiatría y psicología de la Comunidad.
- V. Incrementar la oferta de camas de hospitalización psiquiátrica, regulando la sectorización de las mismas y equiparando económicamente los aspectos de esta.
 - a. Trabajar en la ampliación de la oferta de camas de hospitalización psiquiátricas en Cartagena y Murcia.
 - b. Sectorizar la unidades de hospitalización.
 - c. Suprimir las tasas de hospitalización del H.P.R.A.
- VI. Evaluación de programas, recogida de información mediante la creación del sistema de información en Salud Mental.

Este "Plan de Salud Mental" no llegó a ser publicado porque los integrantes de la Unidad Técnica no continuaron en la misma, pero sus directrices se siguieron los años posteriores como veremos y en él se apuntala el Plan de Salud Mental de 1995, que analizaremos en el capítulo final.

V.2.4. Informe del Defensor del Pueblo

En Enero de 1992 se publica el Informe del Defensor del Pueblo²⁵² (Álvaro Gil-Robles), elaborado durante el año anterior, describiendo las deficiencias en la transformación de las instituciones psiquiátricas, los nuevos servicios comunitarios y la posible lesión de derechos fundamentales de los enfermos psiquiátricos que las poblaban en todas las Comunidades Autónomas de España. En él colaboró también Manuel Aznar López, asesor responsable del Área de Bienestar Social, Trabajo y Atención al Menor de la Oficina del Defensor del Pueblo.

En cuanto a la Región de Murcia se visitó el H.P.R.A., el C.D. anexo, el Hospital General y la Residencia Luis Valenciano en Junio de 1991 (la unidad de Psicósomática de la Arrixaca no se consideró). En el informe destaca que en este momento existen seis Comunidades Autónomas sin Plan de Salud Mental ni constancia de la realización de actividades preparatorias: Aragón, Canarias, Cantabria, Extremadura, Murcia y La Rioja. También se incluye Murcia entre las que todavía no han recibido las transferencias del INSALUD en funciones y servicios (Madrid, Asturias, Baleares, Cantabria, La Rioja y Murcia).

<u>CC.AA.</u>	<u>Nº de centros o equipos (1)</u>
Andalucía	69
Aragón.....	18
Asturias	15
Baleares	4
Canarias	12
Cantabria	4
Castilla-La Mancha	22
Castilla y León	34
Cataluña	36 (2)
Extremadura.....	11
Galicia	16 (3)
Madrid.....	33
Murcia.....	9
Navarra	8
País Vasco	41
Rioja	4
C. Valenciana	49
Ceuta y Melilla	2
T O T A L	387

Figura 39. Unidades de Salud Mental comunitarias en 1991. Fuente: nota 187.

²⁵² Ver nota 187. Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid, 1991.

En Murcia, como vemos en la Figura 39 el número de unidades de Salud Mental en 1991, es de 9, dentro de la gran variabilidad autonómica, está situado justo en la media española (media de 1 unidad/100.000 habitantes). No se incluyen las unidades infantiles, ni los consultorios o dispensarios de los hospitales psiquiátricos. En lo que respecta a neuropsiquiatras de zona, Murcia mantiene aún 11, solo superada por Castilla y León (18), Cataluña (40), Galicia (32), Madrid (12) y País Vasco (13), doblando la media nacional de 0'56/100.000 habitantes.

En cuanto a atención infanto-juvenil se desarrollan programas específicos en 3 de los 9 C.S.M. contando con 4 psiquiatras, 5 psicólogos y 3 A.T.S.

CUADRO Nº 2.- UNIDADES DE PSIQUIATRIA EN HOSPITALES GENERALES (Año 1991)

CC. AA.	Nº HOSPITALES	TITULARIDAD	Nº CAMAS	POBLA. DE HECHO	INDICE CAMAS 100.000 HAB.
Andalucía	16	Servicio Andaluz de Salud	467	6.963.116	6,71
Aragón	4	Diputación. Insalud	89	1.212.025	7,34
Asturias	5	Insalud	75	1.096.155	6,84
Baleares	3	Consell Insular	28	739.501	3,79
Canarias	2	Cabildos Insulares	24	1.601.812	1,50
Cantabria	1	Insalud	48	526.866	9,11
Cast.-La Mancha	6	Junta. Diputación. Insalud	147	1.644.401	8,94
Castilla y León	12	Junta. Diputación. Insalud	262	2.556.316	10,25
Cataluña	11	Diputación. Ins. Cata. Salud y Ayto.	393	6.008.245	6,54
Extremadura	2	Insalud	41	1.045.201	3,92
Galicia	5	Diputación. Servicio Gallego Salud	75	2.700.288	2,78
Madrid	5	Comunidad Autónoma. Insalud	289	4.935.642	5,86
Murcia	1	Comunidad Autónoma	23	1.046.561	2,20
Navarra	2	Gobierno Navarro	54	521.940	10,35
País Vasco	4	Servicio Vasco Salud	162	2.099.978	7,71
La Rioja .	1	Comunidad Autónoma	22	265.823	8,28
Cdad. Valenciana	3	Diputación. Serv. Valenciano Salud	141	3.898.241	3,62
Ceuta y Melilla	2	Insalud	39	137.070	28,43
TOTAL:	85		2379	38.999.181	6,10

Figura 40. Unidades de psiquiatría en hospitales generales por Comunidades en 1991. Fuente: nota 187.

Refiere que Murcia es una de las Comunidades entre las que el peso de la hospitalización todavía depende de los hospitales psiquiátricos, junto con Comunidad Valenciana, Canarias, Galicia y Madrid).

Entre las previsiones futuras precisa que existe una Unidad en Lorca preparada para entrar en funcionamiento como U.P.H., que existe un proyecto

de instalar una U.P.H. en el Hospital de La Caridad, de Cartagena (privado concertado), con una capacidad de 18-20 camas y que, en la actualidad, está en fase de construcción una U.P.H. de 25 plazas en el Hospital V. de la Arrixaca. Como veremos a continuación solo se llevó a cabo la apertura de la U.P.H. de Lorca, ya que en Cartagena nunca se abrió tal U.P.H. y en la Arrixaca ya existía -unidad abierta-.

En la siguiente Figura (41) vemos como, aparentemente, la disminución de camas en hospital psiquiátrico en Murcia es la mayor de España (77'3%), tres veces mayor que la media (24'2%), pero el dato es engañoso ya que la reducción real, incluyendo la Residencia Luis Valenciano -que continuaba siendo, a los efectos, equivalente al hospital psiquiátrico- se trataría de 700 internados en 1986 a 563 en 1991, es decir del 19'6% de reducción real en este momento, por lo tanto por debajo de la media española.

CUADRO Nº 5.- DISTRIBUCION DE CAMAS DE HOSPITALES
PSIQUIATRICOS: EVOLUCIÓN POR COMUNIDADES AUTONOMAS 1986-1991

COMUNIDAD AUTONOMA	AÑO 1986 (*) Nº HOSP. TOTAL CAMAS		AÑO 1991 (**) Nº HOSP. TOTAL CAMAS		% VARIACION 86-91 NUMERO CAMAS
Andalucía	12	3.575	12 (***)	1.396	- 60,95
Aragón	7	1.844	7	1.511	- 18,05
Asturias	4	663	4	330	- 50,22
Baleares	1	484	1	550	+ 13,63
Canarias	4	1.016	4	1.037	+ 2,06
Cantabria	2	539	2	649	+ 20,40
C. La Mancha	5	782	5	690	- 11,76
Cas. León	10	4.264	9	3.457	- 18,92
Cataluña	16	5.828	13	4.514	- 22,54
Extremadura	2	1.410	2	1.329	- 5,74
Galicia	13	1.512	10	1.306	- 13,62
Madrid	13	3.339	8	2.494	- 25,30
Murcia	2	700	2	159	- 77,29
Navarra	3	985	3	571	- 42,03
País Vasco	8	1.879	8	1.842	- 1,96
Rioja	1	544	1	324	- 40,44
C. Valencia	5	1.338	4 (***)	720	- 46,19
TOTAL PAR.	108	30.702	95	22.879	- 25,48
H. P. Penite	-	-	2	403	-
TOTAL GRAL	108	30.702	97	23.282	- 24,17

Fuente: (*) Instituto Nacional de Estadística, censo de establecimientos año 1987.

(**) Datos facilitados por las Comunidades Autónomas.

Figura 41. Fuente: nota 187.

En la Unidad de Media Estancia/Subagudos del H.P.R.A. se hallaban ingresados, en 1991, 19 pacientes más de un año (incumpliendo su propia norma de ingresos menores de esta duración).

En el Hospital General sitúan 23 camas, una de ellas dedicada a desintoxicación (en las memorias oficiales se refieren a esta cama como "Unidad de desintoxicación"). A pesar de describir sus instalaciones como excelentes, la excesiva temperatura existente en algunos despachos refiere, los hace inutilizables en época estival. Incluye a 29 profesionales en esta unidad, de los que 11 eran facultativos, siendo el índice de este personal/cama el más alto de España, siendo además de las más completas en cuanto a la presencia de psicólogos y terapeuta ocupacional. En cuanto al personal del H.P.R.A. es el tercero de España con el índice más elevado personal/enfermos.

Los capítulos posteriores hacen alusión a las barreras arquitectónicas y condiciones generales de habitabilidad y accesibilidad, que en el caso del Pabellón de Media Estancia califica de insuficientes como humedades, aire acondicionado solo en algunos habitáculos, tuberías no empotradas, carencia de ascensor, mobiliario insuficiente, disposición de las duchas en línea y sin elementos de separación para preservar la intimidad, carencia de comedor (las comidas se realizan en la Residencia)... Por otro lado constata que se encuentra pendiente de aprobar por el Consejo de Gobierno de la Región de Murcia un proyecto de remodelación que solventaría diversas deficiencias, que meses después de la realización del informe se encontraba ya en ejecución (fue la causa del aumento de 300 millones de ptas. entre los presupuesto de Salud Mental de 1992 y 1993). A pesar de todo, el estado del Hospital, comparado con el resto, se califica de aceptable y con condiciones globales correctas.

Los enfermos colaboran en el transporte de comida y de elementos de limpieza desde el almacén.

En cuanto a la Residencia Luis Valenciano describe sus instalaciones como en muy buenas condiciones (excepto el 2º Pabellón de Hombres) y con los problemas de accesibilidad resueltos, pendiente de inaugurarse el nuevo Pabellón de Hombres. El alojamiento se realiza en los cinco pabellones que quedaron del H.P. en habitaciones de 4 y 6 camas. Cuenta con 3 médicos, y 12 A.T.S./D.U.E. Existe una comisión para decidir sobre las dietas de los residentes, que pueden ser de tres tipos: normocalórica, para diabéticos y de protección gástrica.

El desarrollo de los programas de rehabilitación se ve dificultado, según describe, por las condiciones de los residentes, por lo que solo los siguen un 30%, recibiendo una gratificación mensual que varía de las 8.000-12.000 ptas.

La Residencia se halla en proceso de tramitar las incapacitaciones civiles de los enfermos que residirán en ella que lo debían estar y de los documentos nacionales de identidad que son precisos para recibir la atención por la Seguridad Social, que aún, algunos residentes no poseen.

En cuanto a las actividades remuneradas del C.D. describe que se llevan a cabo talleres de cerámica, manufacturas y huerta, cuyas ganancias revierten en la financiación de las actividades del centro.

También distingue entre los procesos consistentes en desinstitucionalizar pacientes de los hospitales psiquiátricos a la Comunidad creando un conjunto de medidas dirigidas a evitar la exclusión de las personas afectadas por trastornos mentales y superación de viejas formas de asistencia en el que cita el de Asturias, 929 pacientes en 1982 que llegó a reducir su número a 249 pacientes en 1991; al de otros hospitales psiquiátricos como el de Toledo y el de Murcia en el que confiere un matiz diferente el hecho de transferir parte de la población al área de Servicios Sociales, ubicada en las instalaciones, que como consecuencia de tal reducción quedaron libres.

En cuanto a las tasas que aún se cobraban en el H.P.R.A. resalta la situación de desigualdad que generan al no cobrarse en el Hospital General. Esta situación no era así de facto, ya que la Consejería había llegado a un acuerdo con el H.P.R.A. tras la publicación del informe del Director Médico en 1989 en la prensa²⁵³.

Cita una resolución del Tribunal Supremo en cuanto a pago de tasas cuando el paciente había sido remitido al hospital psiquiátrico por un facultativo de la Seguridad Social, ya que se entiende que se trata de una prestación comprendida dentro de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y debe correr a cargo de la misma los gastos ocasionados por el internamiento del beneficiario.

En cuanto al traslado de enfermos mentales, una vez más cuestión polémica, constata que durante la visita al H.P.R.A. existía una abierta

²⁵³ Entrevista con Manuel R. Galiana Cela. 6/04/2014.

contradicción entre los jueces -que entendían que se trataba de una competencia sanitaria- y el Hospital que entendía que debía llevarse a cabo, salvo excepciones, por las Fuerzas de Seguridad. Refiere que este conflicto también se está solucionando por haber concertado el correspondiente acuerdo entre los órganos judiciales y las Fuerzas de Seguridad.

La U.P.H. del Hospital General de Murcia es de las dos únicas de España que reciben visitas regulares de Juez y forense para verificar los internamientos involuntarios (cada 15 días), el H.P.R.A. recibe el mismo régimen de visita por parte de Juez y forense. En el H.G. se comunican al Juzgado incluso los ingresos voluntarios, reconociendo esto como innecesario.

En prensa hemos encontrado dos referencias a dicho informe, en la primera²⁵⁴ el coordinador de Área de Salud Mental, Joaquín Nieto Munuera, declara que la asistencia de tipo manicomial ha desaparecido en la Comunidad Autónoma a las luces del Informe, comparándose con el resto de Autonomías.

Refiere que la asistencia se ha descentralizado y rediseñado, con el objetivo de reducir los ingresos hospitalarios mediante una atención primaria comarcal y de posibilitar la reinserción social en la Comunidad, tras su rehabilitación, en el caso de los pacientes más graves o con patologías crónicas. Nieto refiere que se han reducido en los últimos años los ingresos de enfermos en las U.P.H. por la acción de los centros de salud.

Según el director de la Residencia Luis Valenciano (Francisco Román), esta no es un lugar para que las personas con problemas psíquicas de tipo crónico estén de por vida, de hecho, refiere que la mayoría de los primeros residentes ya no están allí, algunos, que no han estabilizado su situación pasaron a residencias de ancianos, y otros se han reincorporado a su entorno familiar siguiendo sus terapias en el C.D. (según los datos de que disponemos solo 3 pacientes han sido dados de alta de la Residencia en este momento).

Un poco más adelante aparece un breve análisis del Informe en prensa²⁵⁵ en el que se destacan otros aspectos más críticos como que el informe concluye que el H.P.R.A. tiene sus prestaciones mermadas por compartir servicios comunes con la Residencia Luis Valenciano y que se

²⁵⁴ "Los centros comarcales reducen los ingresos de enfermos mentales". La verdad, 12/01/1992. Página 8.

²⁵⁵ "Un informe del Defensor del Pueblo recomienda mejoras en el Psiquiátrico". La verdad, 11/02/1992. Página 9.

recomiendan mejoras en instalaciones y sistema de protección contra incendios. También se destaca la crítica a la falta de un Plan de Salud Mental o actividades preparatorias y las condiciones deficientes de habitabilidad en el 2º Pabellón de Hombres.

En cuanto a su informe global pide garantías que rodeen a los internamientos voluntarios así como la legitimación para solicitar el internamiento. Insta también a que se acomode la legislación electoral a las exigencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, de forma que no pueda privarse del derecho de sufragio mediante la autorización de internamiento psiquiátrico prevista en el artículo 211 del Código Civil. Asimismo demanda un control judicial sobre el enfermo internado y sobre el alta médica, y pide que se facilite el nombramiento de tutor o defensor judicial de los incapacitados que carezcan de parientes.

V.2.5. Cambios asistenciales y política sanitaria

V.2.5.1. Consejero Miguel Ángel Pérez-Espejo

En Marzo de 1988, poco después de la presentación del documento "Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia", Ricardo Candel es cesado como Consejero de Sanidad y es nombrado un nuevo Consejero: Miguel Ángel Pérez-Espejo, antiguo militante del P.C.E. que se rodeará de directores generales y otros cargos afines a dicho partido²⁵⁶, como serán, entre otros, el Director General de Salud, Pedro Parra Hidalgo. En este momento la coordinación de Salud Mental pasará a depender de esta Dirección General en lugar de la que había venido perteneciendo (Asistencia Sanitaria). Al poco tiempo llegará a la Coordinación de Salud Mental como Jefe de Servicio (puesto trasladado desde el H.P.R.A.), el psicólogo Jose Luis López-Mesas. Este psicólogo había estado adscrito al Servicio de Rehabilitación y Centro de Día, importante colaborador del periódico ambiente, escritor de numerosos artículos críticos en la prensa durante esos años^{257,258}, y ex-concejal de Sanidad y Teniente alcalde de la ciudad de Murcia en la época pre-autonómica.

En junio de ese mismo año se presenta el Documento del Comité de Expertos en Salud Mental en las I Reunión de Trabajadores en Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia^{259,260}. Pedro Parra (Director Regional de Salud) declara a la prensa que hay que declarar más medios humanos y materiales y que una parte del documento tiene que ser revisada. También acuden el Consejero de Sanidad, el de Bienestar Social (López Fuentes), el presidente del INSALUD y representantes de la Salud Mental de diversos lugares de España para participar en una Mesa del último día, estos fueron: Francisco del Río Noriega (Gerente Provincial de I.A.S.A.M., Cádiz), Víctor Aparicio (Director Regional de Salud Mental en Asturias) y Javier Pérez

²⁵⁶ Entrevista a M. Galiana Cela. 6/04/2014.

²⁵⁷ "Hospital solo para atención mental diurna en Cartagena". La verdad, 17/08/1989. Página 3.

²⁵⁸ "Carta al nuevo consejero de Administración Pública". La verdad, 7/09/1989. Página 16.

²⁵⁹ Programa de la I Reunión de Trabajadores en Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. 24-25 de abril de 1988. Consejería de Sanidad.

²⁶⁰ "Hacen falta más medios humanos y materiales". La verdad, 25/06/1988. Página 7.

Montoto (Jefe del Servicio de Salud Mental, Navarra). Según las fuentes entrevistadas²⁶¹, al ser preguntado por Pedro Parra -debido a que la Unidad Técnica se hallaba ya en proceso de desintegración-, Jose María Morales Meseguer en ese momento creía que no había nadie preparado en la Región para hacerse cargo de la coordinación del Servicio de Salud Mental, por lo que pidió consejo a estos dos últimos ponentes, reconocidos por su labor en la Reforma Psiquiátrica en sus comunidades, y les recomendaron a Tiburcio Angosto Saura, psiquiatra de origen murciano que estaba trabajando en Galicia en ese momento, comprometido en procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. De esa reunión sale ese nombre que posteriormente aceptó el puesto pero tuvo que pasar más de un año, por temas administrativos, para que se le pudiera ofrecer como Jefe de Área, puesto que finalmente ocupó en Enero de 1990.

El 26 de octubre 1988 el consejero de Sanidad, Miguel Ángel Pérez-Espejo y el presidente ejecutivo del INSALUD, Eduardo Arrojo Martínez firman un convenio en materia de Salud Mental que constituía una Ponencia Técnica dentro de la Comisión de Coordinación de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia²⁶². El objetivo del mismo es articular medidas tendentes a desarrollar programas de promoción de la Salud Mental y mejora de la atención psiquiátrica en el ámbito de las competencias de ambas administraciones. Se proponen los objetivos de cooperar en el marco de sus respectivas competencias, la paulatina extensión de los cuidados y protección de la Salud Mental coherente con el desarrollo previsto de la A.P., la puesta en marcha de un modelo de Atención Psiquiátrica en sintonía con los criterios reflejados en el Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, la utilización conjunta de los recursos existentes en Salud Mental en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Murcia, la colaboración en los programas de capacitación y formación continuada de los profesionales sanitarios en el área de la Salud Mental y, por último, la colaboración en el establecimiento de un sistema operativo y fiable de registro e información sanitaria en este área de la Salud Mental. Básicamente el convenio viene a

²⁶¹ Entrevista a Tiburcio Angosto Saura. 4/05/2014.

²⁶² Acuerdo para la constitución de la comisión de coordinación de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 28/07/1987.

avaluar el plan de actuación del documento "Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia" de forma conjunta. Para ello se constituirá un comité de enlace y coordinación regional que estudiará los recursos de cada área susceptibles de integrarse funcionalmente en un programa común y señalar las directrices asistenciales y de personal para avanzar en dicho proceso de coordinación e integración, resolver dudas, velar por el buen cumplimiento de los acuerdos establecidos, proponer prioridades, etc.

Durante los años siguientes son numerosas las citas a este acuerdo en la prensa y documentos oficiales. En 1990 se destacaba²⁶³ la firma de este convenio en materia de Salud Mental, el establecimiento de un sistema operativo y fiable de registro en información sanitaria en Salud Mental y también la apertura de un nuevo C.S.M. en breve tiempo (La Seda).

Pocos meses después acusaría Pérez-Espejo al INSALUD de no haber cumplido ya que había abierto la mitad de centros de salud y de salud mental y planificación familiar de lo que habían acordado.

Los C.S.M. van mejorando poco a poco sus ubicaciones, emplazándose en nuevos espacios conforme aumentaban de personal y funciones, como el de Lorca que pasó a ocupar la antigua casa de Socorro municipal junto con el equipo de planificación familiar y el Laboratorio municipal²⁶⁴.

En marzo de 1989 se disuelve la Unidad Técnica de Salud Mental por deseo expreso de sus integrantes²⁶⁵ en contra del de la Consejería, y por este hecho el Plan de Salud Mental que habían estado elaborando no llegó a ver la luz. Dos de sus integrantes (Juan Antonio Aznar y Luis López) abren el nuevo C.S.M. Murcia-II en unas dependencias de la Tienda-Asilo, ese mismo mes²⁶⁶, edificio que venía albergando desde el siglo XIX distintos entes sociales municipales y que lo seguirá haciendo hasta la actualidad. Una vez más vemos como la ubicación de los C.S.M. dependerá de locales cedidos por el Ayuntamiento. En dicha apertura el consejero de Sanidad y el director

²⁶³ "Un nuevo centro de salud mental, pronto en Murcia". La verdad, 9/09/1990. Página 99.

²⁶⁴ "Nueva ubicación del Servicio de Salud Mental y Drogodependencias". La verdad, 8/01/1989. Página 16.

²⁶⁵ Entrevista a Luis López Sánchez y Juan Antonio Aznar Moya. 8/06/2014.

²⁶⁶ "Consultorios: Insalud, Comunidad y Ayuntamiento aunan esfuerzos". La verdad, 18/03/1989. Página 6.

provincial del INSALUD afirman que se ha aumentado el presupuesto de Salud Mental en un 17% y que esta ha dejado ya de ser la *cenicienta* sanitaria. También anuncian que algunos consultorios serán gestionados por asociaciones de vecinos.



Figura 42. Imagen actualizada de la Tienda-Asilo de Murcia.

Aparece en prensa los resultados y la noticia de lectura de Tesis Doctoral de Presentación Ataz López²⁶⁷, resaltando los datos asistenciales infantiles y la saturación del Servicio de Subagudos del H.P.R.A.

En 1989 se abre el C.S.M. de Alcantarilla por el INSALUD²⁶⁸, anejo al C.S. de nueva creación, con urgencias generales abiertas 24 h./día.

En 1989 se publican en La Opinión (periódico local)²⁶⁹ las demandas de los directores médico y gerente del H.P.R.A. en un informe sobre la asistencia psiquiátrica en la Región.

En dicho informe Manuel Galiana piensa que es necesario que el INSALUD se haga cargo de la hospitalización psiquiátrica. En proyecto estarían:

1989	Actual	Ideal
H.P.R.A.	28	0
H.G.	26	25
Arrixaca	8	25
Arrixaca Vieja*	0	25
Cartagena	0	25
Lorca	0	15

²⁶⁷ "Más de 7.000 niños murcianos fueron al psiquiatra en 1988". La verdad, 3/06/1989. Página 4.

²⁶⁸ "Inaugurado el Centro de Salud de Alcantarilla". La verdad, 29/07/1989. Página 12.

²⁶⁹ "Murcia necesita cien camas psiquiátricas en hospitales". La Opinión, 6/06/1989.

Tabla 60. Datos provenientes del informe publicado en nota 269. *Posteriormente sería llamado Hospital Morales Meseguer.

En dicho informe, que se erige en nombre de todos los médicos del H.P.R.A., aparece también una demanda crónica desde el H.P.R.A. que era la eliminación de las tasas que sólo este centro poseía ya dentro de la red de Salud Mental, ya que en palabras de su gerente "es un absurdo que la asistencia mental sea gratuita en toda la Región excepto en el Hospital Psiquiátrico".

También se hace una demanda de una sectorialización de la asistencia, que hasta el momento no estaba hecha.

Otra de las demandas a las que se refiere el informe es una solución para la media estancia, que está dotada con 90 camas y se ve obligada a atender, por falta de plazas, a enfermos agudos, cuando no ven preparada a la unidad para tal cometido. También refieren el hecho de tener que recibir a los pacientes judiciales que han cometido algún delito.

Otro problema es la falta de camas para pacientes con demencia senil, es otro de los escollos que bloquean la asistencia en el hospital, solución que ven en la construcción de residencias asistidas.

Por último, echan en falta la existencia de un sistema de evaluación y registro de casos, que facilitaría bastante la elaboración de programas de epidemiología y planificación.

NECESIDADES	PROBLEMAS	SOLUCIONES
Camas de agudos	Camas insuficientes	Tener a cargo del INSALUD la hospitalización
Criterios para el ingreso en cada centro	La población de referencia de los centros abarca toda la Región	Sectorización
Desmasificar la Media Estancia	Exceso de pacientes agudos y judiciales	Más plazas de Media Estancia
Asistencia igualitaria	Tasas injustas por existir solo en el H.P.R.A.	Supresión de tasas
Camas para pacientes con demencia senil	Bloqueo de la asistencia en el hospital	Construcción de residencias asistidas
Programas de epidemiología y planificación	No hay soporte adecuado para evaluar los datos	Crear un sistema de evaluación y registro de casos

Tabla 61. Necesidades, problemas y soluciones expuestas en el informe de 1989 (ver nota 269).

Durante el año 1990, en la coordinación de Salud Mental se encuentran Jose Luis López-Mesas y Tiburcio Angosto, como Jefe de Área. Durante este año ambos tienen que acudir con asiduidad a las reuniones de la Comisión de Seguimiento para la Reforma Psiquiátrica para debatir asuntos como los baremos para las especialidades de psiquiatras, psicólogos y enfermeros, así como sus programas de formación, los mecanismos de tratamiento de la información en Salud Mental, tipología de las U.P.H., colaboración con INSALUD, etc. Cabe decir que en los documentos examinados la Región de Murcia es una de las pocas de España que no tiene un plan de formación continuada para profesionales de la red de Salud Mental.

En 6/03/1990 fallece Jose María Morales Meseguer tras varios años de lucha contra un cáncer de esófago.

Por la Ley 2/1990²⁷⁰, de 5 de abril, se crea el Servicio de Salud de la Región de Murcia y su primer Director Gerente será Francisco Martínez Pardo, desde septiembre de 1991 a mayo de 1993. Este servicio nace con la vocación de ordenar todos los recursos sanitarios de la Región y organizarlos, descentralizando la gestión a la Comunidad Autónoma.

Las Unidades de Tratamiento con Opiáceos (U.T.O.) se sitúan en los dispensarios del H.G. y en el de la Cruz Roja de Cartagena. A partir de octubre de 1990, se comienza a dispensar en algunas farmacias de la Región (distantes de las U.T.O. ya citadas)²⁷¹ gracias al Real Decreto aprobado por el Consejo de Ministros el 19/01/1990²⁷². En Murcia ya funcionaba la comisión de acreditación que aprobaba o no el tratamiento a petición de los C.A.D. a mayores de 16 años, que hayan fracasado en, al menos, un tratamiento libre de drogas, que sean portadores del V.I.H. o enfermos psíquicos.

El mismo mes se celebran las Jornadas sobre Coordinación entre Comunidades Autónomas y Ayuntamientos en la implantación de programas sobre drogas los días 18 y 19²⁷³, donde se trató la perspectiva de las Comunidades Autónomas, la de los Ayuntamientos, la coordinación con entidades educativas, coordinación institucional y participación social con

²⁷⁰ B.O.R.M. 17/04/1990. Nº 96. Páginas 2291-2298.

²⁷¹ "Algunas farmacias administrarán metadona a los heroinómanos". La verdad, 3/10/1990. Página 10.

²⁷² B.O.E. de 23 de enero de 1990. Nº 20. Páginas 2101 a 2103.

²⁷³ "Expertos de toda España se reúnen en Cartagena par hablar sobre la droga". La verdad, 18/10/1990. Página 8.

amplia presencia de Autoridades Sanitarias (consejero, Jefe de Área de Salud Mental, alcaldes, presidente del Grupo Interdisciplinar sobre drogas, etc.).

En noviembre de 1990 se celebran en Murcia las II Jornadas de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia²⁷⁴ tratando diversos temas como los modelos de hospitalización en la Comunidad Autónoma: el futuro de los hospitales psiquiátricos (M. Galiana), la Unidad del H.G. (D. Barcia), la hospitalización en Unidades somáticas (J. Hernández), las estructuras intermedias y programas de rehabilitación y reinserción: hospitales de Día, dificultades de ensamblaje entre estos y el resto de dispositivos (F. Mayoral), programas de pacientes crónicos, análisis y proyectos sobre la atención a la Salud Mental en la Comunidad de Murcia, dificultades administrativo-profesionales en la organización de los servicios asistenciales de Salud Mental en Andalucía (M. López Álvarez), vicisitudes de la Reforma Psiquiátrica en el País Valenciano (Miguel Torres) y Salud Mental y A.P. El consejero de Sanidad²⁷⁵ en el acto de apertura, apuntó como un tema a debatir los problemas administrativos que la salud mental plantea, al ser competencia de dos redes asistenciales y puso como ejemplo las U.P.H. de los hospitales que dependen del Ministerio de Sanidad. Afirmó también aquí que la Reforma Psiquiátrica va "lenta pero segura" y que de los Presupuestos Regionales para 1991 se dedicarían casi 1000 millones de ptas. Abandonó la "utopía" de la Reforma Psiquiátrica de acabar con la hospitalización psiquiátrica e indicó que la experiencia enseña que debe coexistir esta con otros modelos abiertos. Los componentes de los servicios centrales de Salud Mental, Jose Luis López-Mesas, Tiburcio Angosto y Antonio Llanes, estuvieron moderando algunas mesas.

En 1991 algunos trabajadores del H.P.R.A. contrataron los servicios de un profesional que plasmara en vídeo y fotografías las condiciones del centro, material que enviaron a la Presidencia y fue el impulso definitivo para que el

²⁷⁴ Tríptico de las II Jornadas de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. 29-30/11/1990. Salón de Actos de la Consejería de Sanidad.

²⁷⁵ "Las competencias del INSALUD y Sanidad en Salud Mental causan problemas administrativos". La verdad, 30/11/1990.

Gobierno se decidiera a acometer la necesaria reforma, según la prensa²⁷⁶, eternamente aplazada por asuntos "más importantes".

En 1991 vuelven a celebrarse Elecciones Autonómicas, el 26 de Mayo, y vuelve a haber cambio de Consejero: Lorenzo Guirao Sánchez (PSOE). Tras lo cual, a los pocos meses Tiburcio Angosto deja su puesto de Jefe de Área y vuelve a Galicia. José Luis López-Mesas también abandona su puesto en la coordinación y vuelve al H.P.R.A.

Al ser preguntado sobre los motivos de su marcha, Tiburcio Angosto responde²⁷⁷ que encontró importantes dificultades para llevar a cabo los cambios necesarios para continuar con el proceso de Reforma Psiquiátrica en la Región: no había clima de cambio en Murcia, no había suficiente aportación presupuestaria para abrir recursos, principalmente las U.P.H. que estaban pendientes de ello, la oposición de los profesionales de la red a abandonar sus privilegios (se tuvo que suspender el decreto para realizar guardias en el Hospital General, abandonar el H.P.R.A.), los dispositivos comunitarios funcionaban de forma autónoma... Como punto fuerte de los cambios llevados a cabo resalta la integración de la red de drogas con la de Salud Mental, a diferencia de otras Comunidades Autónomas.

²⁷⁶ "Los renglones torcidos de la psiquiatría murciana. Luces y sombras". La verdad, 17/07/1994. Página 8.

²⁷⁷ Entrevista a Tiburcio Angosto Saura. 15/08/2014.

V.2.5.1.1. Desarrollo asistencial

La Comunidad Terapéutica "Coto Salinas" desaparece en 1989, así como la Unidad de Alcoholismo del H.P.R.A. en 1990 y se realizan conciertos con otras Comunidades Terapéuticas que hasta el momento eran privadas como La Huertecica²⁷⁸. A partir de ahora el modelo de concierto con entidades privadas será el que se seguirá para las C.T. de drogodependencias.

Tras la desaparición de la Unidad de Alcoholismo en el H.P.R.A. se reconvierte ésta en una segunda U.P.H. dentro del mismo Hospital con lo que ya contaría con 52 camas en total para atender a pacientes agudos.

En Alcantarilla se inaugura un Centro de Salud con una Unidad de Salud Mental (U.S.M.)²⁷⁹ y Planificación Familiar por parte del INSALUD el 29 de julio de 1989. Unos meses antes Izquierda Unida solicita que el Centro de Salud cuente con Unidad de Salud Mental a través de una moción en el pleno del ayuntamiento de Alcantarilla²⁸⁰, para que se tuviera en cuenta las secciones de adultos, infanto-juvenil y drogas en su apertura.

En Cartagena, a su vez, se inaugura un Hospital de Día en julio de 1990 para dar cabida a los programas de rehabilitación²⁸¹.

En 1990 se adscribe a la Cátedra de Psiquiatría en el Hospital General, el Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil, lugar, según refiere su Jefa de Servicio, más adecuado para la docencia y comienzan a rotar los residentes de psiquiatría y psicología clínica por el mismo. Se ocupaba de atender las consultas de ciertas zonas del área I²⁸².

En Noviembre de 1990 se pone en marcha el Programa de Atención en Comisarías y Juzgados (Cruz Roja)²⁸³ que, junto con el de Atención a drogodependientes en Instituciones Penitenciarias, estaba coordinado por la psicóloga Ramona Muñoz Esparza de Cruz Roja. Estos programas, pioneros en el país junto a Cataluña, pretendían garantizar una orientación, una información y un tratamiento específico en función de la necesidad que tenga

²⁷⁸ B.O.R.M. del 25/04/1990. Nº 94. Página 2241.

²⁷⁹ "Inaugurado el Centro de Salud de Alcantarilla". La verdad, 29/07/1989. Página 12.

²⁸⁰ "Izquierda Unida solicita la construcción de un Centro de Salud Mental". La verdad, 30/05/1989. Página 16.

²⁸¹ Memoria Consejería de Sanidad. 1990.

²⁸² Ver nota 30. La psiquiatría infantil en Murcia.

²⁸³ "Murcia pone en marcha un programa piloto de atención a toxicómanos en los juzgados". LA verdad ,12/11/1990. Página 4.

cada uno de los detenidos que quiera participar en él. Se trata de una opción al preso que está a punto de ingresar en el establecimiento penitenciario, que es totalmente voluntaria, según indica su coordinadora. Unos meses antes se habían celebrado en Cartagena las Jornadas sobre la coordinación entre Comunidades Autónomas y Ayuntamientos en la implantación de programas sobre drogas²⁸⁴, en las que participó el Jefe de Área de Salud Mental y expertos en drogas de otras comunidades autónomas.

Durante todo el año 1990 vemos sucesivas noticias en prensa acerca del polémico traslado del C.S.M. Murcia-I desde las dependencias de la Consejería de Sanidad al barrio de La Seda, junto con el equipo de planificación familiar, como venía siendo habitual.

En febrero aparece en prensa²⁸⁵ que el Ejecutivo regional autorizó al consejero de Sanidad para que destine 49'9 millones de ptas. para adecuar los locales correspondientes, que finalmente fueron 65.

A continuación comienza a haber protestas vecinales por su posible atracción de toxicómanos a una zona con tres colegios y dos guarderías muy cercanos (con un total de 1.500 niños), que también se retratan en los periódicos²⁸⁶, en dicha polémica participa Ramón Luis Valcárcel, líder de la oposición municipal (Partido Popular), alegando que hay una sentencia del Tribunal Supremo de febrero de 1988 en la que falla que en las inmediaciones de los colegios no deben construirse centros de toxicómanos. Los vecinos, que se habían reunido con el alcalde (Méndez Espino) y los concejales de Cultura (Martínez Pardo) y Servicios Sociales (Pérez Alfaro), amenazan con manifestarse el día de inauguración del Jardín de La Seda, como protesta. El consejero de Sanidad tiene que desmentir repetidas veces, y por escrito a los vecinos²⁸⁷, que se vaya a tratar a toxicómanos, que solo se tratará temas de Salud Mental, asegurando que los vecinos pueden estar tranquilos pues este tipo de pacientes en modo alguno perturbarán la paz y tranquilidad del barrio, y que lo que tendrán es un barrio con mayor oferta de equipamientos sanitarios.

²⁸⁴ "Expertos de toda España se reúnen en Cartagena para hablar sobre la droga". La verdad, 18/10/1990. Página 8.

²⁸⁵ "50 millones para centros de salud mental y planificación familiar". La verdad, 2/02/1990. página 3.

²⁸⁶ "Sanidad niega que se proyecte un centro de toxicómanos en La Seda". La verdad, 14/07/1990. Página 12.

²⁸⁷ "Sanidad asegura que en el centro de salud "La Seda" no habrá toxicómanos". La verdad, 6/12/1990.

Más adelante²⁸⁸ el Juzgado de Primera Instancia número 4 de Murcia absuelve a la Comunidad Autónoma promovida por la Comunidad de propietarios del edificio Nalón que interpusieron un interdicto de obra nueva para evitar la apertura del nuevo centro, pues siguen considerando que atraerá toxicómanos, pese a que el consejero lo niega. Finalmente se abre en abril de 1991 con el traslado de los dos equipos que compartían las instalaciones de la Consejería de Sanidad (adultos e infanto-juvenil).

Una vez zanjado este asunto vuelve a aparecer otro relacionado con el mismo centro y también es recogido en la prensa²⁸⁹. Se trata del coste del alquiler del centro que será de casi 2 millones de ptas./mes, alquiler muy caro para la época. Más adelante aparecen noticias que asocian el alquiler de dicho centro con el supuesto ánimo de lucro de ciertas personas afines al partido del Gobierno de la Región (PSOE) al alquilar dicho local por un precio mayor del que le correspondía, acusaciones vertidas por el partido Izquierda Unida en la Asamblea Regional en una interpelación al Consejo de Gobierno²⁹⁰ sobre la causa de los continuos cambios de criterio respecto a la ubicación definitiva del C.S.M. de La Seda (se barajaron otras como en las zonas de Espinardo y Juan Carlos I²⁹¹) y la posible malversación de caudales públicos. Finalmente no hubo tal traslado del equipo hasta más adelante en 2001.

En abril de 1991 se abre en Águilas una U.S.M. por parte del INSALUD en el Hospital de San Francisco de dicha localidad²⁹².

A partir de 1991 comienzan a desaparecer las plazas de neuropsiquiatra, llegando en 1995 a quedar solo dos en toda la Región que se extinguieron pocos años más tarde.

²⁸⁸ "El juez autoriza la continuación de las obras del Centro de Salud Mental de La Seda". La verdad, 14/02/1991. Página 11.

²⁸⁹ "Casi dos millones al mes de alquiler cuesta el Centro de Salud Mental "La Seda". La verdad, 19/04/1991. Página 12.

²⁹⁰ "La Comunidad trasladará un Centro de Salud, después de gastar 65 millones en arreglarlo". La verdad, 3/01/1995. Página 13.

²⁹¹ "Hacienda traslada el centro de salud mental para evitar el alquiler más caro de toda la Comunidad Autónoma". La verdad, 4/01/1995. Página 9.

²⁹² "La nueva unidad de Salud Mental contará con un psiquiatra y un psicólogo". La verdad, 27/04/1991. Página 17.

V.2.5.1.2. Primera sectorización

En 1991 se decreta el mapa sanitario de la Región de Murcia delimitando sus zonas de salud y áreas de salud. Aquí se realiza la primera sectorización de los C.S.M. de la Región de Murcia, tan solicitada varios años atrás, que encontramos en el B.O.R.M. con dos Órdenes de la Consejería, una, de Febrero²⁹³, sin contar con los C.S.M. del INSALUD del área VI (Cieza y Molina), y el segundo, que deroga la sectorización de los C.S.M. del primero, de Mayo²⁹⁴ ya los incluye. De tal forma que las los C.S.M., a los que denomina el nuevo eje de la asistencia en Salud Mental, atenderían las siguientes zonas y áreas de Salud:

I. Murcia:

- a. C.S.M. Murcia-I: Murcia/Vista Alegre, Murcia/Santa María de Gracia, Murcia/San Andrés, Murcia/Espinardo, Murcia/Cabezo de Torres, Murcia/Monteagudo, Murcia/La Alberca, Murcia/Algezares, Murcia/Campo de Cartagena, Murcia/El Palmar, Murcia/La Ñora, Murcia/Nonduermas y Santomera.
- b. C.S.M. Murcia-II: Murcia/Centro, Murcia/Vistabella, Murcia/Infante, Murcia/Carmen, Alquerías, Beniaján, Puente Tocinos y Beniel.
- c. Unidad de Salud Mental de Alcantarilla, dependiente orgánicamente del INSALUD: Alcantarilla, Alcantarilla/Sangonera La Seca, Alhama de Murcia y Mula.
- d. C.S.M.-IJ de Murcia: atiende al área I y como centro de segundo nivel las áreas III, IV, V y VI.
- e. C.A.D. de Murcia capital atenderá a la población de las áreas sanitarias I y VI.
- f. H.G. de Murcia: aquí ingresarán todos los pacientes de este área excepto los atendidos por la U.S.M. de

²⁹³ B.O.R.M. de 4/02/1991. N° 28. Página 624.

²⁹⁴ B.O.R.M. de 17/05/1991. N° 112. Página 3179.

Alcantarilla y Murcia/La Alberca, Murcia/Campo de Cartagena, Murcia/El Palmar.

g. H.P.R.A.: aquí ingresarán el resto de áreas y la población no cubierta por el H.G. del área I.

- II. **Cartagena**: su ámbito de actuación es la población del área sanitaria correspondiente.
- III. **Guadalestín**: Igual que área II en cuanto a adultos y drogodependencias. En cuanto a la atención a la población infanto-juvenil dichos centros actuarán como primer nivel debiendo derivar aquellos casos cuya gravedad así lo precise al equipo ubicado en el Centro de Salud Mental I.
- IV. **Noroeste**: Igual que área III.
- V. **Altiplano**: Igual que área III.
- VI. **Vega del Segura/Comarca Oriental**:
 - a. Unidad de Salud Mental de Cieza (INSALUD): Cieza y Abarán .
 - b. Unidad de Salud Mental de Molina (INSALUD): Molina de Segura, Molina/La Ribera, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena, Fortuna y Abanilla .

V.2.5.2. Consejero Lorenzo Guirao

Con el nuevo consejero de Sanidad (mayo de 1991), vuelven a dicha consejería las competencias de Servicios Sociales, además de las de Consumo. Tras dimitir Tiburcio Angosto se le ofrece la Jefatura de Área a Joaquín Nieto Munuera que la ocupará por el breve espacio de un año (Noviembre 1991-Diciembre 1992). El mismo consejero nombrará a Jose María Basterrechea, médico internista de la unidad de desintoxicación del H.G., para la Dirección General de Salud. Al llegar al cargo nombra a Julián Oñate nuevo Coordinador Técnico en Drogodependencias. Por indicación suya se procede a la redacción del primer Plan Autonómico de Drogas 1993-1995, que ve la luz dos años antes que el Plan de Salud Mental. Durante esta época se firman diversos convenios con ONGs para desarrollar los programas

asistenciales de Comunidad Terapéutica y Centro de Día, y para el de atención a Drogodependientes en Instituciones Penitenciarias y el de Atención en Comisarías y Juzgados.

V.2.5.2.1. Proyecto de Remodelación de la Residencia Luis Valenciano

El último año previo a su jubilación de Francisco Román (ésta fue en octubre de 1992) se dedicó a dirigir la Residencia Luis Valenciano que según sus palabras²⁹⁵ "empiezo a organizar aquello, que se habían hecho muchas barbaridades, redactamos normas de funcionamiento, pusimos en marcha la laborterapia, reactivamos los tratamientos psicofarmacológicos. Fue un tiempo de lucha de ideas y económica con el personal y los sindicatos...".

En junio de 1992, realiza por encargo realizar un informe de la situación asistencial del centro y un borrador de propuestas para remodelar la Residencia²⁹⁶ junto con el equipo técnico y representantes experimentados, con frecuentes contactos con el Servicio Técnico de Coordinación de Centros del ISSORM.

En ese momento la distribución de la población residencial es de 437 residentes y se distribuye de la siguiente manera:

- 2 residencias asistidas: una de hombres (72 residentes con edad media de 59 años) y otra de mujeres (81 residentes con una edad media de 70 años).
- 2 residencias: una de hombres (102 residentes con edad media de 50 años) y otra de mujeres (97 residentes con una edad media de 64 años).
- Una residencia mixta con 85 residentes con una edad media de 58 años.

²⁹⁵ Boletín informativo de la Asociación Murciana de Salud Mental, nº 2. Febrero 2002. Entrevista a Francisco Román Moreno.

²⁹⁶ Borrador de Propuestas de remodelación funcional y estructural de la Residencia Luis Valenciano. El Palmar (Murcia), junio de 1992.

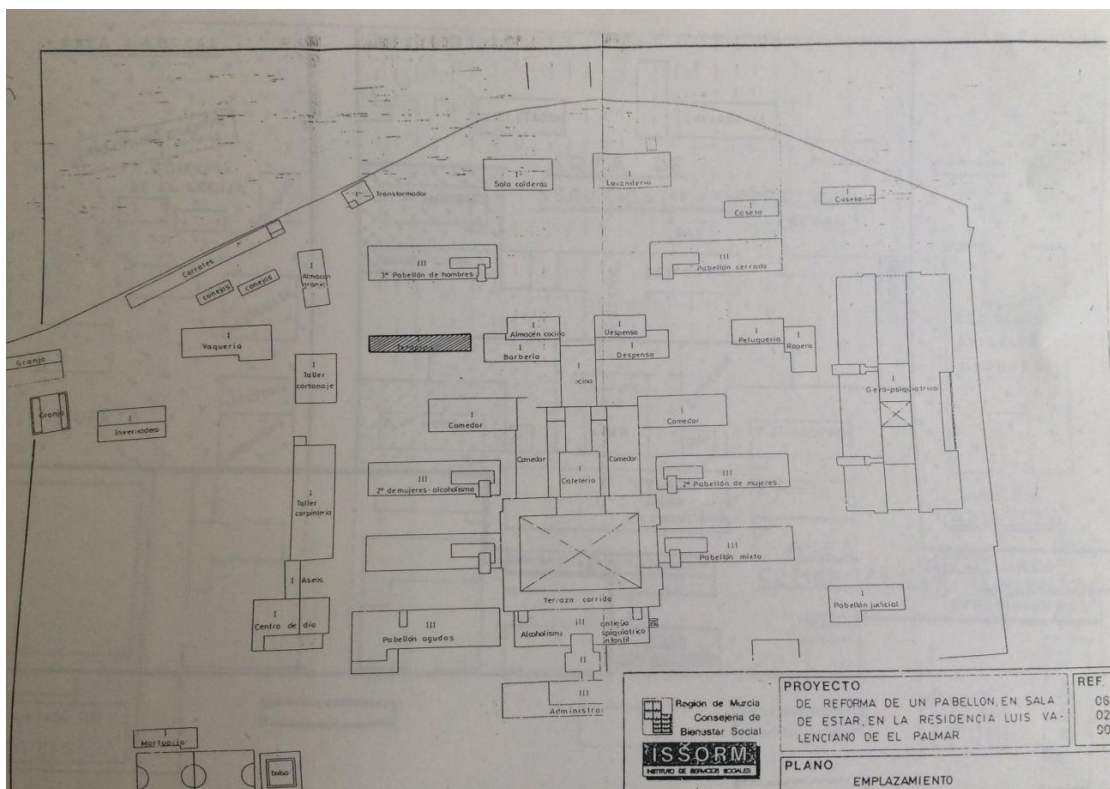


Figura 43. Plano del H.P.R.A. y Residencia L.V. en Mayo de 1990.

Estos datos, indican, alertan sobre el riesgo inminente de convertirse en una residencia asistida de la Tercera Edad e impedir la atención a otros pacientes más jóvenes con una problemática social grave en los que el trabajo de rehabilitación e integración social sería más esperanzador y eficaz. Creen que a esta situación se ha llegado por la falta de definición de funciones de la misma, dando prioridad a personas ancianas y con grave afectación vital. De hecho se comprueba que la mayoría de los fallecimientos se dan en la lista de espera o los ingresados más frecuentes.

En la siguiente gráfica (13) podemos observar la distribución de la población por grados de incapacidad (de menor a mayor). Por pabellones el mixto es que alberga a los residentes con menor grado de incapacidad y los asistidos a los de mayor grado.

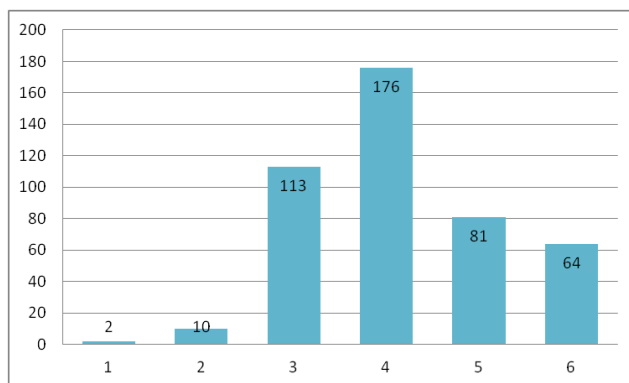


Gráfico 13. División de los residentes por grados de incapacidad (de menor a mayor).

Refieren también una disminución de las actividades rehabilitadoras al dividirse en 1986 el equipo del Servicio de Rehabilitación entre el H.P.R.A. y la Residencia. Unido todo ello al aumento de la edad media de los residentes. La Laborterapia (25% de los residentes) perdió su capacidad de promoción laboral al utilizarse los "premios" al trabajo con un criterio distinto al de la Rehabilitación. La Socioterapia también se abandonó al faltar el motor socializador del Club.

En cuanto a diagnósticos cabe reseñar que el 41'37% presentaban un diagnóstico de Esquizofrenia, un 24'60% de oligofrenia y un 12'30% de demencia senil.

En cuanto a la tramitación de expedientes referentes a la situación judicial de los residentes se ha solicitado la incapacitación de todos los residentes de la misma. De los tutelados 19 se encuentran por el Director del Centro y 3 por sus familias. Ver Gráfico 14.

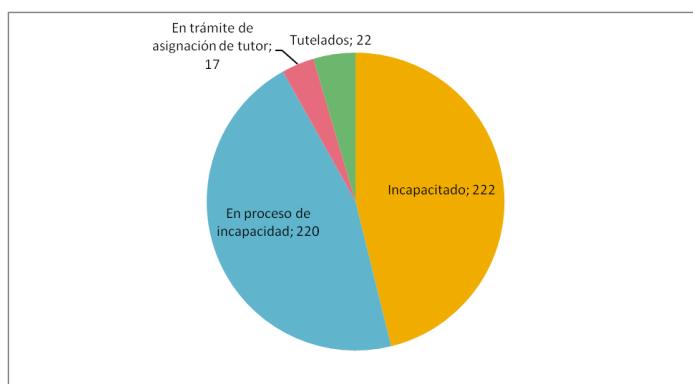


Gráfico 14. Estado legal de los residentes de la Residencia L.V. en 1992.

En el aspecto económico: 320 internados tienen pensión del Fondo de Asistencia Social y 120 pensión contributiva. De ellas el ISSORM cobra el 70% de las mismas por las estancias y el resto queda para uso de los residentes, que para poder hacer un reintegro deberán contar con dos de las firmas del

Director de la Residencia, el Administrador y/o la Jefe de Sección de Administración de Centros del ISSORM. En ese momento el saldo total de todos los residentes es de 100.885.634 ptas.

En la propuesta de remodelación indican que la actuación terapéutica predominante debe ser bien de tipo clínico o bien de tipo rehabilitativo y socializante a nivel de la Comunidad Terapéutica. En los casos en los que sea posible se dirigirá el quehacer asistencial a una reintegración en la Comunidad, bien en el hogar familiar bien en las estructuras intermedias dependientes del ISSORM. Ver Figura 44.

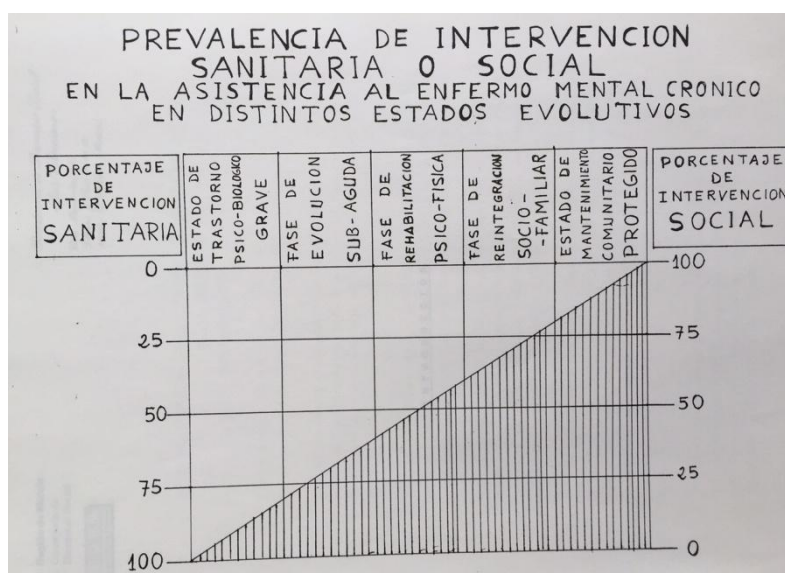


Figura 44. En la que se reparte el porcentaje de intervención social y sanitaria según el estadio evolutivo del trastorno que sufre el paciente.

Tras este análisis se definen tres áreas de funcionamiento:

- Área asistencial: con población de oligofrénicos adultos y psicóticos crónicos con alto nivel de deterioro (grados 5 y 6 de autonomía). Tercer Pabellón de Hombres y psico-geriátrico.
- Área comunitaria: organizada como un hospital-pueblo para una población con mejor capacidad de integración socio-laboral, pero sin posibilidades de vivir fuera del centro (grados 3 y 4 de autonomía). La actividad clínica es menos intensa pero la actividad rehabilitadora es máxima. Está descrita en su filosofía asistencial que su política será la del Hospital Pueblo y terapias institucionales francesas, las técnicas de aprendizaje sociolaboral y la modificación de conducta. El modelo de convivencia será el de la sociedad rural. Se instaurarían las

secciones de fisioterapia, socioterapia (retomando el Club social) y de laborterapia.

- Área de integración socio-laboral: Sería un área de nueva creación para residentes con grados 1, 2 y 3, con posibilidad de realizar una convivencia protegida fuera de la Residencia. Está integrada por una de las plantas superiores del pabellón mixto y el Centro de Día provisional (en la antigua unidad de judiciales, ver Figura 43). En este área se favorecerían los permisos para salir por la tarde, pasar el fin de semana con la familia o en una pensión, etc. Se comenzaría con la 2ª planta del Pabellón mixto y dos habitaciones de la 1ª. Los tres propósitos básicos que tiene son:
 - Externar de la Residencia el máximo número posible de internados integrándoles mediante un apoyo social y humano suficiente.
 - Mantener su convivencia en la Comunidad mediante el apoyo a la familia, la integración en un piso protegido y en los dispositivos sociales comunitarios. El C.D. se podrá usar como lugar de encuentro, apoyo humano, apoyo médico-psicológico y un puesto de trabajo a nivel ocupacional o semi-competitivo remunerado.
 - Evitar internamientos en aquellos casos en los que sea posible la asistencia extrarresidencial.

El proyecto futuro, diseñado por el Director del ISSORM, está concebido como un Minibarrío de la pedanía de El Palmar, construido en terrenos cercanos y dotado con las estructuras intermedias adecuadas para apoyar la integración social de los pacientes y el mantenimiento en la Comunidad a nivel de ciudadanos.

Los proyectos de reformas estructurales serían:

- A corto plazo:
 - *Peluquerías*.
 - *Centro de Día*. Utilizando la antigua Unidad de Judiciales, adosada a las nuevas peluquerías, se han iniciado unas obras de acondicionamiento de la estructura y zona

ajardinada aneja. Requiere una inversión mínima pues ya posee mobiliario y material.

- *Zona deportiva.* Se están acondicionando algunos espacios para practicar baloncesto, balonvolea, mini-fútbol, frontón, bolos, ping-pong, etc.
- *Lavadero de coches.* Propuesto como actividad laborterápica. Pueden trabajar hasta un máximo de 6 residentes. Estaría destinado a "personal de la Casa" y funcionarios.
- *Aparcamiento de coches.* Se propone acondicionar la antigua pista deportiva para aparcamiento de personal.
- *Unidad de acogida.* Habilitación de 4-6 para ingresos urgentes o estudio, evaluación y orientación terapéutica de los pacientes propuestos para ingreso. Se instalaría en la planta baja del Pabellón mixto.
- *Unidades de protección.* Se acondicionarían sendos espacios cerrados en las Residencias Asistidas de Hombres y Mujeres, con dormitorio de 4-6 camas y otro con una cama aislado para episodios de agitación y agresividad. También habría sala de estar, aseo y espacio de jardín aislado. Estas dos unidades se usarían el tiempo mínimo necesario.
- A medio plazo:
 - *Pre-taller.* Actividades ocupacionales elementales.
 - *Taller de artesanía.*
 - *Taller de manufacturas.*
 - *Taller de horticultura y granja.*
 - *Mercadillo.* En la plaza de la Residencia, venderá los artículos elaborados en Laborterapia.
- A largo plazo:
 - *Tanatorio.*
 - *Residencias asistidas.* Construcción de dos residencias de 60 plazas cada una anejas al geropsiquiátrico, una para hombres y otra para mujeres mientras que el

geropsiquiátrico sería mixto y regularía los ingresos de ambos sexos.

- *Minibarrío*. Se ubicaría en los terrenos de la actual huerta. Es un conjunto de unidades residenciales tipo chalet o dúplex y una estructura de apoyo comunitario, diseñados como un pequeño barrio. Se calcula la necesidad de unos 10 dúplex con capacidad para 6 personas cada uno. La función de este área es la reintegración social y el mantenimiento el tiempo posible en la Comunidad. Tendría talleres ocupacionales tanto para internados como para pacientes que se integraron a la familia, descargando a la familia durante 8 horas/día del trabajo de atención al paciente. Tendría contacto con el área laboral para evitar duplicidades.

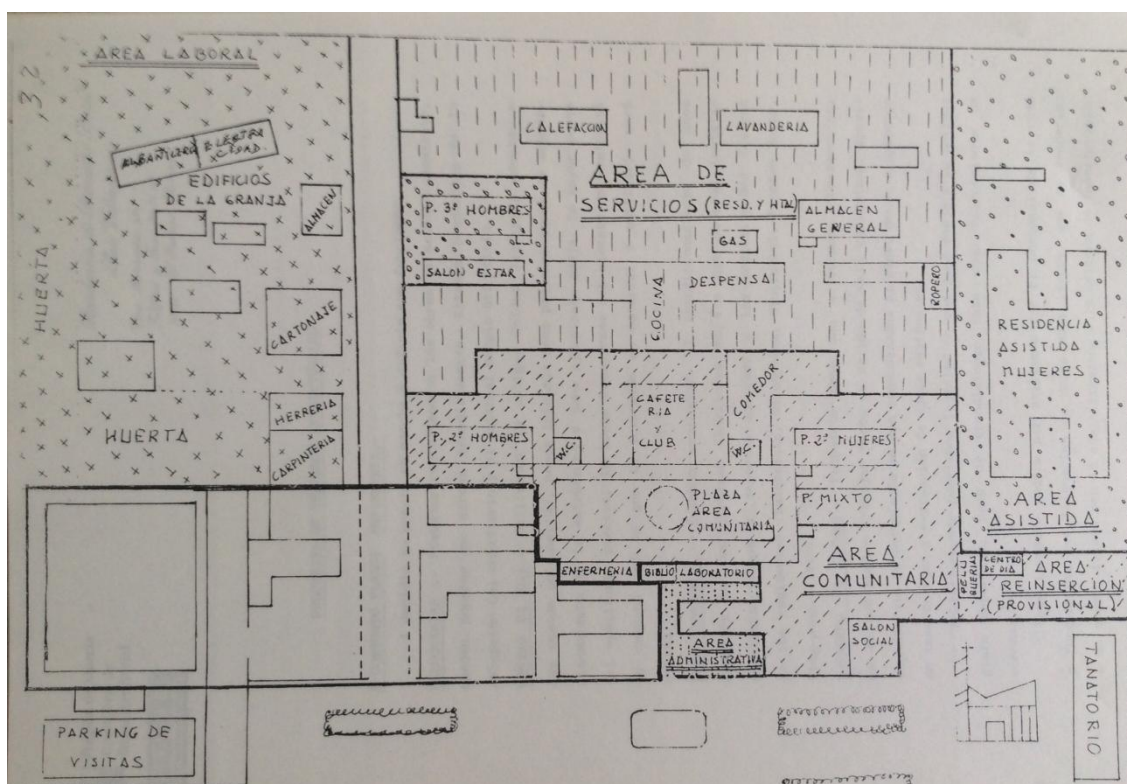


Figura 45. Propuesta de remodelación de la Residencia Luis Valenciano.

En 1992 se celebran las Jornadas en conmemoración del centenario del Hospital Psiquiátrico²⁹⁷ en las que se trataron temas como la historia de la Salud Mental en la Región de Murcia, como la obra científica y asistencial de

²⁹⁷ Tríptico Jornadas Centenario del Hospital Psiquiátrico. 30/11/1992-1/12/1992.

Luis Valenciano (Cesáreo Cerón), vida de Román Alberca, Bernabé Guerrero, películas con imágenes del antiguo Manicomio, y por último se cerró con una mesa sobre alternativas a las instituciones psiquiátricas (Montoya Rico, Fernando Leal, Luis López). Poco antes de esto se había jubilado Francisco Román Moreno, durante muchos años psiquiatra del C.D. del H.P.R.A. y el último año antes de su jubilación, director de la residencia Luis Valenciano, para la que realizó los detallados proyectos de renovación, apertura al exterior y conversión en recurso de rehabilitación comunitario, ya anteriormente citados, que no se llevaron a cabo por los siguientes directores.

V.2.5.2.2. Primer Plan de Salud de la Región de Murcia

El apartado de Salud Mental del plan de Salud de la Región de Murcia publicado en 1992²⁹⁸ es el resumen de un documento de trabajo mucho más amplio realizado por un Comité de Expertos compuesto por: los anteriores miembros de la Unidad Técnica en Salud Mental (Aznar, López y Galiana), Ignacio Anza, Salvadora Franco, Dolores Juárez, M^a Carmen Palma, Concepción Rivera, Francisco Román, Juan Ruiz, y Francisco Toledo. Y en el capítulo de Drogodependencias: Fernando Espí, Julián Oñate, Ramona Muñoz, Joan Jiménez, Pedro Martos y Celia Quirós. El capítulo de Drogas va incluido en el de estilos de vida y principalmente habla de parámetros epidemiológicos de consumo de drogas.

Este Plan que incluye los siguientes capítulos basados en la clasificación DSM-III-R y en el que se aportan datos principalmente epidemiológicos:

- 1. Psicosis:** la esquizofrenia tiene una tasa de incidencia de 0'42-0'51/1.000 habitantes, equiparada en todos los niveles. La prevalencia, morbilidad y severidad de presentación es mayor en áreas urbanas así como en grupos de bajo nivel socioeconómico. El riesgo de incapacidad es del 45% en la

²⁹⁸ Plan de Salud de la Región de Murcia. 1993-1996. Lorenzo Guirao, Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de Murcia. Francisco Martínez Pardo, Gerente del S.M.S. 1992.

esquizofrenia (mal pronóstico) frente a un 13% de buen pronóstico.

2. **Neurosis:** Su prevalencia está entre 7'8-13'8%. La relación por sexos es de 8:5 (mujeres:hombres). En 1990 ocuparon el 68% de las primeras consultas en C.S.M. de la Región. En A.P. suponen el 76% de la patología psiquiátrica (el 12% de trastornos psicóticos y 13'7% de trastornos de personalidad). Los datos sobre lo incapacitante de este tipo de trastornos se encuentran, en muchas ocasiones, enmascarados en diversos "trastornos orgánicos".
3. **Demencia senil:** se estima un prevalencia del 22% en mayores de 65 años de este tipo de patologías degenerativas. En períodos iniciales actuaría el Programa de Ayuda a Domicilio de Servicios Sociales, que en 1991 fue de 1.522 (para unas estimaciones de 8.931). La dotación de camas actual del sistema público es de 60 en el Conjunto residencial de Espinardo y de 130 en el geropsiquiátrico de la Residencia Luis Valenciano, para una estimación de necesidades de 3.906 plazas (10% asistidas para terminales). Se advierte sobre su creciente aumento y que precisará de crecientes inversiones.
4. **Infanto-juvenil:** los más incidentes son los trastornos afectivos dentro de los que se atienden. El tratamiento a corto plazo permite prevenir el fracaso escolar y la instauración de una patología neurótica o de personalidad en el adulto.

Los objetivos que se plantean en este plan son los siguientes:

	OBJETIVOS	REALIDAD EN 1996*
1993	8. Para 1994 se implantará con carácter de experiencia piloto en un Área de Salud el Programa de Salud Mental, que se extenderá, tras su evaluación, al resto de Áreas para 1996.	No se implantó en ningún área.
	8.1. Un grupo de trabajo intersectorial elaborará un programa de intervención basado en diagnóstico precoz que establecerá protocolos adecuados de atención y derivación entre A.P., C.S.M. y U.P.H. y garantizará la continuidad durante el proceso de atención.	Se cumplió progresivamente.
	30. Se pondrá en marcha el Plan Regional sobre Drogas con el objeto de reducir el consumo de tóxicos, potenciando la coordinación entre distintas administraciones para incidir sobre las causas, facilitar asistencia y promover la inserción social.	Se cumplió.
	85.1. Se desarrollará el Convenio existente entre INSALUD y Consejería de Sanidad en Salud Mental mediante el Comité de Enlace.	No se cumplió. Aunque, de facto, el convenio funciona como si se hubiera firmado, por la "buena voluntad" entre las partes.
	85.2. Se procederá a la integración de las unidades de Salud Mental en INSALUD.	Se cumplió.
	86.1. Durante 1993 se definirán los servicios básicos de todos los dispositivos de Salud Mental y Drogodependencias, así como los criterios para su acreditación y evaluación.	No se definió por escrito.
	86.2. Se establecerán protocolos de derivación entre estos dispositivos y A.P.	Se cumplió.
	87.1. Se pondrá en marcha un C.D. en Murcia.	No se cumplió. La existencia del C.D. del H.P.R.A. hacía pensar que cubría el área I.
1994	8.2. Se habrán establecido los acuerdos intersectoriales entre los departamentos de salud, servicios sociales, educación y justicia que posibiliten una línea de actuación homogénea frente a la problemática de salud mental infanto-juvenil y adultos.	No mediante acuerdos escritos pero sí verbales: - S. Sociales: colaboración de H.P.R.A. con L.V. - Justicia: informes, peritajes, programa de Drogas en Instituciones penitenciarias.

		- Educación: formación pre y postgrado en Salud Mental.
	85.3. Integración de todos los neuropsiquiatras de zona en la Red Regional.	Se redujeron pero no se integraron todos (quedan 2).
	87.2. Se pondrá en marcha un C.D. en Lorca.	No, hasta 1999.
	87.3. Estarán en funcionamiento las U.P.H. de los hospitales Morales Meseguer, Rafael Méndez y Rosell.	En 1996, solo se había puesto en marcha la U.P.H. del hospital Rafael Méndez (con personal insuficiente).
1995	8.3. Se implantará un programa de rehabilitación elaborado conjuntamente entre los departamentos de salud y servicios sociales que defina los objetivos a lograr en los diferentes problemas de salud mental y los dispositivos necesarios, con delimitación de funciones y criterios normalizados de derivación entre ellos. Este programa incluirá la definición de los cuidados y ayuda domiciliaria, así como las necesidades de camas asistidas para diferentes patologías y para residencias de mayores de 65 años.	No se ha cumplido.
	87.4. Se habrán creado dos nuevos Equipos de Salud Mental y definido las Unidades de Desintoxicación en Murcia y Cartagena.	En 1996 solo se había creado un nuevo Equipo (Morales Meseguer). Las unidades poseen dos camas cada una y son insuficientes.

Tabla 62. Comparación de propuesta de objetivos y la realidad que ocurrió durante los siguientes años (fuente: ver nota 299, Plan de Salud Mental de la Región de Murcia de 1995-1999).

Un mes antes de marcharse, Joaquín Nieto elabora un informe³⁰⁰ sobre el estado de la Salud Mental en la Región de Murcia exponiendo la situación actual y realizando una crítica mediante la exposición de las conclusiones de la tesis de Presentación Ataz³⁰¹ (información poco actualizada en ese momento, pues estas datos son de 1988), es decir: la duplicidad de servicios en dos redes paralelas (INSALUD y Comunidad Autónoma), oferta de servicios no coordinada ni planificada, no evaluación de rendimientos ni corrección de

²⁹⁹ Informe de la situación actual de la Salud Mental en la Región de Murcia. Carlos Giribet Muñoz, Jefe de Área de Salud Mental. Marzo de 1996.

³⁰⁰ Informe sobre los Servicios de Salud Mental de la Región de Murcia. Noviembre, 1992. Joaquín Nieto Munuera. Dirección General de Salud. Salud Mental.

³⁰¹ Ver nota 30. Tesis doctoral de Presentación Ataz López. "La Reforma de la Asistencia Psiquiátrica Murciana (1983-1988). Dirigida por José María Morales Meseguer. Enero 1989.

desviaciones posibles, falta de dispositivos intermedios, C.S.M. insuficientes, y problemas con la sectorización hospitalaria.

Describe, a continuación, el organigrama deseable del S.M.S. en el que la Salud Mental quedaría como una Dirección junto a la de A.P. y Hospitalaria. Cada área sanitaria tendría un Responsable de Centro y otro de Hospital, y por debajo de estos, responsables de programas.

Las estimaciones de aumento de personal para los diferentes servicios son las siguientes:

	Psic					Psic					DUE					TS		Aux					TO	
	A	I	D*	C	H	A	I	D	C	H	A	I	D	C	H	A	C	A	I	D*	C	H*	C	H
I	7	1	2	1	/2*	5	2		1	/1	3		2	1	/6	2	1	4		1	1/1*		2	/1
II	5	1	1		6 /2*	3	1	1		2/ 1	3	1	2		9/ 1	2		4	1	1		14 /6		1/ 1
III	2	1			3	1		1		1	1	1	1	1	7			2		1	1*	14	1	
IV	1					1										1		1						
V	1															1								
VI	4	1	1		6	2	1	1		2	2	1	1		9	1		3		1		14		1

Tabla 63. Estimaciones de aumento de necesidades de personal en los C.S.M. A=Adultos, I= Infante-Juvenil, D= Drogodependencias, C= Centro de Día, H=Unidad de Hospitalización Psiquiátrica /Unidad de Desintoxicación hospitalaria* Los psiquiatras se cubrirán con médicos y los auxiliares serán clínicos, no administrativos como en el resto. Fuente: ver nota 300.

V. 3. Tercera etapa 1993-1995

V.3.1. Elaboración del plan de Salud Mental de 1995

V.3.1.1. Vuelta a la Unidad Técnica

En 1992, Luis López Sánchez, psiquiatra que trabajaba en el C.S.M. Murcia-II y que había formado parte ya de la primera Unidad Técnica de Salud Mental es llamado por Joaquín Nieto para colaborar con él en la coordinación de la Salud Mental. Al poco de aceptar (noviembre) dimite Joaquín Nieto y López decide volver a convocar a la anterior unidad técnica llamando a Juan Antonio Aznar para afrontar el reto de confeccionar un plan de salud mental, del que la Región aún carecía, y que esta vez, parecía haber una coyuntura más favorable para sacarlo adelante. Para ello también se incorpora a la misma María Tejerina y M. Galiana, aún Director Médico del H.P.R.A.

La supresión de las tasas en los servicios sanitarios se realiza de acuerdo a la Ley 6/92 de 23 de diciembre³⁰², de tasas, precios públicos y contribuciones especiales.

En prensa^{303,304} aparece un extenso artículo fruto de una entrevista con Jose Luis López-Mesas, relacionado con una reciente noticia de un paciente que había ingresado tres veces en el H.P.R.A. y ha producido un hecho violento (un muerto y cuatro heridos), en el cual hace una crítica a la falta de un plan de rehabilitación y de reinserción social, y las deficiencias que sufre la Salud Mental -centenaria de la Sanidad- cuando trata a más de 20.000 murcianos al año en sus consultas, más que los enfermos de SIDA y drogadictos registrados en toda la Región. Considera que la Salud Mental sigue marginada porque los enfermos y sus familiares no protestan en la calle, no protagonizan grandes movilizaciones en los periódicos y no crean la alarma social que causan los toxicómanos, ni tampoco provocan delincuencia, ni levantan la solidaridad de los afectados por el SIDA, en resumen, que no

³⁰² B.O.R.M. núm. 301 de 30/12/1992. Suplemento núm. 6 Página 377-433.

³⁰³ "El centenario del Hospital Psiquiátrico. Reflexiones entre el hastío y la esperanza". La verdad, 26/12/1992.

³⁰⁴ "Nunca se puede prever el comportamiento en la calle de un enfermo mental". La Opinión, 28/12/1992. Página 6.

"vende" ni tiene eco social. Propone mejorar la coordinación entre INSALUD y la Consejería de Sanidad, apertura lo antes posible de U.P.H. en Lorca y Cartagena, reordenación de la estructura administrativa de los equipos de Salud Mental de la Región mediante Decreto, incluir dentro de este espíritu de coordinación al ISSORM, que gestiona la Residencia Luis Valenciano, que no es sino una parte desgajada del H.P.R.A. Concluye en que hay que motivar a los profesionales e infundir esa preocupación en los familiares, muchas veces más pendientes de cobrar la pensión que de pensar en la curación de su pariente.

En Abril de 1993 se abre la U.P.H. de Lorca con 10 camas³⁰⁵ y un psiquiatra contratado, con resto de personal del Hospital (INSALUD). Las guardias se realizaban por personal del área.

Al poco tiempo Luis López como Jefe de Área acumula la gestión de la red de Salud Mental Comunitaria, de la red de Drogodependencias, ya integrada con la de Salud Mental, y la gerencia del H.P.R.A. con lo que es el primer coordinador que tiene la capacidad de gestionar todos los ámbitos de la Salud Mental en la Región de Murcia.

En Marzo de 1994³⁰⁶, se publica un amplio informe en prensa en el que se le da voz a Manuel R. Galiana, director médico del H.P.R.A., Luis López, Jefe de Área de Salud Mental, Carmen Llor, coordinadora del C.S.M. La Seda, haciendo una revisión de la historia de la Salud Mental en la Región y de su situación actual.

En prensa³⁰⁷ se anuncia el inicio de la construcción del futuro centro de Salud de San Andrés, que contará con una unidad de apoyo de Salud Mental, rehabilitación y planificación familiar. Abrirá sus puertas más de dos años después el C.S.M. "San Andrés", en el piso superior del anterior³⁰⁸ (15/07/1994) donde se especifica que se acogerán los servicios que se prestaban hasta ese momento en el Hospital General (consulta externa) y el C.S.M. Murcia-II sito en la Tienda-Asilo. Su cobertura abarcaría una población

³⁰⁵ Memoria asistencial. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Año 2000.

³⁰⁶ "Entre el encierro y la terapia". "La Consejería apuesta por el cambio asistencial". La verdad, 12/03/1994. Páginas 59 y 62. Cuadernos de Sanidad.

³⁰⁷ "El nuevo centro de San Andrés atenderá a más de 53.000 habitantes". La verdad, 13/02/1992. Página 17.

³⁰⁸ "La Consejería concentra dos centros de Salud Mental en el mismo barrio de Murcia". La verdad, 14/06/1994. Página 10.

de 120.000 habitantes. El Jefe de Área de Salud Mental (Luis López) informó de que esta ubicación sería provisional (2-3 años) hasta su posterior traslado al barrio de Infante, que será su ubicación definitiva. El Equipo de Salud Mental se trata de 4 psiquiatras, 3 psicólogos, 2 enfermeros y 1 Asistente Social, que podría ampliarse con un psiquiatra infantil. Lo controvertido de la ubicación del centro es su cercanía al otro C.S.M. "La Seda", unos 100 metros, éste atiende a 180.000 habitantes -las primeras protestas vecinales quedaron en nada una vez comenzó a funcionar el centro-, según refiere López, se eligió este emplazamiento por motivos de oportunidad y de disponibilidad de espacio.

En 1995 se crea otra asociación de familiares de enfermos mentales³⁰⁹ (AMAFEN, Asociación Murciana de Amigos, Familiares y Enfermos Mentales) que anuncian la creación de un programa radiofónico y una publicación periódica cuyos contenidos serán elaborados por enfermos mentales. Se constituyó en diciembre de 1994, y en rueda de prensa que compartió su presidente -Francisco Provencio- con el Jefe de Área de Salud Mental -Luis López-, denunciaron la falta de espacios necesarios para su tratamiento como talleres ocupacionales y centros deportivos y culturales.

Previo a la publicación del Plan de Salud Mental vemos varias noticias en prensa anticipando sus propuestas³¹⁰: acabar con la antigua estructura de manicomio que persiste en el complejo psiquiátrico de El Palmar, traslado de pacientes mayores de 60 años a centros especiales y demolición de los viejos pabellones de la Residencia Luis Valenciano, habrá un Plan de Transformación del H.P.R.A. enfocado a su desmantelamiento -siguiendo las directrices de la Ley General de Sanidad, aclara López-, desde el 20 de marzo todos los C.S.M. se unificarán en una sola red ambulatoria con un solo hospital de referencia y desaparecerán los neuropsiquiatras de zona.

Una semana antes de la publicación del Plan, en unas declaraciones a la prensa³¹¹, revela que el H.P.R.A. se transformará en un centro de rehabilitación en el plazo de dos años, conforme se vayan abriendo las unidades de Psiquiatría de los hospitales Morales Meseguer y Rosell. Refiere

³⁰⁹ "Todavía hay quienes se avergüenzan de tener un familiar enfermo mental". La verdad, 23/02/1995. Página 10.

³¹⁰ "Ancianos y minusválidos serán trasladados del actual manicomio a centros especiales". La verdad, 17/03/1995. Página 10.

³¹¹ "El único manicomio de la Región será desmantelado en el plazo de dos años". La verdad, 2/05/2015. Página 10.

también que ochenta profesionales han trabajado en su confección desde hace año y medio y será presentado de inmediato como instrumento para definir el modelo de funcionamiento de la asistencia psiquiátrica en la Comunidad, en coordinación con A.P. Propone la rehabilitación como una alternativa al internamiento. Coincide su presentación también con la finalización de las obras del pabellón de Subagudos.

V.3.1.1.1. La "ruina" del Hospital Psiquiátrico

No sabemos a qué obedece pero como vemos en la siguiente tabla (64), incluida en la Memoria del H.P.R.A. *ex profeso*, el número de electroshock disminuía cada año en el H.P.R.A., probablemente por el aumento de su número en el Hospital General tras la sectorización.

En cuanto al número de informes periciales vemos lo contrario. En este caso el H.P.R.A. tenía que proporcionar este servicio cuando fuera requerido por un Juez para ello.

	1990	1991	1992	1993
Analíticas	76.197	41.565		
Electroshock	510	443	306	231
Informes periciales	99	121	108	196

Tabla 64. Relación de "Otras actividades" del H.P.R.A. en la memoria del 1993.

Encontramos numerosas referencias en prensa³¹² acerca del Pabellón de Subagudos, después de haberse descartado su remodelado en 1992 por su necesidad de nueva construcción. Los enfermos de éste se trasladaron por motivos de un informe de la Dirección de Patrimonio lo declaraba en malas condiciones a finales de 1992: los primeros meses, a un recinto en Mazarrón, posteriormente a Espinardo, y finalmente se ubicaron en un Pabellón de la Residencia Luis Valenciano (2º Pabellón de Hombres). El Director Médico del H.P.R.A. Manuel R. Galiana aduce que se ha tenido que reducir el número de

³¹² "Enfermos del Psiquiátrico permanecen casi un año hacinados en un pabellón". Diario 16, Murcia, 27/10/1993. Página 7.

enfermos en esta unidad a 45 ya que no existe espacio físico para albergar a más.

Casi un año más adelante, ya en verano de 1994, la Asociación Murciana de Salud Mental³¹³ pide, mediante una carta al consejero que no parchee la situación, consecuencia de la falta de interés de las sucesivas administraciones autonómicas, y pide impulsar medidas alternativas a la hospitalización mediante programas de corto, medio y largo plazo que desarrollen los dispositivos de rehabilitación. Exigen que se dé prioridad al enfermo mental crónico, que, habiendo sido el objetivo principal, ha llegado a ser el gran olvidado de la Reforma, además de ofrecer su disponibilidad para colaborar y participar en todas las actividades que contribuyan al desarrollo de la Salud Mental.

Cincuenta profesionales del H.P.R.A. firman una carta y aportan fotos y vídeos acerca de la situación del pabellón 2º de Hombres de la Residencia L.V. donde se hallaban alojados los 45 enfermos de la Unidad de Subagudos, con las que coincide, en líneas generales el Director Médico, M. Galiana³¹⁴.

El Consejo de Gobierno aprobó la construcción de un nuevo pabellón de Subagudos con una inversión de 91 millones de ptas, de los que 49 serán ejecutados este año (dentro de los 300 millones de ptas. que se aprobaron en 1991 para la remodelación del H.P.R.A.). Las obras duraron más tiempo del previsto porque se fueron descubriendo numerosos defectos de construcción en distintos pabellones³¹⁵. Esto lleva a que los 45 pacientes lleven casi dos años trasladados en otro pabellón de la Residencia L.V. en condiciones "infrahumanas" según señala el periódico que afirman los profesionales que trabajan allí³¹⁶. Las quejas de los profesionales son muy reiteradas en prensa como podemos ver, y se refieren a las condiciones higiénicas y habitacionales del pabellón principalmente, como la extrema temperatura que alcanzaban las habitaciones al no poder abrirse las ventanas -por riesgo para los enfermos- y

³¹³ "La Consejería construirá un pabellón para los esquizofrénicos que mantiene abandonados". La verdad, 16/07/1994. Página 8.

³¹⁴ "Esto no lo ha hecho el Gobierno socialista". La verdad, 12/07/1994. Página 4.

³¹⁵ "Acusan a Sanidad de tener en condiciones inhumanas a 80 enfermos mentales". La Opinión, 12/07/1994. Página 3.

³¹⁶ "Los trabajadores del Psiquiátrico ya denunciaron pulgas y falta de agua". La verdad, 12/07/1994. Página 5.

no existir aire acondicionado -en verano de 1994, tras estas noticias, se instalaron 6 aparatos-.

Al día siguiente se publica en el mismo periódico la continuación de las críticas de la Asociación Murciana de Salud Mental: ausencia de adecuada ventilación, 4 duchas compartidas entre hombres y mujeres, dormitorios como pabellones militares, sala de curas instalada en retretes (aportan foto). La presidenta afirma que muchos aspectos del H.P.R.A. y la Residencia aneja siguen respondiendo a lo que es un manicomio, una herencia del pasado, aunque especifica que la remodelación de la unidad de Agudos y el C.D. es suficiente y no merecen las mismas críticas que el pabellón de Subagudos. Ante estas críticas se defendía el H.P.R.A. por medio de la prensa³¹⁷ también, a través de Jose Luis López-Mesas, indicando que el resto del H.P.R.A. se encontraba en muy buenas condiciones y criticaba el inmovilismo administrativo de los dos años anteriores.

Un poco más adelante la Oficina del Defensor del Pueblo³¹⁸ (Margarita Retuerto, Defensora del Pueblo en funciones) da por finalizada la investigación que emprendió a raíz de las deficientes condiciones en que se producía el alojamiento de los pacientes que anteriormente eran atendidos en el pabellón de Subagudos del H.P.R.A., así como las precarias instalaciones que debía usar el personal sanitario³¹⁹. Acude en noviembre para comprobar que las obras se están realizando en el pabellón de subagudos y que también se han mejorado, en lo posible, las condiciones de habitabilidad en las dependencias provisionales en las que se encuentran (Pabellón 2º de Hombres de la Residencia L.V.).

Los gastos a finales de 1994 en obras de remodelación ascienden a 500 millones de ptas.³²⁰, parte de ellos transferidos por el Ministerio³²¹, incluyendo la construcción del pabellón geropsiquiátrico (225 millones) en las dependencias del ISSORM.

³¹⁷ "Otra vez los enfermos mentales". La verdad, 20/07/1994. Página 23.

³¹⁸ "El Defensor del Pueblo da el visto bueno a las mejoras realizadas en el Hospital Psiquiátrico". La verdad, 29/11/1994. Página 9.

³¹⁹ "Sanidad mantiene en condiciones infrahumanas a 45 esquizofrénicos". La verdad, 12/07/1994. Página 3.

³²⁰ "La ampliación de la residencia Luis Valenciano incluirá una unidad especializada en Alzheimer". La verdad, 15/12/1994. Página 16.

³²¹ "El Ministerio transferirá 500 millones de pesetas a Asuntos Sociales en 1994". Diario 16, 10/11/1993.

Finalmente, el saldo de esta crisis fue la reconstrucción o remodelamiento del C.D., pabellón de ingresos y unidad de Subagudos en el H.P.R.A. además de otras reformas en la Residencia L.V. para mediados de 1995.

V.3.1.1.2. Objetivos para 1993-1994

En junio de 1993 se redacta un documento por parte de la Unidad Técnica de Salud Mental³²² en el que se establecen los objetivos (en negrita) y la evaluación de los mismos para este año para avanzar en el proceso de Reforma Psiquiátrica de esta Comunidad, que en comparación con otras, se valora a un nivel de poco desarrollo. Encontramos dos objetivos básicos:

A. REESTRUCTURACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL (es el primer documento oficial en el que encontramos el término Red).

1. Servicios Centrales de la Consejería de Sanidad.

- i. **Definición del organigrama.** Se realizó uno provisional (aparece en un anexo) en dos tiempos. En un primer tiempo dependerían jerárquicamente del Jefe de Área los Directores de programas de hospitalización y de programas extrahospitalarios. Los directores de programas tendrán capacidad de gestión del gasto económico de los programas 412-K y D y sobre el personal. En un segundo tiempo se sustituirían por coordinadores de Área y por debajo de ellos dependerían los diferentes servicios, incluyendo hospitalización. Se advierte sobre el riesgo en este segundo tiempo de restarle importancia al proceso de transformación de la Salud Mental debido a que recursos del área comparten ubicación con hospitales y procesos de integración complejos.
- ii. **Conformación del equipo.** Se cubren 5/8 puestos requeridos
- iii. **Ubicación.** Diferentes plantas de la Consejería de Sanidad.

³²² Documento informativo de la situación actual en el Área de Salud Mental. Junio de 1993.

- iv. **Elaboración del Plan Regional de Salud Mental y del Plan de Drogodependencias.** El documento de Salud Mental está en proceso de elaboración y se espera su terminación en otoño de 1994, el de Drogodependencias está en proceso de alegaciones de las entidades pertenecientes al Consejo Asesor de Drogodependencias.
- v. **Estructuración de los servicios asistenciales del área de Salud Mental.** Tiene dos componentes por orden de desarrollo: normativo (decreto de plantillas, puestos, jerarquías, etc.) y económico (capítulo I).
- vi. **Elaboración de un programa para la formación continuada MIR y PIR.** Se ha iniciado su gestión. Se ha recopilado información y se han llevado a cabo acciones concretas con la Comisión Nacional de Especialidades.
 - 1. En cuanto a los MIR está pendiente formalizar la acreditación de la red y completar la formación con la rotación por los centros asistenciales extrahospitalarios.
 - 2. En cuanto a los PIR está pendiente la regulación de esta formación para poder acreditar la red.
- vii. **Creación de una unidad de prevención.** Se incorpora una persona a la Unidad Técnica con este cometido.
- viii. **Creación de una unidad para la recogida de información y evaluación de servicios y programas, que asumirá las directrices de investigación.** Pendiente de los trámites administrativos para que se incorpore la persona requerida.

De este bloque de objetivos (A1) se han iniciado gestiones en 8 de 9 objetivos (89%), de los cuales se hallan en grados de desarrollo completo o alto el 55% a mediados de año. Ver Gráfico 14. Se requiere esfuerzo económico en solo un objetivo, el resto son organizativos. Se prevé cumplirlos al 100% a final de año.

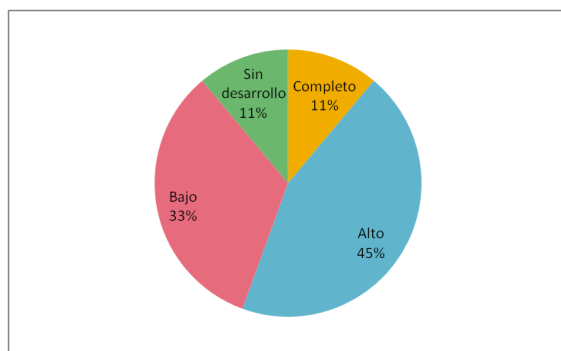


Gráfico 14. Grado de

desarrollo de objetivos A1.

2. Coordinación con otras instituciones.

i. **Desarrollo del marco institucional establecido para la participación en el proceso de Reforma Psiquiátrica y la coordinación de recursos del INSALUD y Consejería de Sanidad.** Las guardias hospitalarias las realizaría todo el personal del Área (retribuidas por INSALUD), y se facilitaría la permeabilidad de los puestos entre los servicios hospitalarios y extrahospitalarios, que funcionarán como equipo único. La coordinación del Área se hará mediante una Comisión asistencial (puestos de presidente y secretario irán rotando anualmente).

- a) *Programa marco de integración de recursos para el área II.* Redactado el convenio, en fase de negociación y estudio de viabilidad.
- b) *Programa marco de integración de recursos para el área III.* Proyecto puesto en marcha desde mediados de abril de 1993.
- c) *Establecimiento de un grupo de trabajo para elaborar el plan de integración de la atención extrahospitalaria en Salud Mental y la sectorización de la misma junto con la hospitalaria.* Objetivo sin desarrollar aunque se han realizado los primeros contactos.

ii. **Coordinación con Servicios Sociales para definir las tareas comunes y las competencias en el área de rehabilitación y atención residencial a pacientes crónicos.**

No desarrollado. Pendiente de la nueva estructuración de la Consejería.

- iii. **Creación de un programa de atención integral al paciente psicótico.** No desarrollado. Es el más ambicioso e implica a varias instituciones. Supone en sí mismo un indicador del desarrollo de los restantes objetivos.

De este bloque de objetivos (A2) se han iniciado gestiones en 3 de 6 objetivos (50%). De los cuales se hallan en grados de desarrollo completo o alto el 23% a mediados de año. Ver Gráfico 15. Este tipo de objetivos requieren que se impulse la colaboración entre INSALUD y Consejería.

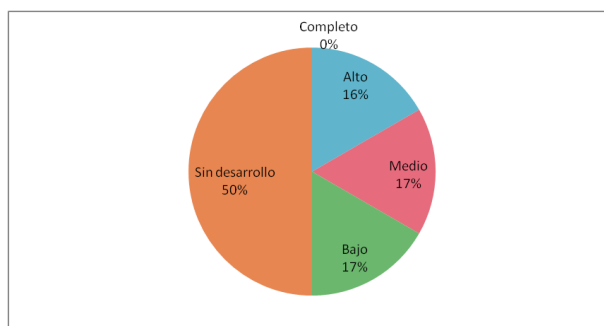


Gráfico 15. Grado de desarrollo objetivos A2.

B. CONSOLIDACIÓN Y DESARROLLO DE LA RED.

1. **Creación de U.P.H. con colaboración en guardias localizadas y apoyo de funcionamiento de la Unidad.:**
 - i. *en el Hospital Rafael Méndez, Lorca.* Funcionando desde el mes de Abril de 1993.
 - ii. *en el Hospital del Perpetuo Socorro, Cartagena.* Fase de negociación, previsto el capítulo económico.
2. **Remodelación de la Unidad de Subagudos y estructuración del Servicio de Rehabilitación del H.P.R.A.** Se confecciona una propuesta de Decreto para realizarlo.
3. **Creación de una Unidad de Rehabilitación de área para el Área I.** Pendiente de una reestructuración de los recursos de este área para planear ubicación.

4. **Consolidar en plantilla al personal laboral eventual y cobertura de plazas por concurso oposición.** Inviabile actualmente, aunque se han realizado trámites para que se puedan ofertar lo antes posible.
5. **Dotación de personal y medios para el Servicio Móvil de atención a drogodependientes.** Adquirida la ambulancia, pendiente de contratar personal eventual (previsto).
6. **Compra de los locales del C.S.M. "La Seda".** Completado. Se realizó en Abril de 1993.
7. **Apertura de una U.T.O. en Lorca.** A punto de iniciar funcionamiento.
8. **Ampliación de la cobertura de servicios de Salud Mental y Drogodependencias en Águilas.** Contratado ya el psiquiatra que ejerce ya en Lorca pendiente de establecer sus funciones con el municipio e INSALUD.

El grado de cumplimiento de estos objetivos es el siguiente a mitad de año, ver Gráfico 16:

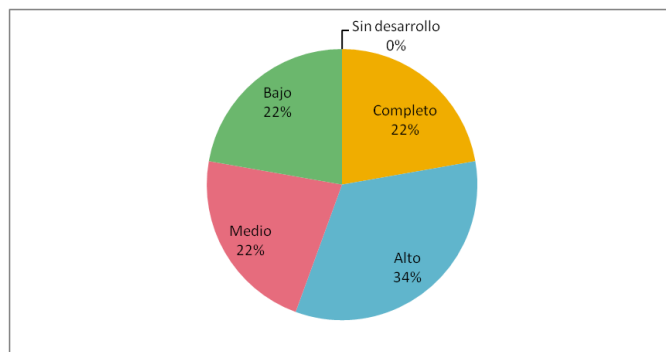


Gráfico 16. Grado de cumplimiento de objetivos 13-22.

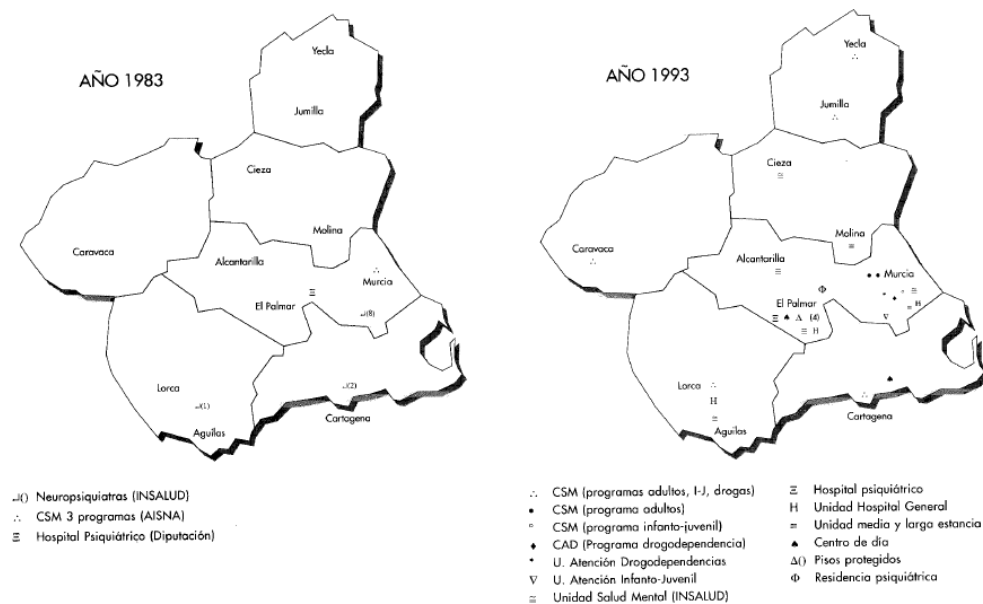


Figura 46. Comparativa de dispositivos a lo largo de la década 1983-1993.

En cuanto a la Residencia Luis Valenciano se redacta un informe técnico el mismo año sobre el acuerdo entre Consejería de Sanidad e ISSORM³²³ que señala los siguientes problemas: inmovilización de camas de agudos (20%) por patologías susceptibles de hospitalización de media y larga estancia, la población de media estancia en su mayoría es susceptible de atención residencial, la Residencia L.V. sigue teniendo características manicomiales con la mezcla de patologías, hacinamiento y cultura institucional que le son propias, falta de criterios claros de ingreso y de definición de sus funciones (lo que lleva a un abandono de ciertas patologías más incapacitantes), desde el sistema sanitario no se han desarrollado programas rehabilitadores en la comunidad.

La propuesta funcional que proponen sería la creación de una comisión mixta inserta en el Programa de Atención Integral al paciente Psicótico Crónico, con capacidad ejecutiva suficiente para llevar a cabo los siguientes objetivos:

- Análisis de la atención a los pacientes crónicos de Salud Mental y las responsabilidades de ambas Consejerías en el ámbito de:
 - Necesidades residenciales: tipo de residencia necesaria, definición de sus funciones, criterios de admisión, coordinación y cooperación con otros dispositivos, etc.

³²³ Ver nota 184. Informe sobre el Acuerdo entre Consejería de Sanidad e ISSORM. 1993.

- Necesidades rehabilitadoras: tipo de estructuras intermedias específicas necesarias, su coordinación con otros dispositivos asistenciales y el uso de recursos sociales normalizados.
- Inclusión de personal de Salud Mental en la Comisión de Admisión de la Residencia.
- Participación en la elaboración de los criterios de admisión de dicha Residencia.
- Coordinación en la toma de decisiones en el área económico-administrativa, en los asuntos de interés común.
- Colaboración en actividades de rehabilitación y reinserción dentro del área de H.P.R.A. y Residencia L.V.

V.3.1.1.3. Drogodependencias

A la dimisión de Carlos Collado en mayo del 93 sucede la de García Basterrechea, por lo que el Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales, Lorenzo Guirao, nombra a José Manuel Sebastián Raz, como Comisionado para la Droga, con rango de Director General, con competencias exclusivas en el área de drogodependencias.

Los datos del informe de la Consejería sobre el Sistema de Información sobre Toxicomanías se dieron a conocer en prensa³²⁴ destacando la disminución del consumo de heroína (del 92'5% al 89%) y el aumento del de cocaína (del 7'5% al 10'7%), así como del policonsumo. El Programa de Prisiones ha aumentado su personal y el número de peticiones de tratamiento.

Las Unidades Móviles de prescripción y dispensación de metadona acercan los recursos sanitarios a colectivos sociales que se caracterizan, habitualmente, por pertenecer a zonas especialmente deprimidas y marginadas de las ciudades y que presentan una motivación más que limitada para acudir a los Centros de Atención a Drogodependientes. En la ciudad de Murcia surge en 1993 una de estas Unidades Móviles con el objetivo principal de acercarse a

³²⁴ "Aumentan los consumidores de cocaína que son atendidos en los centros especializados". La verdad, 8/12/1993. Página 14.

los usuarios de drogas que no contactaban con los centros ambulatorios³²⁵. En esta unidad se lleva a cabo un programa de tratamiento de bajo umbral o exigencia, siendo los objetivos del tratamiento admitir y mantener en tratamiento sustitutivo con metadona el máximo número de pacientes dependientes de opiáceos. Además de complementarlo un programa de intercambio de jeringuillas, accesibilidad a preservativos y realización de analíticas para la detección de VIH, hepatitis B y C, sífilis y tuberculosis.

Los resultados de su primer año de funcionamiento en la ciudad de Murcia se recogen en prensa³²⁶, se atendió a 600 "drogadictos" que nunca antes habían recibido atención de ningún tipo con graves enfermedades asociadas (V.I.H.) y una edad media de 26 años y más de 7 de consumo. Estos resultados se presentan por el consejero -Guirao- junto con el Comisionado para la Droga -Raz- como un gran éxito con un presupuesto muy bajo (10 millones de ptas.) y como experiencia pionera solo existente en Madrid y Cataluña. Otro gran logro que destacan es la disminución de la delincuencia en los barrios que visita. Existe una disminución del porcentaje de usuarios que compartían jeringuillas que pasa de 50% a 10% y un aumento en el uso del preservativo del 20%.

V.3.1.2. Integración de redes

El 1992, Martínez Pardo, director gerente del Servicio de Salud de la Región de Murcia (aunque en prensa ya es llamado Servicio Murciano de Salud)³²⁷ presentando el borrador del Plan Regional de Salud. Tras esta presentación anuncia que la Consejería de Sanidad va a transferir al Servicio Murciano de Salud (en adelante, S.M.S.) los servicios de A.P., Planificación Familiar, Salud Mental y Drogodependencias y H.P.R.A., lo que supondrá el traspaso de 500 personas y un presupuesto de 2.000 millones de ptas. El Plan

³²⁵ EGEA ZAPATA, CONSUELO et als. "Perfil de los usuarios de una unidad móvil de drogodependencias en el sureste de España". ADICCIONES, 2005. Vol.17 Núm. 4. Págs. 307-314.

³²⁶ "119 toxicómanos reciben tratamiento tras ser 'captados' por la furgoneta de la Consejería". La verdad, 29/11/1994. Página 9.

³²⁷ "El Consejo de Gobierno recibirá este mes, para su aprobación, el Plan regional de Salud". La verdad, 3/12/1992. Página 6.

de Salud Regional se presentará al ministro de Sanidad (Jose Antonio Griñán) en siete días y cuatro días después al Consejo interterritorial del Servicio Nacional de Salud. Otros proyectos para el siguiente año son la elaboración de un anteproyecto de Ley General de Salud de la Región, el desarrollo de la A.P. y conseguir la apertura de todos los consultorios locales que faltan para conseguir la total cobertura de la Región -quedan pendientes cinco centros por construir y dos por remodelar-.

En el presupuesto para 1995³²⁸ aparecen las dificultades que acarrea esta duplicidad de redes con una importante crítica del consejero de Sanidad y Asuntos Sociales al Ministerio de Sanidad por haber dejado de invertir el INSALUD en la Región unos 6.000 millones de ptas. en las dos últimas legislaturas lo que ha obligado a que sea la propia Comunidad Autónoma la que tenga que afrontar las carencias sanitarias de los murcianos con su presupuesto al no encontrar la colaboración con este organismo. El mismo consejero asevera que donde más se aprecia este déficit es en Salud Mental, programa que representa ya una partida de 4.000 millones de ptas. La consejería considera como objetivos para el próximo año la reforma de la Salud Mental, implantando nuevas unidades psiquiátricas de agudos en Cartagena y Murcia, la finalización del pabellón de subagudos del H.P.R.A., el desarrollo del Plan Autonómico Sobre Drogas y el nuevo psicogeriatrico de la Residencia Luis Valenciano. El Consejero de Sanidad también declara unos días más tarde³²⁹ que el Gobierno regional está negociando el pago de la deuda que mantiene con la Comunidad Autónoma que asciende a 7.000 millones de ptas. en materia de Salud Mental y atención psiquiátrica a reclusos.

En 1994 se extingue el Servicio de Salud de la Región de Murcia y se crea el Servicio Murciano de Salud³³⁰ por la Ley 4/1994 de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, en este caso, encontrándose de Director Gerente Luis García-Giralda, que habría sucedido a Martínez Pardo en 1993. Este servicio separa la autoridad en Sanidad, que queda en la Consejería de Sanidad, de la provisión de servicios, que queda en manos del S.M.S.

³²⁸ "El INSALUD dejó de invertir en la Región más de 6.000 millones en los últimos ocho años". La verdad, 23/11/1994. Página 4.

³²⁹ Ver nota 311.

³³⁰ B.O.R.M. 4/08/1994. Nº 176. Páginas 7115-7125.

En el ejercicio de sus funciones, el Servicio Murciano de Salud prestará los servicios y desarrollará las actuaciones siguientes: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria integral de la salud, asistencia sanitaria especializada, rehabilitación, prestación de los productos terapéuticos necesarios para la promoción, conservación y restablecimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, cualquier otro servicio o actividad que esté relacionada con la salud.

Para el mejor cumplimiento de los fines del Servicio Murciano de Salud, se integrarán en el mismo los siguientes centros, servicios y establecimientos sanitarios:

- a) Los que sean de titularidad de la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- b) Los de las corporaciones locales, en los términos previstos en la presente ley y en la Ley General de Sanidad.
- c) Los de titularidad de la Seguridad Social, que sean transferidos a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Tras la aprobación de esta Ley, será posible iniciar el camino para integrar los recursos del INSALUD dentro del S.M.S. en cuanto respecta a Salud Mental, con lo que desaparecería por primera vez la duplicidad de redes que existía, esto ocurriría en abril de 1995, poco antes de la publicación del Plan de Salud Mental, ya se habían extinguido los puestos de neuropsiquiatra de zona que se integraron en otros puestos disponibles, aunque dicho proceso aún necesitaría ser ratificado con la firma de los Acuerdos para Unificación de Redes de Atención a la Salud Mental, tras lo cual se formarían las comisiones específicas de seguimiento³³¹. A partir de este momento los servicios de A.P. (Atención Primaria) serían la puerta de entrada a la red de Salud Mental, que gracias a esta integración cubrirían todas las zonas de Salud de la Región.

³³¹ Ver nota Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1995-1999. Plan director. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Área de Salud Mental.

V.3.1.3. Segunda sectorización

El 13 de Mayo de 1995, tres días después de la publicación del Plan de Salud Mental, se publica otra sectorización de los Servicios Asistenciales de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia³³².

Equipos		Adultos	Infantil	Drogas	Hospitalización	
Área I (subáreas)	I	1	San Andrés	La Seda	Club Remo	H.G.
		2	La Seda			
	II	3	H. Morales Meseguer	San Andrés**	H. Morales Meseguer (H.G.)	
		III	4	Alcantarilla		Alcantarilla (+ C.S. Mula)
	5		H. Arrixaca	La Seda (- C.S. Mula)		
Área II	6	Cartagena			H. Rosell (H.P.R.A.)	
Área III	7	Lorca			H. Rafael Méndez	
	8	Águilas*				
Área IV	9	Caravaca*			H. Arrixaca (H.P.R.A.)	
Área V	10	Yecla/Jumilla*			H. G. (H.P.R.A.)	
Área VI	11	Cieza*			H. Morales Meseguer (H.P.R.A.)	
	12	Molina*		Club Remo		
	13	H. Morales Meseguer	San Andrés			

Tabla 65. Nueva sectorización (1995) de los equipos de Salud Mental y U.P.H.. *El mismo equipo atiende adultos, infanto-juvenil y drogodependencias. Entre paréntesis se programan las U.P.H. que se encargarán de esas zonas cuando desaparezca el H.G. o se abra la unidad del H. Morales Meseguer.

Zonas de Salud:

1. Puente tocinos, Santomera, Beniel, Alquerías, Monteagudo, Infante, Vistabella, Beniján.
2. Espinardo, San Andrés, Cabezo de Torres, Barrio del Carmen, La Ñora.
3. Vistalegre, Murcia/Centro, Santa M^a de Gracia.
4. Alcantarilla, Sangonera La Seca, Alhama.
5. El Palmar, La Alberca, Campo de Cartagena, Mula.
6. Área II completa

³³² BORM 27/06/1995. Nº 147. Páginas 7508-7510.

7. Lorca
8. Águilas
9. Área IV completa.
10. Área V completa.
11. Cieza, Abarán,
12. Molina, Zona de Molina, Molina/La Ribera, Alguazas, Las Torres de Cotillas, Archena.
13. Fortuna y Abanilla.

El C.S.M.-IJ de San Andrés fue llevado por la doctora Concepción Gómez-Ferrer en solitario con una auxiliar de clínica. Previamente había estado afinado este C.S.M.-IJ en el H.G., como vemos no tenía las mismas características que el resto de centros y su existencia se debió a la relevancia e importancia de la persona que ocupaba el cargo.

Estas áreas no son homogéneas en población y, además, las que menos habitantes tienen suelen ser las que más dispersión de los mismos tienen a su vez por lo que la distribución de recursos mantiene desigualdades que van en contra del principio de equidad³³³.

V.3.2. Constitución de la AEN autonómica

La Junta Gestora para la promoción y aprobación de los Estatutos de la Asociación Murciana de Salud Mental, es decir, la asociación ligada a la A.E.N. de carácter autonómico de la Región de Murcia, se crea en 1994, quedando formalmente constituida el 24 de febrero de 1994³³⁴ por Carmen Llor, Matías Valverde, Esteban Ferrández, M^a Luisa Martínez Pujalte, Adriana Masotti, Juan Antonio Aznar y Julio César Martín (psicólogos y psiquiatras de la Región de Murcia). Se constituye en Asamblea celebrada en el Hospital General de Murcia, contando con la asistencia del Presidente de la A.E.N. nacional, Manuel Desviat y cuya primera presidencia ocupó Carmen Llor.

Durante su ejercicio se celebraron las XII Jornadas Nacionales de la A.E.N., los días 3, 4 y 5 de noviembre de 1994 con el título "Las Esquizofrenias

³³³ Ver nota 32. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. 1995-1999. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

³³⁴ Boletín informativo de la Asociación Murciana de Salud Mental. Nº 1, noviembre 2001.

Hoy"³³⁵, por encargo de la Junta Nacional de la asociación en el Congreso de la A.E.N. en Sevilla en 1992. En dichas Jornadas se tratará la falta de medios en la Región, para rehabilitar a enfermos mentales. Refieren que se ha elegido este tema porque es el paradigma de la locura, e informan, no protestan ni producen alarma social. Contaría con la participación de profesionales nacionales y extranjeros representativos de todos los enfoques en el tratamiento de la esquizofrenia.

Apuntan a que los avances en el tratamiento de la misma han sido muy importantes tanto en el terreno psicofarmacológico (neurolépticos de 4ª generación) como en el psicológico (teorías del doble vínculos, relaciones intrafamiliares, de la comunicación, etc.), también a que la incidencia permanece constante a lo largo de la historia y que seguramente tuene una base hereditaria. Luis López, Jefe de Área, se mostró contrario a la hospitalización temprana y señaló lo positivo de desarrollar una relación de confianza con los profesionales, activar la comunicación con la familia u el tratamiento a tiempo sin ingreso para evitar el proceso de aislamiento, con un apoyo laboral y de ocio. En la rueda de prensa previa, los miembros del comité organizador desmintieron que la esquizofrenia produzca genios así como que se relacione con la locura peligrosa y cruel.

³³⁵ "Los profesionales se lamentan de la falta de centros para rehabilitar a los esquizofrénicos". La verdad, 1/11/1994. Página 9.

V.3.3. Primer Plan de Salud Mental de la Región de Murcia

La Ley General de Sanidad incluye la necesidad de que las Comunidades Autónomas gestionaran su propia planificación sanitaria bajo un modelo común que, en el caso de la Salud Mental, remite al Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985. En esta dirección se elabora este Plan en el que participaron unas 75 personas, divididas en distintas comisiones, es decir, la gran mayoría de los servicios de Salud Mental de Murcia, aunque también algunos representantes de A.P. y de otras comunidades como Madrid y Málaga.



Figura 47. Portada del Plan de Salud Mental de 1995.

Dichas comisiones se reunieron periódicamente entre 1993 y 1995 para dar los frutos que se ensamblaron en la realización de este plan, coordinado por Juan Antonio Aznar y Luis López.

Esto supuso que la realización y aceptación de este Plan contara con un gran consenso entre los profesionales de la Salud Mental a todos los niveles.

Se publicó por la Consejería de Sanidad en forma de siete libros divididos en: un plan director, atención a adultos, infanto-juvenil, drogodependencias, A.P., rehabilitación y atención hospitalaria.

Este Plan amplía en gran medida el de 1989 y lo incluye, en su práctica totalidad, por lo que analizaremos solamente sus aspectos adicionales y diferenciales a continuación.

En la bibliografía final también se cita este mismo. Los modelos de Reforma Psiquiátrica para los autores fueron las de Asturias, Andalucía

En las gráficas se han tomado datos del siguiente Plan de Salud Mental³³⁶1999-2001 para mostrar los años 1995-96.

En el Plan Director se describen las características del Plan: que sea operativo, con objetivos y actuaciones concretadas en cuanto a tiempos, costes y responsabilidades definidas, dentro de un marco comunitario y con alta participación y consenso de los profesionales de Salud Mental. Recuerdan también su enmarque dentro de la base legal e ideológico de la Ley General de Sanidad, el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y el plan "Bases para un plan de transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la Salud Mental en la Región de Murcia", una atención cuyos principios básicos serían: el carácter público, equitativo y participativo, la eficiencia, la integración en el sistema sanitario general, la orientación al marco comunitario, la concepción integral de la Salud Mental en tanto a una perspectiva biopsicosocial como preventiva, la continuidad de cuidados y el abordaje multidisciplinar.

Eran momentos de confeccionar una oferta y una demanda para los servicios comunitarios de Salud Mental para lo que se preguntan los autores qué factores las condicionan para planificarlos adecuadamente:

- Relacionados con la disposición del sujeto a buscar tratamiento: el nivel de información y las actitudes hacia la enfermedad y el tratamiento, el nivel de retraimiento social, factores demográficos y étnicos...
- Relacionados con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios que se ofertan: el tipo de servicios, la accesibilidad geográfica y burocrática y el coste económico de su uso.

En el análisis de la situación actual se da un recorrido escueto por la historia de la Salud Mental en Murcia, en el que se hace una crítica a la mala coordinación entre las consejerías de Sanidad y Servicios Sociales, tras su separación en 1987, por haberse estancado en el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico. En la actualidad, refieren, el volver a encontrarse reunidas en una misma Consejería, ha favorecido los primeros contactos y

³³⁶ Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Análisis de situación. Servicio Murciano de Salud. Autores: Carlos Giribet Muñoz, Fernando Navarro Mateu.

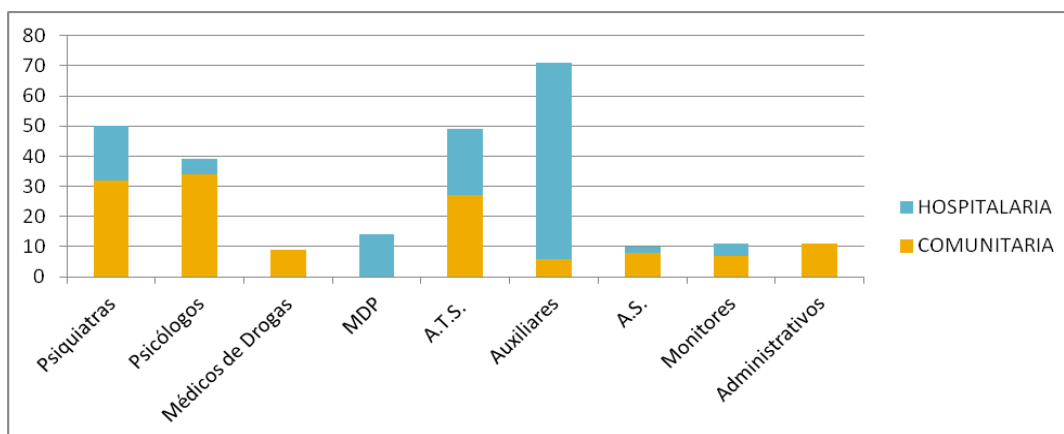
acuerdos para llegar conjuntamente a la superación de la estructura manicomial.

/100.000 habitantes	Psiquiatras	Psicólogos
Murcia Red Comunitaria	3,1 (33)	3,2 (34)
Murcia TOTAL	4,8 (50)	3,7 (39)
España TOTAL	5,14 (212.450)	2,93 (115.275)

Tabla 66. Psiquiatras y psicólogos por 100.000 habitantes en España, Murcia y en la red comunitaria de Murcia. 1995. En paréntesis el valor absoluto.

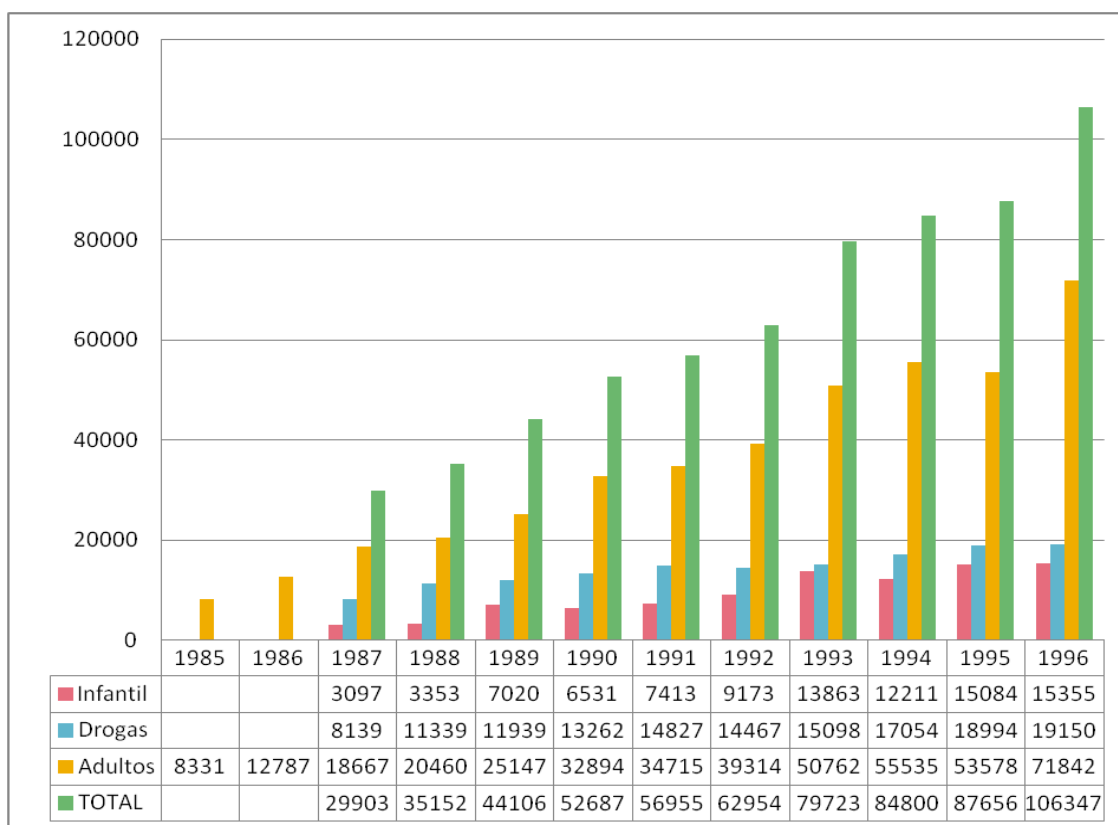
Los autores reconocen que el crecimiento de recursos ha sido desigual, tanto por áreas como por colectivos, y que a pesar de tener unas ratios similares a las nacionales en cuanto a psiquiatras (ligeramente inferior) y a psicólogos (superior) no es así en cuanto a enfermeros y trabajadores sociales. Ver Tabla 66.

En cuanto a la distribución de recursos humanos entre los distintos ámbitos de atención encontramos que, en 1995 trabajan 156 personas en la red hospitalaria (incluyendo el H.P.R.A. y las tres unidades de Agudos: H.G., Arrixaca y Lorca) y 134 en la red comunitaria (incluidos los programas específicos). Vemos una importante diferencia entre ambas redes, la comunitaria cuenta sobre todo con personal facultativo y la hospitalaria principalmente nutrida de personal auxiliar, que sigue siendo el más numeroso de todo el sistema, representando esto la diferencia de la oferta que se realiza desde ambas redes.



Gráfica 17. Distribución de los recursos humanos en 1995, entre la red servicios de Salud Mental

En los datos de hospitalización resaltan la inmovilización de camas de agudos por enfermos crónicos, en los C.S.M de adultos el gran aumento de consultas desde 1993 por el proceso de integración funcional de redes y la utilización de los cauces normalizados de derivación desde A.P. (extinción de los neuropsiquiatras y de la posibilidad de la derivación a estos), esto mismo ocurre en Drogodependencias e Infanto-juvenil en 1995, por lo que prevén un aumento de las consultas para ese año y el siguiente en estos programas.



Gráfica 18. Total de visitas en los C.S.M. de adultos, C.A.D. y C.S.M.-IJ en la década 1985-1996.

En 1995 la Región de Murcia cuenta con los siguientes centros 12 C.S.M., 2 C.A.D. y 3 C.S.M.-IJ, 2 U.R.P.A. Además de programas de drogas e infantil en las áreas que no poseen estos centros o equipos específicos.

La suma total de todas las consultas de psiquiatras y psicólogos en 1995 es de 87.656 consultas entre los tres tipos de centros.

Centros	Personas atendidas	
	1992	1993
Adultos	8.445	9.566
Infanto-juvenil	1.492	1.712
Drogas	2.339	2.068
TOTAL	12.276	13.346

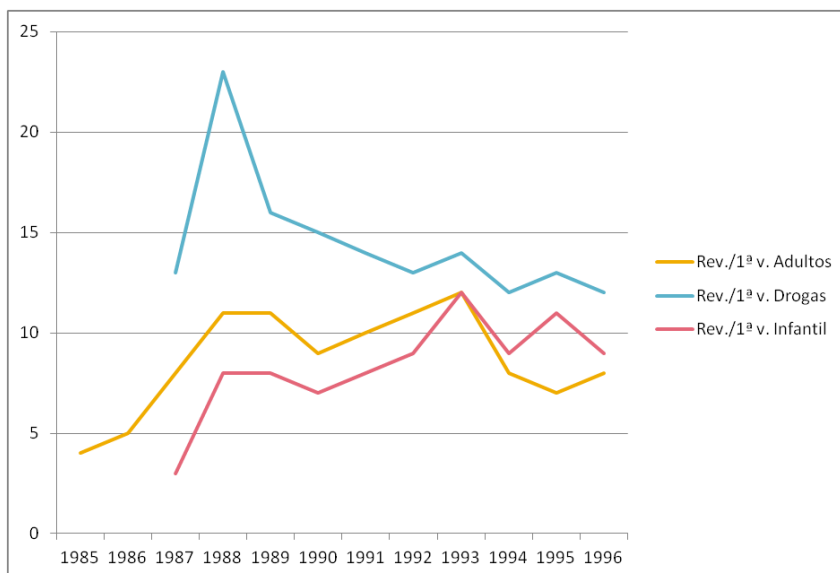
Tabla 67. Personas atendidas en cada programa de Salud Mental. Fuente³³⁷

La media de atenciones a cada persona que consultó en cualquiera de los programas de los centros de Salud Mental de la Región de Murcia en 1993 fue de 6 atenciones/año.

En la siguiente gráfica (19) podemos observar la evolución de la relación entre las revisiones y primeras consultas durante el período que nos ocupa. Vemos como en un principio los centros que más revisaban a sus usuarios eran los de drogas seguidos por los de adultos, alcanzando unas cifras de 24 revisiones/primer visita en los C.A.D. en 1988 y de 13 en los de adultos e infantil en 1993. A partir de ahí la tendencia parece descendente.

Esto refleja el cambio de modelo de las consultas de neuropsiquiatría de zona, que solían revisar poco a sus pacientes y estaban conceptuadas como consultas que resolvían demandas concretas, al C.S.M. con la toma a cargo del paciente durante largos períodos de tiempo y con un enfoque multidisciplinar, con lo que el número de citas sucesivas aumenta de forma importante. Hay que tener en cuenta que en estas estadísticas no se tiene en cuenta las citas con A.T.S. o trabajador social, por lo que, en realidad, serían superiores a las mostradas si se consideran todas ellas.

³³⁷ Plan de Salud de la Región de Murcia. Análisis de situación. 1994. Servicio Murciano de Salud.



Gráfica 19. Cociente entre número de visitas y 1ª visitas (tasa de revisión). Años 1985-1996.

A. Por último, y como parte más importante del Plan, se exponen los objetivos y actividades a realizar en cada uno de los siguientes 5 años (ver Anexo V). Se dividen por programas, excepto el de drogas que, tiene sus características especiales y se desarrolla en los Planes Autonómicos sobre Drogas³³⁸: A continuación veremos los objetivos de organización, planificación y gestión:

1. Formalización y mantenimiento de la integración funcional de las redes INSALUD y S.M.S.
2. Establecer y garantizar la estructuración funcional de los servicios.
Para ello se propone establecer una Comisión de Mejora de Calidad Asistencial e Investigación y otra de Formación y Docencia que se encargará de la formación continuada y del seguimiento de los Programas de docencia pregrado y postgrado.
3. Establecimiento del organigrama de los Servicios de Salud Mental del S.M.S. Para este objetivo encontramos algunas propuestas de organigrama realizadas por la Unidad Técnica con el objetivo de constituir una red específica para cada área y descentralizar la gestión³³⁹. En cada área habrá un responsable de la coordinación y

³³⁸ Plan Autonómico sobre Drogas, 1993-1996. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Murcia, Diciembre 1993.

³³⁹ Propuesta de Organigrama del Área de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Unidad Técnica de Salud Mental. 1995.

funcionamiento de la totalidad de dispositivos de la misma con un rango similar a Jefe de Servicio y coordinadores de cada dispositivo (adultos, infanto-juvenil, drogodependencias, atención hospitalaria, rehabilitación) con un rango similar a Jefe de Sección, que serán nombrados entre los técnicos superiores de la red de Salud Mental de un área concreta por el Gerente del S.M.S. a propuesta del Jefe de Área de Salud Mental. La sectorización actual (ver capítulo: V.3.1.3. Segunda sectorización) impide hablar de áreas sanitarias ya que estas no coinciden con las de Salud Mental, por lo que es más correcto hablar de sector o área de referencia que señala la existencia de una red de dispositivos referidos a una unidad hospitalaria.

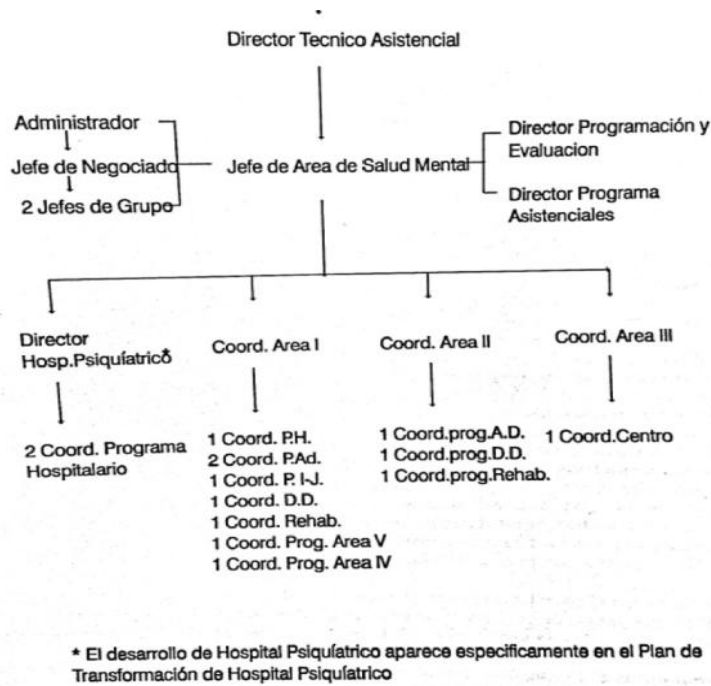


Figura 48. Propuesta de Organigrama para los servicios de Salud Mental.

En un documento previo aparece una propuesta de Reglamento para los Equipos de Salud Mental³⁴⁰ que no llegó a ver la luz en la que se propone un organigrama menos centralizado, con direcciones separadas para los servicios extra-hospitalarios y los hospitalarios, dependiendo ambos del Jefe de Área.

³⁴⁰ Propuesta de Reglamento para los Equipos y Unidades de Salud Mental. Fechado entre 1993-1994.

4. Garantizar la oferta básica de servicios y los estándares de calidad: establecer cartera de Servicios, normas de acreditación y estándares de calidad y desarrollar programas y protocolos asistenciales.
5. Aplicar el plan de Gestión del S.M.S. al Área de Salud Mental: aquí incluye la presupuestación diferenciada para las distintas áreas y dispositivos, y control de gasto por los responsables de los Servicios.
6. Establecer los mecanismos de financiación para los Servicios de Salud Mental del S.M.S.: incluía acuerdos con el INSALUD (Contrato-Programa) y compañías aseguradoras.
7. Dotar de los recursos necesarios para la consecución de los objetivos de Gestión y Programación: Direcciones de Programas de Asistenciales y de Evaluación y el personal administrativo correspondiente.
8. Establecer un Sistema de Información para la Gestión y Evaluación de los servicios.
9. Establecer acuerdos intersectoriales con Ministerio de justicia, con la Dirección General de Salud y Comisionado para la Droga para desarrollar acciones comunes en prevención y promoción de la Salud Mental en materia de drogodependencias, con Ministerio de Educación y Ciencia, con la Universidad, y con Servicios Sociales.
10. Homogeneización de las titulaciones y situaciones laborales de los distintos colectivos profesionales de la Salud Mental conforme a la Ley de Salud de la Región de Murcia.

En cuanto al capítulo económico, en el Plan se cita un "anexo de memoria económica" que no llegó a ser publicado porque fue retirado en el último momento por órdenes superiores³⁴¹.

³⁴¹ Entrevista a Luis López Sánchez. 17/03/2015.

V.3.3.1. Atención Primaria

Colocar a la Salud Mental en el nivel especializado obliga a establecer grados en la patología que debería ser intervenida desde la A.P., y además, ser su única puerta de entrada, equiparándose así al resto de especialidades médicas.

La incidencia sobre los factores etiopatogénicos de las enfermedades mentales (biopsicosociales) sitúa muy cerca a la atención ambulatoria en Salud Mental de la Atención Primaria.

Para que la coordinación entre ambas redes funcione lo más eficazmente posible, sin que dependa solamente de la "buena voluntad" de los profesionales, se decide establecer acuerdos, definir intervenciones y formas de relación profesional.

Se considerará esencial la comunicación y el paso de información clínica entre profesionales de los dos ámbitos, utilizando el programa Mostrador de A.P. para citar a los pacientes nuevos en el C.S.M. el informe clínico que llevará el paciente el día que entre a consulta será el modelo 317 de INSALUD u otro cualquiera que se defina sobre los puntos: motivo de consulta, tiempo de padecimiento, tratamientos realizados, información sobre su estado físico general y petición que realiza al médico. Desde el C.S.M. se devolverá al Médico de A.P. la copia del modelo establecido con la intervención que se prevé en el C.S.M., y, cuando finalice un informe completo de alta que se incorporará al historial clínico del paciente en A.P.

A continuación, las siguientes 95 páginas son un práctico manual de diagnóstico y tratamiento para los médicos de A.P. sobre trastornos psiquiátricos de todo tipo, incluyendo urgencias, algoritmos diagnósticos y determinación de la gravedad del cuadro mediante tablas para los trastornos más prevalentes o graves.

La patología se agrupa en cinco grupos:

1. Trastornos orgánicos
 - a. Demencias
 - b. Síndrome amnésico no alcohólico
 - c. Tratamientos por lesión o disfunción cerebral

- d. Tratamientos de personalidad y comportamiento: por enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- 2. Trastornos afectivos
 - a. Reacción depresiva
 - b. Episodio depresivo (depresión endógena)
 - c. Trastorno bipolar
 - d. Riesgo de suicidio
- 3. Trastornos por ansiedad
 - a. Ansiedad generalizada/trastorno de pánico
 - b. Fobias
 - c. Trastornos obsesivos
 - d. Trastornos por somatización
 - e. Trastornos disociativos
- 4. Trastornos de personalidad
- 5. Trastornos psicóticos
 - a. De inicio
 - b. Crónicos

Se realizarán seminarios para la aplicación de las líneas de actuación, que serán preferentemente prácticos y no irán dirigidos a ser lecciones sobre los síndromes psiquiátricos sino favorecer la discriminación en los protocolos. Se propone que cada los programas de formación continuada de A.P. incluyan temas referentes a la Salud Mental de interés común, establecidos por A.P. y el C.S.M. Las reuniones de coordinación serán mensuales durante los 6 primeros meses, los siguientes 6 meses bimensual y a partir del año una trimestral o semestral.

Los objetivos que se plantean son (ver anexo V):

1. Establecer cauces formalizados de derivación.
2. Establecer criterios de actuación y derivación para las diferentes patologías psiquiátricas y grupos de riesgo mediante la elaboración de guías, protocolos y programas de prevención.
3. Establecer criterios de actuación en urgencias psiquiátricas para A.P.
4. Establecer programas anuales de formación continuada en Salud Mental.

5. Establecer cauces de coordinación específicos por cada pareja C.S.-C.S.M. por medio de reuniones periódicas y otras actividades conjuntas.

Los indicadores que se usarán para evaluar anualmente si se cumplen los acuerdos establecidos serán:

- a) De CANTIDAD, en la organización de derivaciones y recepciones:
 - a. Indicador de cumplimiento de citas: nº de pacientes recibidos/enviados
 - b. Indicador de información de altas: nº de informes de alta que llegan a A.P./nº de altas y derivaciones a A.P.
- b) De CALIDAD, en el cumplimiento de los establecido en los protocolos para las patologías psíquicas:
 - a. Recoger una muestra representativa de los informes de derivación.
 - b. Analizar su contenido y contrastarlo con los requisitos establecidos en los protocolos.

V.3.3.2. Centros de Salud Mental. Adultos

Bajo el título "Organización, funcionamiento y evaluación de Centros de Salud Mental. Atención de adultos" se publica el documento técnico nº 2 del Plan de Salud Mental.

El lema que se repite en el mismo y que, en los últimos años se ha repetido, es la necesidad de desplazar el eje asistencial del Hospital Psiquiátrico a la atención ambulatoria, que se realizará en los C.S.M., los cuales serán el eje organizador de los dispositivos asistenciales.

Su estructura funcional se distribuirá en:

- Área de Recepción: administración, acogida y espera.
- Área de Consultas: psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social.

- Área de Dirección: coordinación, formación y docencia. Habrá un despacho de dirección, una sala de reuniones, de grupos y de docencia.
- Área de Servicios: aseos de público y personal, almacén y archivo.

Se describen las características habitacionales de los C.S.M. y se permite su ubicación en otros Centros como C.S. u hospitales siempre que se adecuen al desarrollo de sus funciones.

V.3.3.2.1. Funciones del Equipo

Dentro de las funciones del equipo se definen en cuatro tipos:

- Asistenciales:
 - atención especializada a los pacientes remitidos desde el nivel primario,
 - indicación y control de ingreso en las U.P.H.,
 - control y seguimiento de los pacientes dados de alta de las mismas,
 - atención a urgencias e intervención en crisis,
 - participar en programas de rehabilitación y reinserción de enfermos mentales crónicos correspondientes a su área de salud.
- De prevención y promoción de la salud mental, colaborando con otros centros y entidades.
- Formación, investigación y docencia pre y postgraduada.
- Coordinación:
 - Apoyo y asesoramiento a los C.S. mediante el diseño y evaluación de programas y protocolos comunes e interconsulta médica y psicológica.
 - Actividades docentes y de supervisión.
 - Coordinación con las U.P.H. y U.R.P.A.

En cuanto a las características del equipo se describe la figura del Director o Coordinador. Éste será nombrado por el Jefe de Área o Gerente -

según la administración competente- y poseerá una categoría administrativa superior al resto de profesionales del equipo contemplado en el Decreto de estructura del S.M.S. Será nombrado entre los titulados superiores del equipo de Salud Mental. El cargo tiene una validez de 2 años, pudiendo renovarse por períodos de igual duración. Dado que la Dirección requiere dedicación plena, será liberado de sus funciones asistenciales.

Las funciones del Director o Coordinador serán: asumir la representación oficial del equipo cuando se requiera, asumir la jefatura de personal del equipo, asumir la gestión económica de los recursos destinados al C.S.M., garantizar la programación, organización y coordinación de actividades del equipo mediante la participación de sus miembros y la adecuada utilización de los recursos humanos y materiales que están dentro de su competencia, asegurar la adecuada relación y coordinación del centro con otros servicios e instituciones del territorio asignado, garantizar el proceso de evaluación periódica de las actividades realizadas, facilitar y promover actividades de formación e investigación e información a los miembros del equipo de las actividades relativas a la coordinación.

En la siguiente tabla (68) observamos las estimaciones de personal.

C.S.M.	Psic	Psico	ATS psic	T.Social	Aux. admin.
1989	50.000	50.000	50.000	/Equipo	/Equipo
1995	35.000	45.000	50.000	Suficiente	Suficiente

Tabla 68. Comparativa de estimaciones de personal por habitante en C.S.M. con respecto al Plan de Salud Mental anterior.

Entre las funciones específicas solo se añade con respecto al anterior Plan, en las del psicólogo: intervenir en las actividades de rehabilitación, prevención y promoción de la Salud Mental.

Los programas específicos (Drogodependencias, Infanto-Juvenil y Rehabilitación) serán llevados a cabo por equipos específicos o por el propio equipo del C.S.M. donde la demanda de su población no lo requiera. Podrán nombrarse coordinadores de los programas específicos si así se mejora su funcionamiento.

Las vías de entrada al C.S.M. serán:

- Atención Primaria. Esencialmente.
- Altas hospitalarias en U.P.H. No es necesario que pasen por A.P. y no excederá de 15 días. La realidad indica que es la de muchos psicóticos.
- Urgencias psiquiátricas llegarán al C.S.M. a través de la A.P.
- Estudios, diagnósticos y peritajes pedidos por las instituciones, sin urgencia generalmente.
- Juzgados. Adaptando las peticiones del Juez a las necesidades clínicas del paciente y organización del Centro.

Dentro del Programa de Recepción, evaluación y acogida se describen los siguientes pasos:

1. Recepción administrativa
 - a. El personal administrativo recogerá los datos de los pacientes derivados de A.P., U.P.H. y Rehabilitación.
 - b. Organizará su entrada en el C.S.M. según los cauces establecidos por los servicios sanitarios y el propio equipo. Dará información sobre la misma a pacientes y familiares que la soliciten.
 - c. Repartirá folletos explicativos.
2. Acogida y evaluación, cuyos objetivos serán:
 - a. Recabar la información necesaria para la toma de decisiones.
 - b. Estructurar y filtrar la demanda recibida desde A.P.
 - c. Coordinar la demanda con los diferentes niveles asistenciales en Salud Mental.
 - d. Informar a los pacientes sobre programas terapéuticos del Equipo de Salud Mental.
 - e. Derivar a otros dispositivos si la demanda lo requiere.
 - f. Remitir al Equipo de Salud Mental la información recabada así como dar cuenta de las decisiones tomadas en la Unidad de Evaluación, que se debatirá y se tomará la decisión sobre las líneas a seguir.

g. Se procederá a la asignación de un profesional responsable.

El tiempo medio para una entrevista de acogida será de 20 minutos. Se utilizará la Historia de Acogida y Cuestionarios que favorezcan la toma de decisiones. En la acogida se trabajan junto a la recogida de datos su impresión sobre el C.S.M. y su futura adhesión a los tratamientos. Este Programa será llevado por psiquiatras y enfermeros. El resto de profesionales apoyará cuando sea necesario.

V.3.3.2.2. Oferta de servicios

Para definir la prioridad de actuación se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

Trastornos	Criterios					Asistencia	Formación	Coordinación con recursos:	
	A	B	C	D	E				
Psicóticos	X		X	X	X	+++	+++	+++	Sociales, U.R.P.A. y Asociaciones de familiares
Ansiedad y Afectivos		X		X	X	++	+	+++	A.P.
Personalidad	X		X	X		+++	++	+	
Alimentación	X		X	X		+++	++	++	Hospitalización, endocrino, ginecología

Tabla 69. Intensidad de las acciones del C.S.M. en función de la prioridad de la patología por criterios. El criterio A se refiere a tipo de patología: estado clínico individual y cronicidad y deterioro psíquico, el B a nº de casos, el C a edad de los pacientes, el D a repercusión social y laboral y familiar, y el E el económico: inversión de recursos materiales y humanos y rentabilidad organizativa asistencial.

Las actividades asistenciales ocupan un 63% de la actividad del horario laboral y es donde se realizarán la mayoría de oferta de servicios del C.S.M.

Los servicios asistenciales que se ofrecen son intervención psicofarmacológica, psicológica (evaluación psicológica y psicoterapia), de enfermería (control analítico, tratamientos depot, medidas higiénico-dietéticas) y socio-familiar (a nivel individual, familiar y comunitario).

Los programas específicos se elaborarán mediante los siguientes criterios metodológicos:

1. Identificación de problemas prioritarios asistenciales: se emplearán los criterios ya descritos en la Tabla 69.
2. Formulación de objetivos y selección de actividades. Se perseguirá la mejoría clínica, familiar y social. Debe responder a las siguientes preguntas sobre la intervención (siguiendo la guía de A.P.): ¿A quién va dirigida? ¿Cómo se hará? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Quién es el responsable? ¿Con qué recursos se llevará a cabo?
3. Elaboración de programas
 - a. Eje relativo a los dispositivos
 - b. Eje relativo a las técnicas empleadas: servicios básicos (psicofarmacología, psicológico, enfermería y socio-familiar).
 - c. Eje relativo a los grupos de edad
 - d. Eje relativo a las problemáticas de la demanda: deberán ordenarse según el cuadro sindrómico, la capacidad relacional del paciente y la problemática socio-ambiental.
4. Evaluación de resultados y reelaboración del programa: deberá contar con objetivos a corto, medio y largo plazo.

En cuanto a la evaluación asistencial proponen evaluar indicadores:

- **Cuantitativos:**
 - De la actividad: como número de pacientes vistos/unidad de tiempo, divididos en nuevos y revisiones, total de contactos, por diagnósticos, por causas de alta, etc.
 - Del funcionamiento: tiempo en lista de espera, abandonos por diagnóstico, citas preferentes por diagnóstico, retornos por diagnóstico, etc.
- **Cualitativos** (de procesos):
 - Basados en el análisis de resultados: mide el grado de cumplimiento de objetivos que se han establecido previamente a un programa determinado.

- De satisfacción: relacionados con la accesibilidad y con las expectativas de los usuarios y familiares.
- De calidad de vida: hace referencia a la calidad subjetiva percibida por usuario y familia de la intervención.

Los criterios de gestión del tiempo clínico se dividen por profesionales en la siguiente tabla (70).

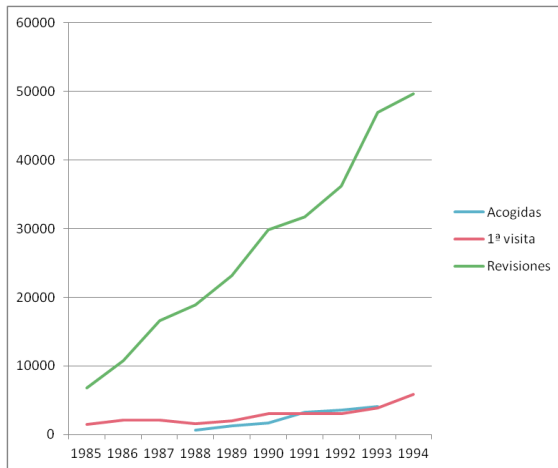
Profesional	Distribución del tiempo	Grupos	1ª visita	Revisión
Psiquiatra	65% asistencial, 25% docencia, formación, investigación y coordinación, 10% inespecífico.	90'	30'	20'
Psicólogo			2/día (20%)	10-12/día
Enfermero	40% acogidas y 60% consulta y participación en programas		30'	40'
Trabajador social	Se establece a través de los indicadores específicos.		1/día	6-7/día

Tabla 70. Criterios de gestión del tiempo entre los distintos profesionales.

En cuanto a docencia especifican su participación en la formación de nuevos profesionales de la Salud Mental y la transmisión del modelo de atención a la Salud Mental que se viene definiendo en el Plan (modelo comunitario). El coordinador será el responsable de docencia del centro.

V.3.3.2.3. Características de la población atendida

El perfil predominante es el de mujer (62%) en los grupos de edad de 15-50 años (62%), la actividad laboral preferente fue ama de casa en un 43,4%, en cuanto a diagnósticos, el 31,6% de los pacientes atendidos sufren trastornos afectivos, 20% de trastornos por ansiedad y un 8% de trastornos psicóticos. El consumo de tranquilizantes y el suicidio, sobre todo juvenil, suponen las cifras más altas de todo el Estado en 1989.



Gráfica 20. Evolución de las consultas en C.A.D. de la Región de Murcia.

V.3.3.2.4. Objetivos

Los objetivos que se plantean son:

1. Poner en funcionamiento 4 C.S.M. (Morales Meseguer, El Palmar, Molina-Alguazas y Santiago de La Ribera).
2. Dotar de recursos humanos necesarios todas las áreas.
3. Desarrollar el modelo de funcionamiento propuesto por el Plan, con carteras de servicios propias de cada centro.

Los últimos capítulos del libro hablan de la prevención y promoción de la Salud Mental, la coordinación, la investigación y la formación, elementos comunes y similares al resto de programas asistenciales.

V.3.3.3. Infanto-juvenil

Al igual que ocurre con el capítulo de Drogodependencias encontramos muchas similitudes con planes anteriores y con el funcionamiento, ya descrito, de los C.S.M. adaptado a las necesidades de la población menor de 16 años, con técnicas específicas. El rango de edad debe ser flexible hasta los 18 años en función de las características psicológicas de cada adolescente y los acuerdos de colaboración que se establezcan con otros programas asistenciales. Se considera importante la inclusión de una sala de ludoterapia. La coordinación incluirá centros escolares y de Servicios Sociales y de Justicia. También se resalta la importancia de la prevención y promoción de la Salud Mental infanto-juvenil mediante los programas del "niño sano".

Áreas	1994	Necesidades 1995-1999
I	C.S.M.-IJ "La Seda"	Quedaría igual
	C.S.M. "San Andrés" (1 psiquiatra+1 auxiliar).	C.S.M.-IJ "San Andrés": 1 psicólogo, 1 A.T.S. y 1 administrativo.
	U.S.M. Alcantarilla (INSALUD): incluida pero no específica	
II	C.S.M.-IJ Cartagena	Quedaría igual
III	Incluida en la oferta de servicios del C.S.M. pero no específica (INSALUD)	2 técnicos superiores específicos.
IV		1 técnico superior específicos.
V		1 técnico superior específicos.
VI		2 técnicos superiores específicos.

Tabla 71. Estado actual y necesidades para los centros que atienden población infantil en 1994.

La hospitalización para los usuarios del INSALUD se hacía en servicios de medicina interna, neurología o pediatría de la Arrixaca, y la del S.M.S. en el Hospital General a partir de los 14 años, sin acuerdo concertado de camas.

La franja de edad de 5-14 años supone casi el 90% de los casos. En diagnósticos encontramos como más prevalentes trastornos con manifestaciones físicas 20%, trastornos de ansiedad 13%, no atribuible a trastornos mentales un 13%, trastornos afectivos 9,5% y de conducta 7,4%.

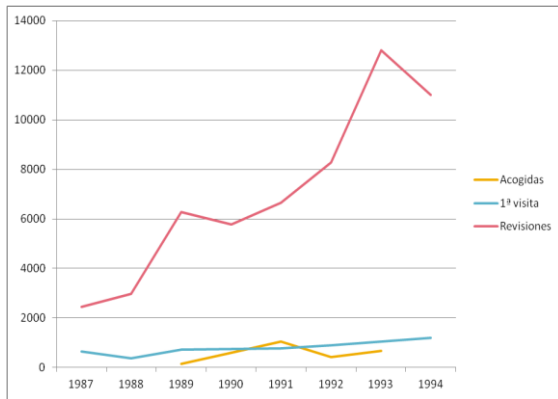


Gráfico 21. Sólo se tienen en cuenta las consultas realizadas por los C.S.M.-IJ, no las consultas a menores de 16 años realizadas en el resto de CSM.

Los objetivos que se plantean son (ver anexo V):

1. Completar la red de Salud Mental con recursos específicos en infanto-juvenil, e integrar todos los recursos en la red (Unidad de Salud Mental de Cruz Roja).
2. Desarrollar el modelo de funcionamiento propuesto por el Plan.
3. Garantizar la atención hospitalaria en aquellos problemas de Salud Mental infanto-juvenil que así lo requieran.
4. Garantizar la adecuada atención a los Trastornos Profundos del Desarrollo mediante programas de tratamiento intensivo y acuerdos con instituciones y organismos relacionados.

V.3.3.4. Drogas

Este capítulo del Plan es prácticamente idéntico al ya desarrollado en el Plan Autonómico sobre Drogas 1993-1996³⁴² por el grupo de expertos en Drogas de la Región de Murcia.

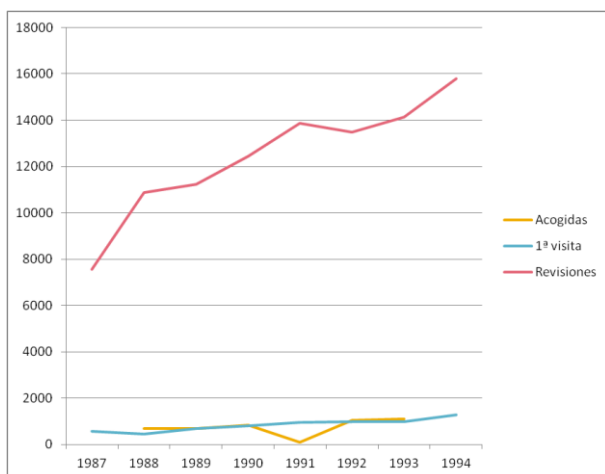
En mayo de 1995 se abre el C.A.D. de Cieza.

C.S.M.	Psiq	Psico	ATS psiq	T.Social	Aux. admin.
C.A.D.	100.000	70.000	100.000	200.000	/Equipo
C.S.M.	35.000	45.000	50.000	Suficiente	Suficiente

Tabla 72. Comparativa de estimaciones de personal por habitante en C.S.M. con respecto a la red de drogodependencias.

Las funciones del equipo y de los profesionales serán muy similares a las que encontramos en los C.S.M. centradas en dar respuesta a la patología derivada del consumo de tóxicos, así como la formación, investigación, coordinación y la actividad terapéutica exceptuando un mayor enfoque del trabajo psicológico hacia el tratamiento grupal.

El sexo más prevalente en todos los ámbitos anteriores es el masculino pero en drogodependencias especialmente (85,8%), con una edad entre 20-29 años en el 61,3%, parados no subsidiados el 41,5% y un nivel cultural bajo (42,7% estudios primarios). El consumo de heroína es el diagnóstico más prevalente siendo el 75%, seguido del de alcohol con un 22%.



Gráfica 22. Evolución de las consultas en C.A.D. de la Región de Murcia.

³⁴² Ver nota 284.

V.3.3.5. Hospitalización

Este capítulo introduce pocos cambios con respecto a lo anteriormente publicado.

Las necesidades de personal quedan de la forma siguiente, ver Tabla (73):

Personal	Ratio	Funciones
Psiquiatras	0,14/cama UPH 1/250 camas*	Ingresos y altas, diagnóstico y tratamiento, derivaciones, urgencias, guardias, sesiones clínicas, investigación, formación, indicadores, registro de casos.
Psicólogos	1/U.P.H. 1/500 camas*	Pruebas psicométricas, proyectivas, neuropsicológicas, informes, programas específicos, interconsulta, docencia, investigación, reuniones y psicoterapia de apoyo.
Personal de enfermería**	5/cama UPH/turno	Elaborar y llevar a cabo los planes de cuidados de enfermería, además de realizar las funciones propias de una unidad de hospitalización general y los protocolos.
Trabajador social	1 (tiempo parcial)	Realización de historia social, atención directa a demanda, tramitar localización de familiares, ayudas, residencias, informar y orientar a los Servicios Sociales.
Terapeuta ocupacional	1/U.P.H.	
Auxiliar administrativo	1 (tiempo parcial)	

Tabla 73. Necesidades de personal de cada U.P.H. * Interconsulta. **Un 40% deberán ser diplomados (D.U.E.).

Uno de los psiquiatras tendrá la función de responsable/coordinador de la Unidad debiendo dedicar el 25% del tiempo a tareas de gestión, organización y coordinación. Debe existir, a su vez, un enfermero responsable de Unidad en turno de mañanas con una dedicación del 40% a tareas de coordinación y gestión.

Todo el personal dedicará un 20% de su tiempo a actividades como formación, revisiones de equipo, etc. Deberá haber un psiquiatra de presencia física de forma continuada que se turnará entre la totalidad de psiquiatras del área de referencia.

Todas las funciones del personal y el organigrama con los protocolos deberán concretarse en cada U.P.H. en un plan que los recoja por escrito.

Existe un pequeño epígrafe sobre la hospitalización infanto-juvenil en el que se calcula que se precificaría de 25-30 ingresos/año de casos graves entre 0-15 años. La unidad se recomienda en los servicios de pediatría o psiquiatría dependiendo la edad del paciente y la estructuración de los servicios. Se necesitaría un psiquiatra infantil y un psicólogo infantil, además de resto de personal de enfermería.

Entre los indicadores de efectividad que plantean encontramos:

- **Cuantitativos**

- del nivel de recursos: miden la cantidad de recursos materiales y humanos de que dispone un programa/1.000 habitantes: número de camas de U.P.H., de media estancia, de hospital de día, residencia asistida, de rehabilitación comunitaria, de personal, etc. Se modulan por la presencia de dispositivos que produzcan necesidades de ingreso, la posibilidad de ingreso de pacientes psicogerítricos, factores internos de la U.P.H. que modifican la duración de la estancia, factores que enmascaran las necesidades del ingreso, etc.
- de actividad: número total de estancias y pacientes nuevos y reingresos por unidad de tiempo, por diagnóstico, de altas por causa y diagnóstico.
- de funcionamiento: miden el tipo de intervenciones como tiempo en lista de espera antes del primer contacto; fugas, urgencias ingresos nuevos y reingresos por diagnóstico; altas por número de pacientes nuevos, estancia media por diagnóstico, etc.

- **Cualitativos** (ya descritos en el capítulo de C.S.M.)

Los objetivos que se plantean son (ver anexo V):

1. Completar las U.P.H. necesarias en el Hospital Morales Meseguer, Rosell, ampliar hasta 15 camas la unidad de Lorca, utilizar camas de los hospitales comarcales de Caravaca y Yecla para hospitalización psiquiátrica y completar la del hospital Virgen de la Arrixaca.

2. Desarrollar el modelo de funcionamiento propuesto por el Plan mediante programas y protocolos específicos y actividades de formación e investigación propias.

V.3.3.6. Rehabilitación

Es el capítulo más extenso de todo el Plan, a diferencia de los anteriores planes, que lo mencionaban de forma más escueta, y al que se aprecia, más están enfocados los objetivos del Plan. Tras un prólogo - inspirador- el equipo redactor de este capítulo comienza repasando la situación actual del enfermo mental crónico en la Región por entidades que prestan asistencia:

PACIENTES CRÓNICOS	Nº pacientes	Edad media	Estancia (años)	Características
C.S.M.	-	25-39 (60%)	5-9 (40%)	Situación familiar estable en el 85%
Unidad de Agudos	10-15% (3)	-	-	Sobre todo en H.P.R.A.
C.D. H.P.R.A.	62 (22 de los Pisos)	30-50 (60%)	2-4 (50%)	
C.D. Cartagena	30	30	-	Medios familiares buenos
Pisos Protegidos	26	50	10	Apoyo familiar nulo en el 61%
Unidad de Subagudos	45	55 (23-90)	>1 Sentencia*	Cajón de sastre 20% judiciales

Tabla 74. Características de los distintos dispositivos que están implicados en la rehabilitación de pacientes mentales crónicos en la red de Salud Mental en el 1995.

- **A.P.:** su participación es a través de la provisión de recetas. Escasa incidencia sobre los trastornos psicóticos crónicos, excepto los orgánicos, que tienen seguimiento por enfermería.
- **C.S.M.:** responsabilidad asistencial plena sobre el enfermo mental crónico. Participa mediante actividades asistenciales y programas terapéuticos para pacientes y familiares. El 63% procede del H.P.R.A.

- **U.P.H.:** han de recibir a los pacientes que ingresan por orden judicial ocupando camas de Agudos, a veces, durante mucho tiempo.
- **Dispositivos de rehabilitación:**
 - C.D.: Existe uno en Murcia (H.P.R.A.) y otro en Cartagena
 - Pisos Protegidos: existen 4 Pisos adyacentes al C.D. del H.P.R.A.
 - Unidad de Subagudos (45 camas): inserta en el H.P.R.A.
- **Dispositivos residenciales:**
 - Residencia L.V.: 374 pacientes, con una edad media de 70 años. Pacientes carentes de familia o apoyo familiar.
 - Jesús Abandonado. Patronato promovido por la Iglesia. Atiende a transeúntes y residentes. El perfil de sus usuarios son alcohólicos crónicos (90%) y demencias en régimen de residencia asistida.
 - Residencias de 3ª edad. En algunos casos admiten enfermos mentales crónicos (sobre todo las religiosas).
- **Otros dispositivos:**
 - Asociaciones familiares. AFES (Murcia), APICES (Cartagena) y AMAFEN (Murcia). Organizan cursos, actividades de rehabilitación y sensibilización social, actividades de ocio. El perfil de los pacientes que acuden aquí es de 20-25 años. Recursos económicos muy escasos y bajo índice de participación familiar y social.
 - Servicios Sociales Municipales. No hay programas específicos para el enfermo mental crónico.
 - Voluntariado. No específico de Salud Mental. Acciones aisladas.

Concluyen que la atención está escasamente desarrollada por desconocimiento por parte de la sociedad y los sistemas sanitario y social de su problemática (ver Tabla 75). La parte de necesidades residenciales con tan pocas alternativas desarrolladas -solo la Residencia Luis Valenciano, de funcionamiento similar al antiguo Hospital Psiquiátrico- invade a la parte de asistencia, que la suple.

PROBLEMAS	RESULTADO	
	Dispositivos de rehabilitación	Dispositivos residenciales
Superposición entre cronicidad e internamiento	No se hospitaliza en función de criterios clínicos	Uso de recursos hospitalarios como residenciales (por pérdidas familiares)
Carácter marginal dentro del sistema sanitario	Escaso e inadecuado desarrollo	Se sigue teniendo como referencia el H.P.R.A.
La Ley de Servicios Sociales no considera al enfermo mental colectivo susceptible de atención	Tienen que cubrir enteramente su atención	No ha previsto las necesidades sociales que puede generar
Inadecuación entre los dispositivos y la población que los ocupa	Mezcla de pacientes en todos los dispositivos sin delimitación por parámetros diferenciados	Pisos Protegidos son residenciales realmente
Inexistencia de Programa de Rehabilitación para enfermo mental crónico	Actividades de rehabilitación desarrolladas por C.D. y C.S.M. tienen un carácter fragmentario e inconexo	No se ha desarrollado ningún tipo de dispositivo de apoyo familiar y social, ni programas de inserción laboral / tiempo libre

Tabla 75. Conclusiones sobre el análisis de situación de enfermos mentales crónicos. Fuente: ver nota

Los principios básicos que debe cumplir todo programa de rehabilitación serán:

1. Normalización: eliminar cauces diferenciadores y procurar la permanencia y el contacto social habitual.
2. Contextualización: Favorecer los procesos de rehabilitación "in vivo", es decir teniendo en cuenta y actuando sobre el medio real del paciente. Los servicios de rehabilitación se adaptarán al contexto donde van a desarrollarse.
3. Individualización: el proceso se adaptará a cada paciente respondiendo a los posibles cambios que se produzcan en su enfermedad y en su vida.
4. Continuidad: la rehabilitación entendida como un proceso continuo dentro del tiempo considerando las distintas fases y readaptándose cuando sea necesario a estas. En cuanto a la estructura, debe haber un paso fluido de un dispositivo a otro según las necesidades del paciente en cada momento.
5. Coordinación: es imprescindible para lograr que haya continuidad. Es necesaria tanto dentro del mismo equipo como con otros equipos que intervengan a lo largo del proceso. El equipo debe ser capaz de llegar a acuerdos y transmitir la información de forma eficaz.

6. Evaluación: genera información útil para ir ajustando los programas individualizados, además de aspectos globales del sistema rehabilitador.

Se describen las funciones del equipo, su organización estructural y funcional y los recursos con los que cuenta.

Las derivaciones solo podrán hacerse desde el C.S.M. y se aceptarán las solicitudes en la comisión de rehabilitación.

La población a la que se dirige se puede clasificar en 5 grupos, en función de la severidad de los déficits:

- 1) **PRIMER NIVEL**: prevención de la cronicidad, este nivel se abordará en el C.S.M. mientras no cumpla criterios de cronicidad (al menos 3 criterios del área clínica más 3 de las otras áreas).

CLÍNICOS	SOCIALES	INDIVIDUALES	FAMILIARES
- >1 hospitalización	- Desempleo o incapacitación laboral	- Falta de autocuidado	- Ausencia de familia
- Continuidad del tratamiento > 6 meses	- Deterioro de hábitos sociales	- Aislamiento	- Conflictividad familiar/rechazo
- Trastorno mental grave	- Rechazo por su medio	- Pérdida de autoestima	- Ancianidad de los padres
- Evolución > 1 año	- Conducta inapropiada	- Dependencia económica	- Desestructuración familiar
- Consumo de tóxicos	- Ausencia de residencia	- Fracaso escolar	- Otras patologías graves en la familia

- 2) **SEGUNDO NIVEL**: *Pacientes con riesgo de cronicidad*, esto es, primeros brotes, trastornos graves de conducta, trastornos graves de personalidad o trastornos afectivos graves. Son objeto de programas individualizados y específicos de rehabilitación y abordados desde los C.S.M. y las Unidades de Rehabilitación.

- 3) **TERCER NIVEL**: pacientes crónicos que cumplen todos los criterios anteriores y necesitan soporte para vivir de forma autónoma en su medio habitual. Serán objeto de programas individualizados y específicos en dispositivos de rehabilitación, residenciales y del C.S.M.

- a. *Nuevos crónicos*: jóvenes que van cronificándose por su problemática psiquiátrica y social con déficits crecientes en su funcionamiento. Solo han estado hospitalizados durante períodos cortos.

- b. *Crónicos de larga evolución*: no institucionalizados aún.
- c. *Crónicos desinstitucionalizados*: del Hospital Psiquiátrico tras largo período de internamiento.
- d. *Crónicos institucionalizados*: pacientes a los que no se ha podido desinstitucionalizar por carecer de apoyo familiar y permanecen en la Institución en ausencia de recursos alternativos en la Comunidad.

Dentro de los recursos básicos para la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos entrarían:

❖ C.S.M.

Desarrollando el "Programa de atención integral al paciente psicótico crónico" cuyos objetivos son: conocer a la población subsidiaria de este programa en su centro (mediante censo de psicóticos), prevenir la cronicidad, prevenir deterioro funcional, evitar hospitalizaciones y prevenir la marginación. El programa debe ser sistemático, secuencial, interdisciplinario y protocolizado. Para conseguir tales objetivos se propondrán actividades terapéuticas entre las que se incluyen la intervención domiciliaria y de rehabilitación con intervención en el área laboral, vocacional, sobre el entorno ,con uso de voluntariado, etc.

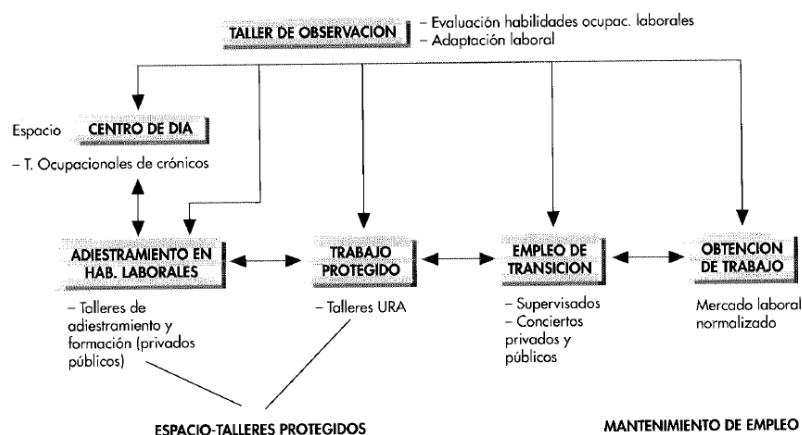
❖ Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área (U.R.P.A.)

Es el eje coordinador de los recursos rehabilitadores sociocomunitarios. Desarrollará sus actividades a través de los siguientes programas, a través del PIRE (Plan Individualizado de Rehabilitación):

- **Programas específicos**: estarán a cargo de los psicólogos de la U.R.P.A. (ejercicios motóricos, cognitivos, manejo de la medicación, autocuidados, habilidades sociales, manejo de la ansiedad, integración comunitaria, psicoeducación, intervención familiar....).
- **Laboral-ocupacional**: se encargará un sub-equipo dentro de la U.R.P.A. (compuesto por psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, abogado asesor, monitores...). Se hará en 7 fases de preparación , adiestramiento, empleo protegido, de transición, obtención de trabajo y mantenimiento del empleo. Lo

dispositivos con los que cuenta este área son: talleres de observación, centros de día, talleres ocupacionales/protegidos.

ESQUEMA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION OCUPACIONAL LABORAL.
FASES DE CONTINUIDAD-DISPOSITIVOS



- **Ocio y tiempo libre:** compuesto por el mismo equipo anterior. No dispone de dispositivos específicos, se podrán usar recursos propios, de la Comunidad o dispositivos generados en el marco institucional de las asociaciones de familiares y enfermos.
- **Alternativas residenciales:** surge por la necesidad de superar el Hospital Psiquiátrico como única residencia posible para los enfermos mentales crónicos (entendiendo éste también como las estructuras que lo suplen, como la Residencia Luis Valenciano). Favorecer la vida en la Comunidad y beneficiarse de las actividades que en ella se ofrecen servirán como agentes de reinserción social. La siguiente tabla (76) muestra el gradiente de alternativas residenciales en función del grado de autonomía y el apoyo familiar. Durante el proceso rehabilitador se tenderá a avanzar en la alternativa habitacional según el grado de autonomía que el usuario vaya adquiriendo.

PACIENTES CRÓNICOS		Características del usuario	Nivel de autonomía	Máximo personas	Tiempo previsto
Familia de origen /sustituta /propia		Apoyo familiar	Alto	X	Ilimitado
Pisos protegidos		Sin familia o no puede retornar	Alto	3-6* /piso	Variable
Pensiones supervisadas		Sin apoyo familiar/ conflictividad en convivencia/falta de adaptación al anterior	Alto	1	Transitorio
Casas de transición		Alta conflictividad familiar y/o social susceptible de cambio	Medio-alto	6* /piso	Transitorio (6 meses)
Residencia (estancia)	Corta	Igual que anterior, conductas desorganizadas y baja adhesión al C.S.M.	Medio-bajo	40	Transitorio (1-12 meses)
	Larga	Abandonados o marginados < 60 años	Bajo	30-40 /área	Ilimitado (>1 año)

Tabla 76. Comparativa de los diferentes tipos de alternativas residenciales. Por orden de prioridad. * Del mismo sexo.

- **FAMILIA PROPIA:** va a ser el recurso más operativo y adaptado a las necesidades del usuario (pertenencia afectiva, conciencia de espacio físico y emocional propio y valores normalizadores de la dinámica familiar propia).
- **FAMILIA SUSTITUTA:** núcleo familiar ajeno a los usuarios del circuito rehabilitador, que acoge a los mismos y que por ello recibe un apoyo económico y técnico. Se imitó el modelo de acogida de menores.
- **VIVIENDA PROPIA:** usuarios que viven solos o tras haber constituido su propia familia. Los objetivos serán apoyar la permanencia en este recurso mediante la atención domiciliaria, voluntariado, trabajo en el entorno...
- **PISOS PROTEGIDOS:** pisos normalizados insertos en la Comunidad, con un apoyo y supervisión mínimos.
- **PENSIONES SUPERVISADAS:** plazas concertadas con la U.R.P.A. previa sensibilización y motivación de los encargados de la pensión, se utilizará en caso de falta de adaptación a Pisos protegidos y se considerará como un recurso transitorio.

- **CASAS DE TRANSICIÓN:** se trata de una Comunidad Terapéutica concebida como un taller de aprendizaje centrado en actividades de autocuidado de la vida diaria y de convivencia social.
- **UNIDADES RESIDENCIALES:**
 - **CORTA ESTANCIA:** prestan atención y supervisión continuada 24 horas. Se coordinarán con la U.R.P.A. correspondiente, la cual desarrollará actividades que posibiliten la mejora de la autonomía personal y social de los residentes y que propicie su progresiva inserción comunitaria. Su objetivo es facilitar la transición entre la hospitalización y la comunidad y preparar a los pacientes para opciones de vida y residencias más autónomas. Se reservará el 10% de sus camas para estancias corta de fin de semana o un mes con el propósito de atender urgencias o descansos familiares, separaciones preventivas del ambiente familiar para evitar internamientos, y otras situaciones transitorias. Se calcula una necesidad de una residencia de 40 camas para toda la Región.
 - **LARGA ESTANCIA:** deberán estar situadas en lugares con buena accesibilidad y con los recursos adecuados a las personas a las que van destinadas: barreras arquitectónicas, áreas recreativas, de apoyo social, de descanso...

La asistencia psiquiátrica estará garantizada 24 horas del día para todo el programa residencial. Habrá un administrador y personal administrativo necesario.

Estancia	Aux	A.T.S.	Monitor	T.S.	Fisio	Psic/Psiq
Corta	16	5	1	1*	-	1*
Larga	12	5	3		1	-

Tabla 77. Estimaciones de personal para residencias de corta/larga estancia para unas 40 camas. *Atiende a todo el programa residencial.

- **Desinstitucionalización** (transitorio): "Programa de Atención a la Población Institucionalizada". Calcula en este momento en 418 la población institucionalizada (Unidad de Subagudos y Residencia Luis Valenciano).

Se recuerda lo necesario de volver a la iniciativa desinstitucionalizadora que se llevó a cabo años atrás, ante la perspectiva de desarrollo de una red comunitaria de rehabilitación -de cuyo origen forma parte importante este documento- mediante la reordenación de la población institucionalizada y la incorporación a programas de rehabilitación o atención diferenciada, de manera que se supere la macroinstitución en cuyo concepto se produce una aglomeración de pacientes que dificulta cualquier proceso diferenciador y de acercamiento a la Comunidad.

Se estudiará la situación clínica y familiar de cada uno de los pacientes internados, se facilitarán actividades rehabilitadoras en cualquiera de sus niveles, se vinculará a estos pacientes a sus C.S.M. correspondientes de sus lugares de origen y se continuarán gestionando alternativas residenciales para aquellos pacientes en los que esto sea posible.

Una vez realizados estos objetivos, este programa desaparecerá, y los pacientes quedarán transferidos a las correspondientes U.R.P.A. como el resto de los pacientes de cada área.

En los últimos capítulos de este libro hace referencia a los objetivos en formación e investigación, docencia, coordinación. El proceso de evaluación de los distintos programas se realizará mediante indicadores generales y específicos de cada programa. Los generales son:

- 1) Impacto sobre los servicios de Salud Mental
 - a. Índice de reingresos en las U.P.H.
 - b. Camas bloqueadas en U.P.H. por enfermos crónicos

- c. Número de derivaciones desde los C.S.M. a las U.R.P.A.
 - d. Desarrollo de dispositivos y programas específicos de rehabilitación
 - e. Satisfacción de los profesionales de Salud Mental
- 2) Impacto sobre usuarios y familiares
- a. Mejora de la calidad de vida
 - b. Satisfacción del usuario
 - c. Accesibilidad

Los objetivos que se plantean son (ver anexo V):

1. Establecer y llevar a cabo el proceso de Transformación del H.P.R.A. en el Centro de Rehabilitación de El Palmar, cerrando sus dos U.P.H.
2. Constituir la Comisión Regional de Rehabilitación.
3. Crear y estructurar la red de recursos específicos para rehabilitación:
C.D. Murcia, talleres protegidos,

V.4. Plan de transformación del Hospital Psiquiátrico

Nos encontramos con cinco documentos con el nombre "Plan de Transformación del H.P.R.A." (PTHP) tres de ellos (1984, 1985, y 1995), uno con el de Plan Director del H.P.R.A. y otro con el de "Reforma del Área residencial del H.P.R.A." (1985) con mismo significado. A continuación veremos los de los años 93 y 95, pues del resto ya se ha analizado su contenido.

En el PTHP de 1993³⁴³ se describe la situación actual del Centro con datos asistenciales y la complicada estimación de costes del mismo dado el acuerdo entre consejería de Sanidad e ISSORM, el compartirlo con la red ambulatoria, y la falta de el llamado "precio público".

En cuanto al plan a seguir, los problemas que se quieren solventar y las oportunidades para ello serán:

- Necesidad de que comiencen a funcionar las U.P.H. de los hospitales Morales Meseguer y Rosell para descargar la presión sobre el H.P.R.A.
- Formulación de un Plan de Salud Mental en el que esté incluido el H.P.R.A.
- Establecimiento de un Reglamento Interno, plantilla orgánica, etc.
- Construcción y puesta en funcionamiento del Pabellón de Media Estancia
 - Una alternativa a esto sería una remodelación de la Residencia L.V. con descarga de sus residentes a otras residencias de la Región, y utilizar el 2º Pabellón de Hombres (actualmente perteneciente a esta) como Pabellón de Media Estancia.
- Funcionamiento independiente del H.P.R.A. con respecto a la Residencia, lo que supondría una distinción clara del enfermo mental crónico en relación con el de media estancia.
 - Un alternativa a esto sería el establecimiento de un único órgano que comprenda la gestión y dirección de ambos Centros, para mejorar los problemas actuales y rentabilizar

³⁴³ Plan director del Hospital Psiquiátrico 1993-1995. Junio de 1993. Documento interno.

las posibilidades de ambos, tanto desde el punto de vista clínico como del económico.

- Definición y puesta en marcha de un plan de rehabilitación para enfermos de media estancia con la recuperación del Servicio de Rehabilitación.
- Reordenación de los Pisos Protegidos y las Terapias Ocupacionales, traspasándolos, mediante la creación de una asociación, a los Servicios Sociales, pues están ocupados por crónicos de larga estancia.
- Creación de un programa de formación continuada del personal en coordinación con el programa general del S.M.S.
- Contratación de un sistema de seguridad y de un Farmacéutico Especialista para el Centro, y la regulación de las guardias de A.T.S.
- Establecimiento de un sistema de información para personal, usuarios y sociedad.
- Establecimiento de cauces adecuados y sistemáticos con los órganos judiciales para intercambio de criterios e información en relación al internamiento de enfermos mentales.
- Traspasar al Instituto de Medicina Legal la realización de los peritajes judiciales de los enfermos psiquiátricos.
- Dotación de mayor autonomía al H.P.R.A. en cuanto a gestión presupuestaria.
- Determinación de un precio público para los servicios del H.P.R.A., estableciendo convenios con INSALUD y con Servicios Sociales para la realización de los mismos.
- Mejoras en el recinto hospitalario: mobiliario, electricidad, agua potable, telefonía y construcción de Pabellón de Subagudos.

El ejercicio DAFO queda así (ver Tabla 78):

Nivel interno	Nivel externo
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profesionalidad del personal. - Único servicio de recogida de enfermos de la Región. - Asunción de cualquier tipo de patología psiquiátrica. - Estricto cumplimiento de la legislación sobre internamiento de enfermos mentales (a diferencia de otras U.P.H.). - Instalaciones de nueva remodelación. - Ser Centro de prácticas para la escuela de enfermería. 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apertura de nuevas U.P.H. - Existencia de red extrahospitalaria. - Dependencia de una misma Consejería la Residencia L.V. y el H.P.R.A. - Posibilidad de una mayor autonomía de gestión. - Posibilidad de convenios financieros que permitirían ingresos económicos por prestación de servicios. - Normas de la Ley de Salud de la Región. - Posibilidad de contar con MIR, PIR, etc. - Creación del Instituto de Medicina Legal, que descargaría al H.P.R.A. de la función de emitir informes periciales psiquiátricos.
<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exceso de pacientes crónicos en Pabellón de Media Estancia (sin terminar su construcción definitiva). - Dependencia de la Residencia L.V. en algunos servicios (mantenimiento, luz, agua, comidas, lavandería, teléfonos, etc.). - Inexistencia de red informática. - Inexistencia de normas básicas del H.P.: plantilla orgánica, reconocimiento de la especialidad de psicólogo clínica, horarios, guardias de A.T.S., Reglamento Interno, etc. - Mala adecuación de algunos puestos de las categorías laborales. - Pérdida de personal por salidas para recogida de enfermos. - Inadecuada financiación de los Pisos Protegidos y de la socioterapia y laborterapia. - No transmisión de la información de la calidad asistencial al contexto social. - Carencia de ingresos por facturación. - Inexistencia de personal de seguridad. - Ser herederos de un sistema manicomial del que no parten el resto de U.P.H. 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de un Plan Regional para enfermos crónicos. - Mala coordinación con el ISSORM en materia financiera y asistencial (el psiquiatra de guardia del H.P.R.A. se encarga durante la misma de la Residencia L.V.). - Inexistencia de servicios asistenciales para alcohólicos. - Órdenes de internamiento por parte de los Jueces. - Problemas del Servicio de Anestesia del H.G., que impiden, en ocasiones, aplicar la Terapia Electroconvulsiva. - Mala coordinación con los C.S.M. - Mala imagen social del H.P.R.A. - Inexistencia de pago por parte del INSALUD de la prestación de servicio a sus asegurados. - Centralismo de la gestión económica.

Tabla 78. Análisis DAFO del H.P.R.A. en PTHP de 1993.

En su definición de futuro encontramos los siguientes puntos:

1. Traslado a lo largo de 1994 de las 2 U.P.H. del H.P.R.A.: una a los hospitales Morales Meseguer y Rosell y otra a la Arrixaca, con desplazamiento de dichos equipos de personal a dichas unidades.
 - a. Si el INSALUD dota a la Unidad de la Arrixaca, el personal restante pasaría a integrarse en el programa de rehabilitación y atención al psicótico.
 - b. La U.P.H. que se traslada a la Arrixaca tiene dos alternativas:

- i. Traslado físico al recinto actual de la Arrixaca, preferentemente la planta baja del edificio que alberga la Escuela de Enfermería.
 - ii. Mantenimiento de la ubicación actual, con dependencia del Hospital de la Arrixaca, con aislamiento total respecto al resto.
 - c. El traslado puede plantear problemas de dependencia y remuneración del personal creando agravios comparativos retributivos a igualdad de trabajo que habrán de ser subsanados.
 - d. Los traslados suponen una modificación obligada de la actual sectorización, debiendo hacerse cargo cada U.P.H. de toda el área sanitaria a la que atiende.
 - e. Tanto los C.S.M. como las U.P.H. de referencia conformarán un único equipo que tomará a su cargo toda la asistencia del área correspondiente.
 - f. La inclusión de las U.P.H. en los hospitales generales significa la desaparición del actual sistema de recogida de enfermos, quedando por definir como se concretará ese sistema.
 - g. Los traslados indicados deben suponer un convenio con el INSALUD.
- 2. Conversión del actual Centro de Día y Pabellón de Subagudos en un Servicio o Unidad de Rehabilitación.
 - a. Esta conversión supondría la desaparición como tal del H.P.R.A.
 - b. Asimismo supondría la desaparición en el mismo de las guardias médicas.
 - c. El personal no sanitario debería estructurarse en función de la nueva situación.
 - d. Esta Unidad o Servicio atendería a dos tipos de enfermos:
 - i. Los que realmente tiene posibilidades de rehabilitación a medio plazo y que responderían fundamentalmente a tratamientos sanitarios.

- ii. Los que suponen un tratamiento a largo plazo y que serían susceptibles de cuidados fundamentalmente sociales. Estos podrían ser derivados a Centros del ISSORM, o alternativamente mantenerse bajo la dependencia del S.M.S.
 - e. En ambos casos los tratamientos serían de dos tipos:
 - i. En hospitales o C.D., pernoctando los enfermos en sus domicilios o fuera de los recintos de internamiento.
 - ii. En la Unidad de internamiento correspondiente con cuidados de 24 horas sobre 24.
 - f. Las U.R.P.A. deben contar asimismo con talleres protegidos, casas a medio camino, pisos protegidos o asistenciales, etc.
 - g. El actual Centro de Día del Servicio o Unidad de Rehabilitación, acogería enfermos del área I (Murcia), mientras que la Unidad de internamiento tendría en una primera fase ámbito regional.
 - h. La Unidad o Servicio de Rehabilitación debería tener un funcionamiento independiente con respecto a la Residencia L.V., o una gestión conjunta de ambos centros.
 - i. Los locales que dejarían libre las U.P.H. del actual Hospital pasarían a ser utilizadas por dicho Servicio de Rehabilitación.
 - j. Se establece como problema los ingresos judiciales en la Unidad o Servicio de Rehabilitación.
3. Desarrollo de programas y estructura organizativa de la Salud Mental.
- a. De rehabilitación y de atención al paciente psicótico crónico.
 - b. De formación al personal, a fin de adaptarse a las nuevas situaciones.

Y, por último, el PTHP de 1995 parece una actualización del anterior y se elaboró para su eventual publicación -que nunca llegó a hacerse- tras la publicación del de Salud Mental de 1995³⁴⁴.

En el mismo se indica que, a pesar de la descapitalización que sufre, este sigue absorbiendo el 70% del presupuesto invertido en Salud Mental, algo aumentado por las obras de los años anteriores para las que se invierte unos 300 millones de ptas. Se ha producido una pérdida de servicios centrales: laboratorio, radiología, electroencefalografía, medicina interna...; de recursos: becarios, tres adjuntos de psiquiatría y uno de psicología; y amortización de las plazas de Jefe de Servicio.

En 1995 la distribución de Servicios del H.P.R.A. era de : dos U.P.H. de 26 camas cada una a las que están referidas las áreas II, IV, V, VI y 8 zonas del área I; una Unidad de subagudos de 45 camas de ámbito regional, un C.D. (60 plazas), 4 Pisos Protegidos (27 plazas) referidos al área I, peritajes judiciales, archivo del Hospital y servicio de recogida de enfermos.

En 1995 se realiza la contratación de un servicio de catering de comidas específico para el H.P.R.A.

En la realización de estas funciones existe en la situación actual una serie de problemas detectados en el análisis DAFO (ver Tabla 78) como en el realizado para el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia:

- Derivados del convenio con la Residencia Luis Valenciano:
 - Se depende de la Residencia para servicios valorados como deficitarios (cobertura nocturna de atención de enfermería y resto de mantenimiento).
 - Se proporcionan a la misma servicios generales cuyo gasto a cargo del H.P.R.A. no puede controlarse directamente (agua, luz y combustible), por lo que se produce un agravio económico a expensas de éste.
 - Se proporciona a la Residencia atención médica en las guardias, la Residencia provee de enfermeros durante las noches de lunes a viernes y festivos.

³⁴⁴ Plan de transformación del H.P.R.A. Documento interno. Fechado después de mayo de 1995.

- Falta de acuerdo en la elaboración de criterios de admisión para Subagudos y Residencia, que lleva a una inmovilización de Subagudos y consecuentemente inmovilización de camas de Agudos.
- Derivados de la coordinación entre H.P.R.A. y la red asistencial:
 - Los niveles de coordinación hospitalarios y extrahospitalarios son buenos en lo referente a la remisión de información y pacientes por parte del hospital a C.S.M., en comparación con otras unidades, pero deficitaria respecto al establecimiento de acciones conjuntas.
 - Esta falta de coordinación y aislamiento es especialmente grave en relación con las actividades de rehabilitación, ante la inexistencia del programa correspondiente y ausencia de unidades rehabilitadoras intermedias.

En la propuesta de alternativas refieren que tendrán en cuenta, no solamente la situación planteada en el anterior Plan sino los objetivos y estrategias marcados dentro del Plan de Salud Mental, en el apartado de la gestión de Jefatura de Área para el año 1995 y 1996.

El desarrollo de dos procesos determinan este PTHP:

1. Unidades de Agudos en hospitales generales. Las dificultades para el desarrollo de este proceso radican en el hecho de que la responsabilidad de la gestión dependía del INSALUD, con lo que el S.M.S. asume un papel secundario de estimulación y apoyo al proceso, pero no de su gestión directa. La cronología de apertura y cierre de U.P.H. la podemos ver en la Tabla 79.

Dos motivos justifican la alta presión de internamiento que sufren las Unidades de Agudos del H.P.R.A. en este momento: la inexistencia de alternativas rehabilitadoras, especialmente en lo que se refiere a residencias de media estancia y la sistemática transgresión de los criterios de sectorización. Las actuales Jefaturas de Servicio de ambas Unidades de Agudos deberán desarrollar los parámetros de calidad que se establezcan en su atención hospitalaria y las áreas a las que presta cobertura, protocolos terapéuticos, coordinación con los dispositivos extrahospitalarios de sus áreas de referencia

y que garantice la información de su actividad asistencial para ser incluido en el sistema de evaluación.

2. Desarrollo del programa de Rehabilitación. En el apartado de rehabilitación del Plan de Salud Mental se establecen propuestas de coordinación con Servicios Sociales y otras instituciones, y agentes sociales implicados en este proceso, así como proponer la creación de estructuras intermedias.

La actual Dirección Médica se mantendrá, abarcando tanto el H.P.R.A. como el Centro de Rehabilitación y asumirá la coordinación regional del Programa de Rehabilitación, durante el proceso de transformación. También se compartirán los servicios administrativos y generales hasta su finalización.

1. DESDE EL H.P.R.A.

i. Creación del Centro de Rehabilitación de El Palmar

1. Dispositivos

- a. Centro de Día: se incluirá en el programa de ocupación-laboral del Programa de Rehabilitación. Sus usuarios serán enfermos psiquiátricos crónicos de media y larga evolución, que provendrán, tanto de entre los que convivan en el seno familiar o autónomamente, como los procedentes de los dispositivos residenciales del Programa. Su capacidad será de 50 plazas y la población de referencia, el área I.
- b. Pisos Protegidos: 4 pisos, con 27 plazas para todo el área I.
- c. Residencia de Media Estancia: dentro del programa residencial. Ocupará la ubicación de las plantas de agudos cuando estas se cierren.
- d. Residencia de Larga Estancia: se ubicará en el nuevo edificio del Hospital Psiquiátrico, con 48 camas. Ambas residencias de ámbito regional.

Recursos	1995	1996
Se abrirá	- U.P.H. Morales Meseguer (área VI y 3 zonas del área I): 20-24 camas.	- U.P.H. Rosell (área II): 25 camas.
	- U.P.H. Arrixaca (sector 3 del área I): 18 camas de media (últimos meses).	- U.P.H. Rafael Méndez : 10 camas, que deben ser ampliadas a 15.
	- U.R.P.A. en Murcia	
	- Unidad de Media Estancia : 26 camas. - Unidad de Larga Estancia : 48 camas.	- Unidad de Media Estancia (52 camas).
Se cerrará	- 1ª Unidad de Agudos del H.P.R.A. - Servicio de recogida de enfermos	- 2ª Unidad de Agudos del H.P.R.A.

Tabla 79. Cronología de apertura y clausura de Unidades de Agudos en 1995 y 1996.

2. Organización:

- a. El Director Médico ejercerá sus funciones en tanto en cuanto todavía queden U.P.H. en el H.P.R.A., posteriormente pasará a ser el Coordinador Regional de Rehabilitación.
- b. Se creará la figura del supervisor de enfermería.
- c. Se trabajará especialmente la coordinación con el resto de dispositivos de las áreas.
para procurar la ubicación de todos aquellos pacientes que sea posible en sus áreas de referencia.

3. Recursos humanos: los puestos de trabajo de las unidades de rehabilitación se mantendrán y los de las U.P.H. conforme se cierran, pasarán a integrarse en los distintos programas del área de Rehabilitación. Se resalta que se garantizarán los derechos adquiridos de todo el personal, negociándose cualquier cambio que se realice respecto a las plazas.

ii. Reubicación de pacientes en la Residencia L.V.

Se creará una Comisión conjunta entre H.P.R.A. y L.V. para reubicar los pacientes entre una y otra según los criterios que se establezcan. Debe garantizarse la coordinación entre ambas instituciones por una Comisión de seguimiento

representada por S.M.S., ISSORM y Jefatura de Área de Salud Mental.

2. DESDE LA U.R.P.A. Se creará una U.R.P.A. en Murcia con el siguiente equipo: 1 psiquiatra, 1 psicólogo, 1 enfermero, 2 trabajadores sociales, 1 monitor y 1 auxiliar administrativo. Pondrá en marcha las funciones reservadas para ella en el Plan de Salud Mental. El Coordinador de la U.R.P.A. estará bajo la dirección del Coordinador Regional de Rehabilitación.

Otros aspectos a considerar serán la elaboración de peritajes judiciales por parte del instituto forense con posibilidad de negociar la posible comisión de profesionales para constituir con recursos mixtos una unidad de psiquiatría forense dentro del mismo, la conservación el fondo documental del H.P.R.A. (Archivo) pasa a ser responsabilidad del futuro centro de rehabilitación, y el servicio de recogida de enfermos debe ser asumido por el INSALUD, Cruz Roja o Policía. También plantean una separación absoluta con respecto a la Residencia L.V., establecimiento de acuerdos con la misma sobre admisión, derivación y desarrollo de programas de rehabilitación en la misma.

En abril de 1995 se produce el traspaso de las competencias del INSERSO al ISSORM³⁴⁵ por lo que éste asume las funciones traspasadas en materia de gestión, de las prestaciones de la Seguridad Social para personas mayores, discapacitadas y marginadas, así como la gestión de las prestaciones sociales y económicas contempladas en la Ley de Integración Social de Minusvalidos.

En las memorias del ISSORM del año 1995, uno de los objetivos es la reorganización de personal derivado de la nueva configuración de los servicios actualmente vinculados a la Residencia Luis Valenciano. Como resultado de las sesiones preliminares de trabajo entre técnicos del S.M.S. y el I.S.S.O.R.M. respecto a las personas ingresadas en este recurso de larga estancia se alcanzaron una serie de conclusiones:

- Desmantelamiento del H.P.R.A. y la Residencia Luis Valenciano y conversión en centro de rehabilitación para enfermos mentales crónicos.

³⁴⁵ B.O.E. Número: 125, 26/05/1995, Disposición nº 649/95, Páginas: 15414.

- Configuración de un centro para personas con discapacidad psíquica (retraso mental) y de una Unidad Residencial para personas mayores en el Complejo de Espinardo.
- Mantenimiento de un centro para personas con gran deterioro psico-orgánico en las instalaciones de la Residencia Luis Valenciano.

Como vemos el desmantelamiento del H.P.R.A. era un hecho presupuestado pero no se llegó a producir en ningún momento. Entre las acciones conseguidas respecto a estos objetivos este año solo señala la reorganización del personal.

V.5. Período posterior inmediato

Apenas 18 días después de la publicación del Plan de Salud Mental de la Región de Murcia se celebran Elecciones autonómicas y el partido ganador es el Partido Popular, con mayoría absoluta. Como viene siendo habitual, con el cambio de Gobierno de la Comunidad Autónoma cambian gran parte de los cargos de responsabilidad, como el director gerente del Servicio Murciano de Salud que pasa a ser Andrés Martínez Cachá.

El nuevo consejero de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales es Juan Antonio Gil Melgarejo, que en tres meses es sustituido por Francisco Marqués Hernández.

El Jefe de Área de Salud Mental (Luis López Sánchez) continua en su puesto con la condición de que sería consultado ante cualquier decisión en Salud Mental, pues él era el cargo técnico máximo responsable de la misma.

En Agosto, ante el repentino e inesperado cambio de Director Médico del H.P.R.A. (se nombra a Fernando García Miralles y se cesa a M. Galiana), presenta su dimisión por entender este hecho como un incumplimiento de lo acordado.

Después de Luis López Sánchez, el director gerente del S.M.S. llama a Carlos Giribet Muñoz para ocupar el cargo de Jefe de Área, que ocupará en

septiembre de ese mismo año, acompañado por Luis López los primeros meses para realizar el traspaso de información y de tareas pendientes.

En septiembre aparece como noticia en prensa³⁴⁶ el Consejero de Sanidad, Juan Antonio Gil Melgarejo, diciendo que el principal objetivo de esta nueva etapa será la reorganización y modernización de la estructura de gestión y asistencial dirigida a que las personas que están en los centros psiquiátricos salgan totalmente rehabilitadas. Añade que pretende cumplir la totalidad del Plan de Salud Mental y trasladar a otras áreas de la Región el modelo óptimo de funcionamiento que solo se da en la de Lorca. Tras visita al H.P.R.A. declara que el centro, recientemente abierto, no está mal en absoluto. En cambio la visita a las instalaciones del Luis Valenciano refiere le produjo malestar el comprobar su estado y anunció inversiones para su recuperación.

En marzo se anuncia en prensa la demolición del Club Remo, por parte de Cruz Roja y el traspaso del C.A.D. de Murcia a las espaldas del Hospital General³⁴⁷.

En el informe de la situación actual de la Salud Mental en la Región de Murcia de 1996³⁴⁸ se planea que si se consiguiera la financiación de la actividad ambulatoria y hospitalaria total a través de contratos-programa con el INSALUD se podrían realizar importantes inversiones en estructuras dedicadas al tratamiento integral del paciente psicótico crónico, "tan olvidado en la actualidad por las diferentes administraciones". A principios de 1996 pasan a depender del S.M.S. el Programa de Drogas por lo que la Salud Mental engloba a los Programas presupuestarios 412-D (50% red ambulatoria y 50% H.P.R.A.) y K (Drogodependencias). Las unidades hospitalarias permanecen fuera de este presupuesto, dependiendo de sus respectivos hospitales. La U.P.H. del H.G. tuvo un gasto de unos 200 millones de ptas. en 1995.

En 1996 existe la oportunidad para construir un C.D. en el solar que deja el Club Remo al ser demolido (si no se usaba previo a 1999 pasaría a depender del Ayuntamiento), pero no se llega a realizar hasta 2001.

³⁴⁶ "Los hospitales tendrán 150 camas nuevas para tratar a enfermos mentales agudos". La verdad, 8/9/1995. Página 8.

³⁴⁷ "El centro de Drogadicción se ubicará en Vistabella". La verdad, 17/03/1996. Página 8.

³⁴⁸ Informe de la situación actual de la Salud Mental en la Región de Murcia. Carlos Giribet Muñoz, Jefe de Área de Salud Mental. Marzo de 1996.

Durante los siguientes años no se llegan a conseguir muchos de los objetivos del Plan de Salud Mental, los tres principales:

- El desarrollo del Programa de Rehabilitación. Sin ser desarrollado, como aparece en el Plan de Salud Mental de 1995, incluso hasta hoy en día.
- Apertura en 1995 de las U.P.H. del Morales Meseguer (hasta 1997) y Rosell (2002).
- Desmantelamiento del H.P.R.A., sino que, al contrario, se refuerza.

Uno de los hechos más importantes es que al destituir a M. Galiana y colocar como director a Fernando García Miralles, el gerente del S.M.S., se paraliza todo el plan de transformación del Hospital Psiquiátrico, que tendría que haber perdido sus unidades de agudos para 1997 y convertirse en un centro de rehabilitación como ya hemos visto, e incluso hay un intento de centralizar de nuevo la atención en Salud Mental en el Hospital Psiquiátrico por parte del Director del mismo, que, afortunadamente no se permitió (no ha sido posible encontrar este documento), según varias fuentes entrevistadas.

García Miralles realiza pocas reformas ya que su dirección fue muy breve, en el cual promovió el cambio de horario en el cambio de turno de auxiliares y enfermeros (previamente a las 6 a.m., ahora a las 8 a.m.).

El período de dirección de F. García Miralles culminó con su destitución en menos de un año en un ambiente de protestas que se levantaron dentro del personal del H.P.R.A. por lo que consideraron una autoritaria gestión del mismo³⁴⁹. Se nombra Director Médico del Hospital Psiquiátrico al año siguiente a Francisco García Ruiz.

En 1995, el ISSORM³⁵⁰ ordena la creación de 3 centros diferenciados para dar la necesaria atención a las características especiales que presentan cada grupo, así como la reubicación en otros Centros del Instituto de parte de su población:

- Residencia Psicogeriátrica “Dr. Fco. Javier Asturiano”.

³⁴⁹ Entrevista a Luis López Sánchez (17/03/2014) y Manuel R. Galiana Cela (5/03/2014).

³⁵⁰ Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. 2010-2013. Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.

- Centro Ocupacional “Dr. Julio López Ambit”, destinado a la atención de personas con enfermedad mental y deficiencia mental asociada.
- Residencia para Enfermos Mentales Crónicos “Luis Valenciano”.
- Se añade una unidad psicogeriátrica en la Residencia de Personas Mayores de Espinardo, también procedente de la misma reordenación.

En febrero de 1996³⁵¹ se pone en marcha la "Reordenación de la Residencia Luis Valenciano", remodelando el mismo y ajustándolo a las nuevas necesidades que abordaba tras haber derivado a otros recursos a la mayoría de sus usuarios (ver Tabla 80), se remodela el Pabellón Geropsiquiátrico (1ª fase), se demuelen los Pabellones de Hombres (Agudos), Mujeres (el 2º) y el almacén. El resto de usuarios que queda se trasladan a residencias normalizadas, públicas y privadas de la Región.

Traslados	Espinardo	López Ambit	F.J. Asturiano	L.V.	Residencias
Nº usuarios	75	96	55	63	80*

Tabla 80. Traslado de los pacientes de la Residencia Luis Valenciano en 1996 a otros recursos³⁵², incluyendo los usuarios que permanecen en el mismo. *Residencias de la Región de Murcia (número de usuarios aproximado).

En 1997 se aprueba la Ley de Drogas de la Región de Murcia, y en 1998 se vuelve a publicar un Plan de Drogodependencias.

En 1999 se vuelve a realizar un Plan de Salud Mental (1999-2001) muy similar al anterior. En el análisis de situación nos encontramos con que la rehabilitación, objetivo principal del Plan del 1995, no se había desarrollado apenas. El número de consultas realizadas en los C.S.M. de todo tipo sí aumentó de manera considerable³⁵³. En las conclusiones de dicho análisis de situación se destacan los siguientes problemas: mala coordinación con A.P. (tanto en relación con la prevención como en cuanto a la coordinación con servicios centrales de ambas especialidades) determinando el aumento de la demanda de atención de patología leve en los C.S.M. en detrimento de la patología grave (trastornos psicóticos), las dificultades que aún conlleva la

³⁵¹ Memoria ISSORM 1996. Consejería de Sanidad y Política Social.

³⁵² Dossier "La atención a las personas con trastorno mental severo en España". Revista Minusval. Página 33. 2003.

³⁵³ Ver nota 282.

duplicidad de redes en cuanto al uso del registro acumulativo de casos psiquiátricos, deficiencias en la formación y docencia, la poca disposición de personal auxiliar de Auxiliares en los C.S.M., déficit de profesionales para el programa infanto-juvenil, la carencia de centro de día específico infantil y la falta de camas de hospitalización del mismo, insuficiente número de camas de hospitalización psiquiátrica, de Media Estancia y de Larga Estancia, y, por último, respecto al programa de rehabilitación donde resalta la mayor deficiencia de recursos para avanzar en el proceso de superación de las estructuras tradicionales de atención psiquiátrica.

Todo esto dibuja un cuadro muy similar al que ya encontramos en 1995, por lo tanto habiendo muy pocos avances durante el período inmediato tras la publicación del primer Plan de Salud Mental.

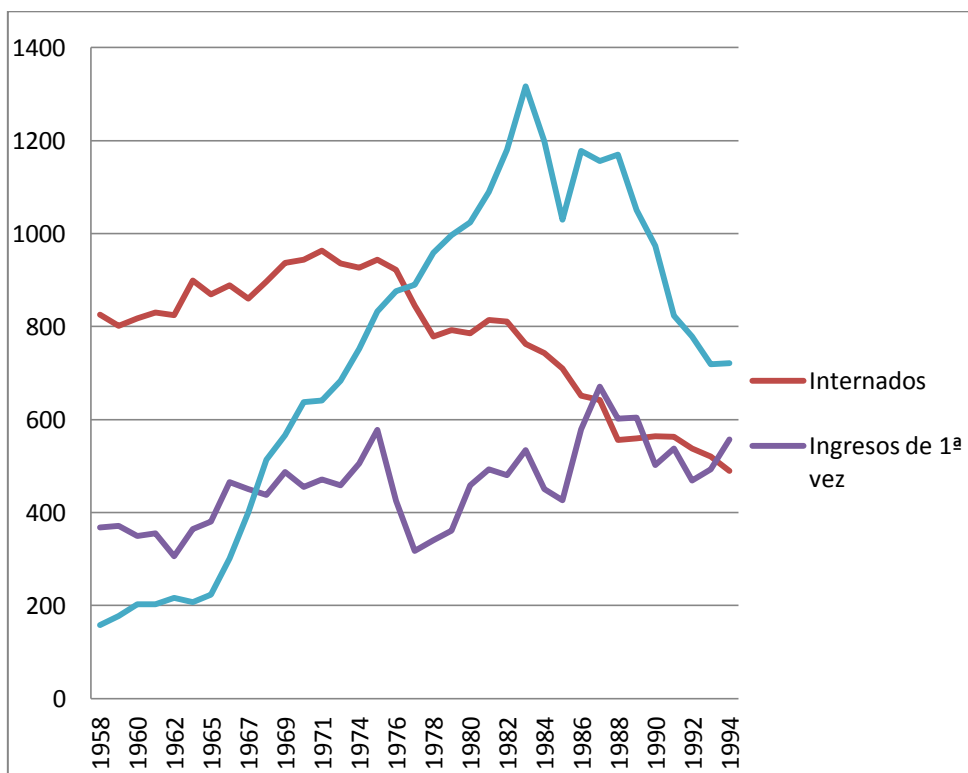
Los servicios dependientes del INSALUD no terminan de fusionarse con los del S.M.S. hasta 2002, año en que se producen las transferencias sanitarias a la Comunidad de Murcia, entre otras comunidades, siendo las últimas en recibirlas.

VI. ANÁLISIS DEL PROCESO DESINSTITUCIONALIZADOR

VI. 1. Internamientos

A continuación se analizarán los principales movimientos poblacionales en el Hospital Psiquiátrico y resto de hospitales en la población *internada* (enfermos) y en la *internante* (profesionales).

En esta gráfica (23) podemos ver la evolución totalmente antagónica entre ingresos hospitalarios y población institucionalizada. Podemos distinguir claramente tres etapas en el comportamiento de la población internada frente a los ingresos:



Gráfica 23. Comparativa entre las distintas evoluciones de la población ingresada y los ingresos según sean estos de 1ª vez o reingresos (H.P.R.A., Hospital General y Hospital "Rafael Méndez"). No se incluye la Ciudad Sanitaria por carecer de estos datos.

- Etapa institucionalizante (1892-1966): a pesar de haber pocos ingresos en el Hospital Psiquiátrico la tasa de institucionalización era muy alta como podemos observar en la gráfica 23, ya que la mayoría de los pocos pacientes que ingresaban se quedarían ingresados muchos años o indefinidamente. Por lo tanto vemos una tasa mucho menor de reingresos que de ingresos de 1ª vez. También es necesario indicar que, hasta 1966, se contabilizaban como ingresos de 1ª vez los de los enfermos que reingresaban tras haber transcurrido más de dos años.

- Etapa de mantenimiento (1966-1983): la tasa de cronificación comienza a descender y empieza a haber un empeño por evitar el paso a los pabellones de crónicos -no tanto por desinstitucionalizar- a pesar de que no había apenas recursos asistenciales ambulatorios, por tanto, el paciente prácticamente solo era atendido intrahospitalariamente. Es la etapa que más rápido aumentan los ingresos (reingresos) sin ir aparejado apenas de un aumento en el número de psiquiatras, salvo en su última época (1975-...), a expensas, principalmente del número de reingresos.

- Etapa desinstitucionalizadora (1983-1995): en esta época observamos una gran tendencia a devolver a los pacientes que ingresan o estaban ya ingresados ("crónicos") en el Hospital Psiquiátrico a la Comunidad, contando con crecientes recursos para su mantenimiento en la misma. Podemos observar como el gran aumento de ingresos no lleva consigo una mayor institucionalización sino todo lo contrario, pudiendo darse varios ingresos al año por el mismo paciente. Observamos un pico muy importante de ingresos (reingresos) en 1983, es posible que los pacientes que pudieron salir de alta del Hospital gracias a la Reforma del Código Penal reingresaran ese mismo año por fracaso de adaptación a la Comunidad y sean los responsables de dicho pico.

Observamos también algunos picos en los ingresos que se corresponden a la apertura de la Unidad del Hospital General de Murcia (1986) y menos la del Hospital "Rafael Méndez" de Lorca (1993), con lo que podemos comprobar cómo la oferta de servicios hospitalarios estimula o favorece la demanda de los mismos. El desarrollo de los C.S.M. permitió también la posibilidad de muchas altas que antes no habrían tenido lugar por la inseguridad clínica que podía producir la desatención asistencial y también

pudo propiciar ingresos que antes no se realizaban por falta de criterio facultativo para ser derivados al Hospital.

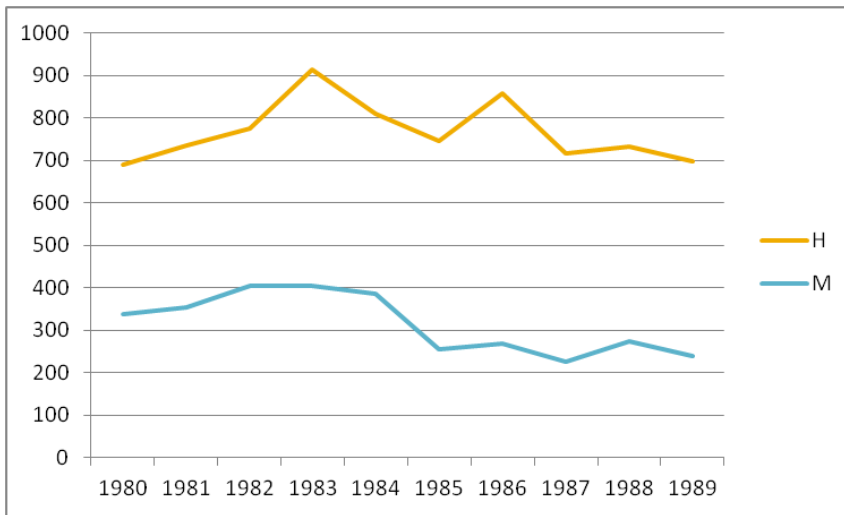


Gráfico 24. Comparativa de reingresos en Hombres y Mujeres durante el período 1980-1986.

En cuanto a la sempiterna diferencia de los ingresos a favor del sexo masculino en una proporción de aproximadamente 2:1 (ver Gráfico 24), de forma estable a lo largo del tiempo, está suficientemente descrito en la bibliografía y apunta a la mayor agresividad e impulsividad de los varones y la mayor tolerancia de las familias a la enfermedad mental en las mujeres, al manifestarse esta con menor agresividad, entre otros factores. Los picos puntuales que quizá podríamos atribuir a los ingresos por alcoholismo y resto de toxicomanías, claramente superiores en varones y además en unos años en los que fue creciente su consumo y los trastornos de ellas derivados.

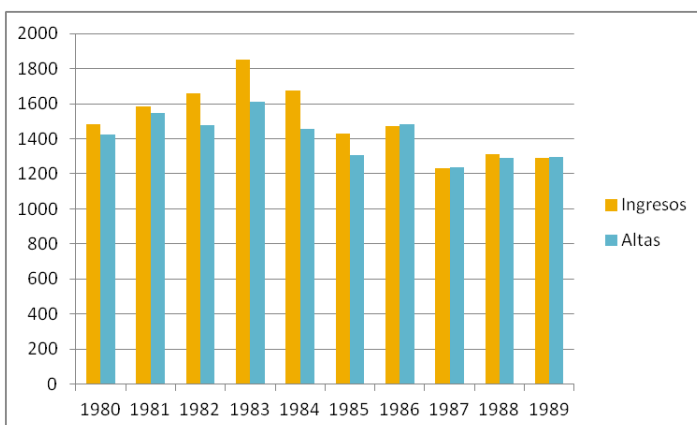


Gráfico 25. Ingresos vs. altas durante la década de los 80 en el H.P.R.A.

El decalaje entre ingresos y altas (Gráfica 25) no se explica solo por la tasa de desinstitucionalización, sino también por otros factores como las fugas (ver Gráfico 26) que no se contaban entre las altas estos primeros años.

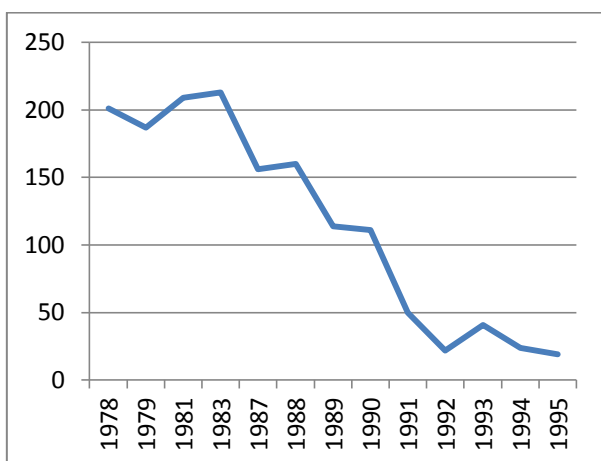


Gráfico 26. Evolución del número de fugas en el H.P.R.A. (se cuentan las fugas totales, un mismo paciente puede haberse fugado más de una vez).

En cuanto a la diferencia entre ingresos de 1ª vez y reingresos podemos señalar el imparable aumento de estos últimos hasta 1988 y la relativa estabilidad de los primeros a lo largo del tiempo.

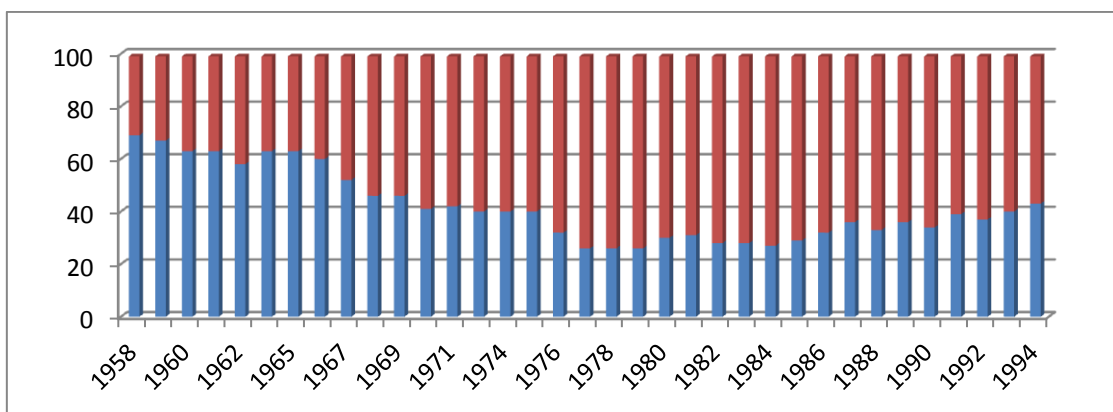


Gráfico 27. Porcentaje de ingresos según su tipo, del total de los mismos (H.P.R.A., Hospital General y Hospital "Rafael Méndez"). En rojo: reingresos. En azul: los ingresos de 1ª vez.

Por los datos obtenidos podemos deducir que un esfuerzo o política desinstitucionalizadora tiene, por fuerza, que aumentar los reingresos cuando no hay ningún recurso de rehabilitación o, incluso, de atención de cualquier tipo, en la Comunidad. Es decir, nos sirven como un indicador de una deficiente atención comunitaria dentro de un contexto desinstitucionalizador. Podríamos atribuir la disminución de los reingresos a partir de 1990 a una mejora en esta

última por el aumento en número de los C.S.M. Entre 1976-1985 se mantienen en relación a los nuevos ingresos en valores de más del 70% de los ingresos totales.

Los ingresos de 1ª vez se ven sometidos a aumentos con sendas aperturas de las unidades de hospitalización (1986, hospital general y 1993, Lorca) por un posible efecto llamada de las mismas sobre población con trastornos menos graves, ya que se encuentran en centros urbanos, insertas en hospitales generales, sin el estigma que posee el Hospital Psiquiátrico ("manicomio"). Presentan un leve aumento correlativo al aumento poblacional (gravita en torno a una tasa media de 0.48‰ anual).

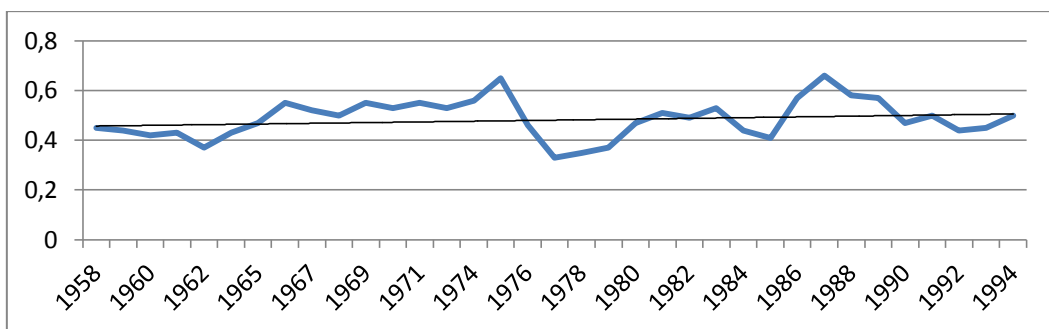


Gráfico 28. Tasa de ingresos por 1ª vez/1.000 habitantes de la R.M. (H.P.R.A., Hospital General y Hospital "Rafael Méndez"). En negro vemos la tendencia que sigue este indicador, que es ligeramente alcista.

Sobre los ingresos totales podemos añadir que aumentan conforme la rotación de los pacientes en el Hospital aumenta a su vez. Esto vendría a reflejarse en la expresión: "cama vacía, cama llena", por lo que a una mayor oferta nos encontramos una mayor demanda. Uno de los objetivos de la Reforma era relegar la hospitalización psiquiátrica a un lugar secundario en el proceso de tratamiento, por lo que este objetivo solo se alcanzó si atendemos a los ingresos en el H.P.R.A. pero no en todas las unidades de hospitalización. Ver Gráfica 29.

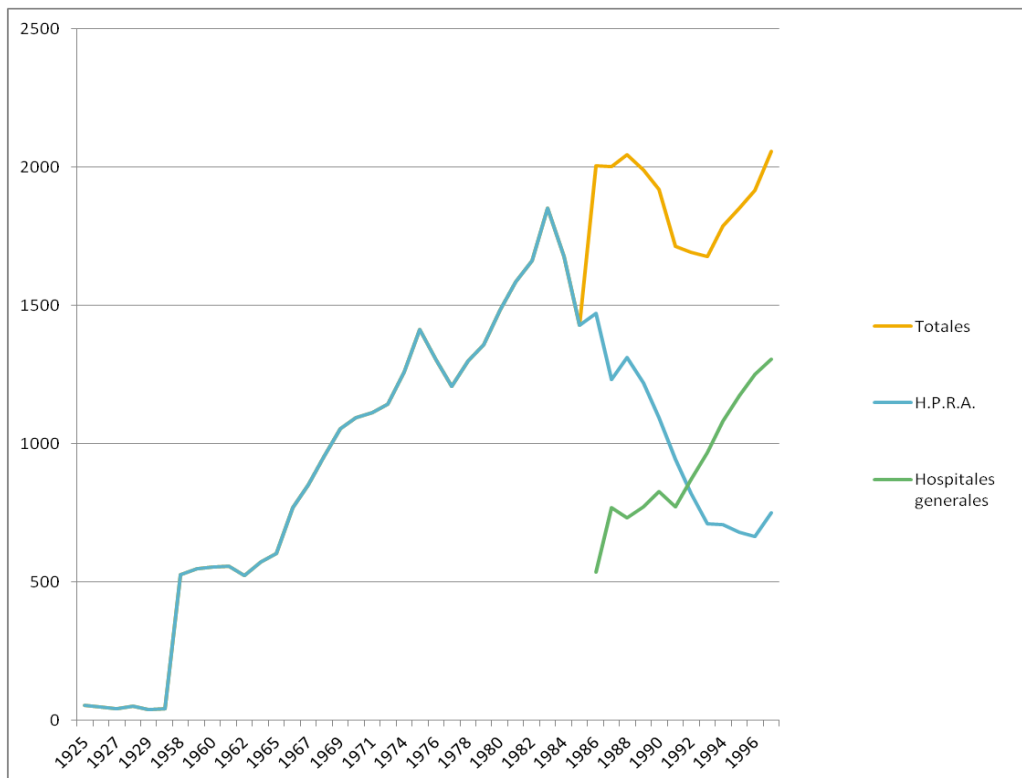


Gráfico 29. Ingresos totales, incluyendo los de la Ciudad Sanitaria (Arrixaca), a partir de 1986. En rojo: ingresos totales del Hospital Psiquiátrico (hasta 1986 era la única unidad de hospitalización). En azul: ingresos totales incluyendo Hospital Psiquiátrico y resto de hospitales generales (General, Arrixaca, "Rafael Méndez").

VI. 2. Población institucionalizada

Hemos elaborado una gráfica (30) correlacionando el número de internados en el H.P.R.A. (y residencia "Luis Valenciano") con los datos de población de derecho de la Región de Murcia, a la que tenían como población de referencia, a la hora de valorar la disminución de la prevalencia de institucionalización.

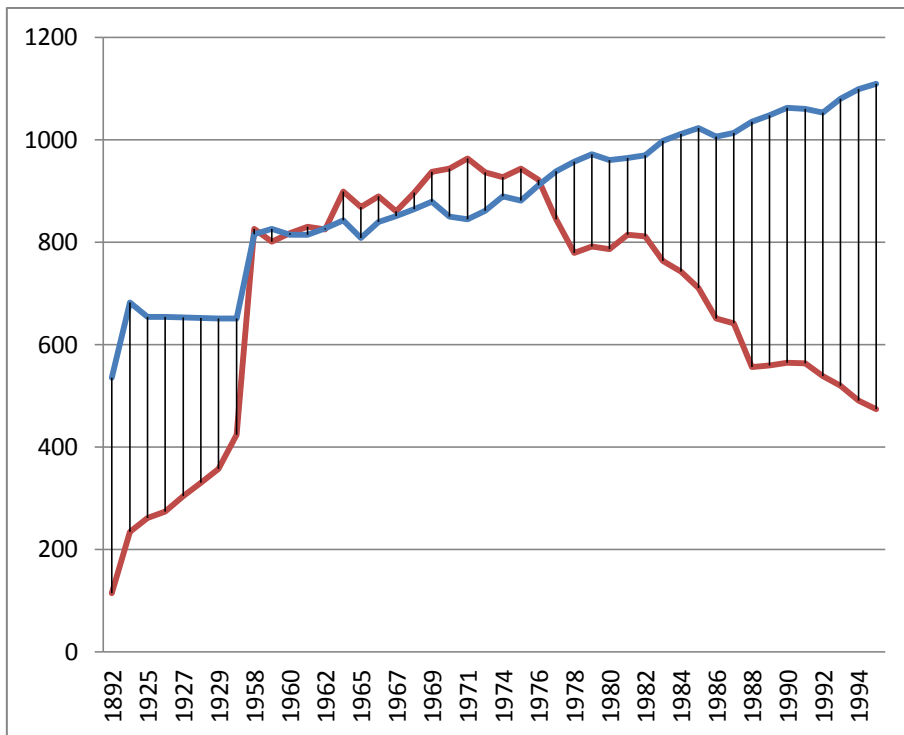


Gráfico 30. Población institucionalizada (H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano), en rojo, y población general (en miles de personas), en azul. Fuente: INE y memorias del H.P.R.A.

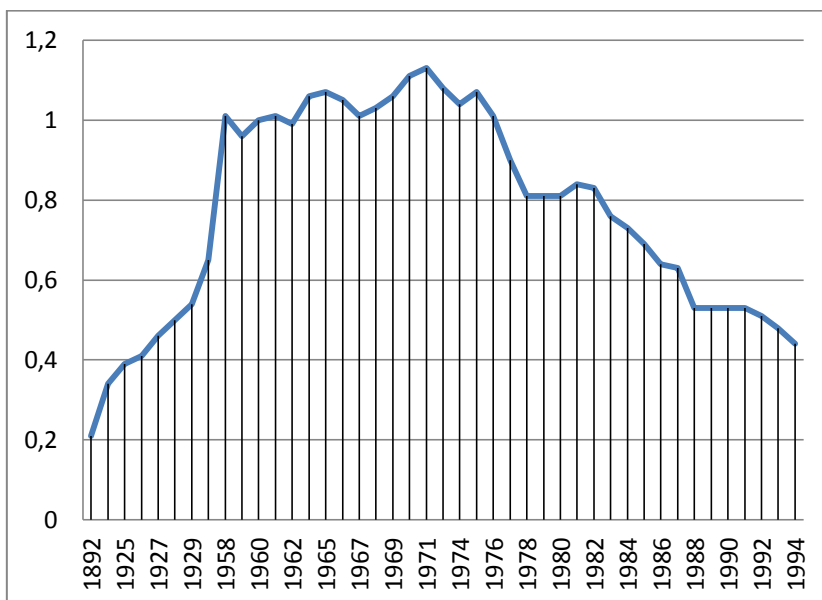


Gráfico 31. Nº de personas institucionalizadas por motivo de Salud Mental en la Región de Murcia/1.000 habitantes, suma de las poblaciones del H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano

Si atendemos a los datos de la gráfica vemos que en 1995 el dato de personas institucionalizadas por motivos de Salud Mental era de 0.43‰, comparado con el dato de 1971 que era de 1.13‰, es decir desciende en

veinte años a aproximadamente un tercio de su valor máximo previo a la Reforma.

En ella observamos cuatro importantes movimientos de la población institucionalizada:

- **Período previo a 1966:** observamos un lento y constante aumento de la población internada, hasta alcanzar los 899 internados en un Manicomio Provincial que se creó para 200 personas. Como podemos inferir no había ningún factor favorecedor de que la población internada pudiera moverse en sentido descendente. Época heredera de lo que, algunos autores -Foucault-, en Europa llamaron el "gran encierro" (siglos XIX-XX), aunque en España y, especialmente, en Murcia fue de los lugares de Europa donde menos se acusó³⁵⁴.

- **Período 1967-1971:** un rápido aumento de 100 pacientes en el ya superpoblado Hospital Psiquiátrico de El Palmar hasta llegar al punto máximo de población ingresada. Según las memorias del hospital, se interpretó este aumento como un efecto llamada por el nuevo y flamante hospital que se inauguraba. También influyó, sin duda, el desarrollo industrial de una España en un momento de alto desarrollo económico y el también efecto llamada de los nuevos psicofármacos.

- **Período 1975-1978:** aquí observamos una disminución de 165 pacientes en muy breve espacio de tiempo. Las posibles causas pueden encontrarse en la alta motivación del equipo de psiquiatras formados con Luis Valenciano imbuidos de su temprana visión comunitaria y la creación del servicio de alcoholismo que frenaría el paso a crónicos de estos pacientes mediante mejores resultados en su tratamiento agudo especializado. Además el curso escolar 1977-78 estuvo abierto el primer Hospital de Día de la Región. Señalemos también que la tasa de fugas era altísima en esta época (201 en 1978, 187 en 1979...), ver Gráfico 26. Por todo ello el movimiento de salida en los pabellones de Crónicos aumentó³⁵⁵. Coincide también con una importante caída de los ingresos de 1ª vez en el período (una caída en 260 ingresos/año

³⁵⁴ Ver nota 13. "La transformación de la Asistencia Psiquiátrica".

³⁵⁵ Ver nota 140. "Análisis descriptivo de la población institucionalizada en el Hospital Psiquiátrico".

de 1975 a 1977) sin causas atribuibles aparentes, por lo que probablemente cierta disminución en este período se deba también al azar.

- **Período 1983-1988:** aquí observamos una rápida disminución del número de internados (255 pacientes), a pesar del alto número de ingresos, que claramente podemos asociar a varios factores de impacto incuestionable:

- a) Apertura y desarrollo de los C.S.M. (1983): se abren en julio de 1983 en cuatro cabezas de comarca. Principalmente evitarán que muchos pacientes ingresen en U.P.H. y que los más graves sean institucionalizados, hecho que ocurriría más tarde de lo que era habitual hasta ahora o en ningún momento, debido a su estabilización o mejoría en la Comunidad.
- b) Ley de Reforma del Código Penal (1983): con esta Ley, como ya hemos visto, se tuvo que dar o bien el alta o bien someter a un proceso de incapacitación a gran número de pacientes que estaban ingresados indefinidamente por motivos penales en los hospitales psiquiátricos. No ha sido posible encontrar el número de pacientes por orden judicial que se encontraban en el Hospital Psiquiátrico pero presumimos que el número era considerable a la vista del número total que se encontraba en España en esa situación.
- c) Apertura del Centro de Día y Pisos Terapéuticos en el H.P.R.A. (1984): esto supuso un gran impulso a la desinstitucionalización de los pacientes de los pabellones de crónicos, fin para el que se crearon.
- d) Apertura de los C.A.D. (1985): en Murcia y Cartagena este año y posteriormente en el resto de cabezas de comarca.
- e) Apertura de la Unidad de Hospitalización del Hospital General (1986): sobre todo empezó a funcionar a partir de 1987.
- f) Separación de los pacientes por grupos: a partir de 1986, por lo que a los pacientes ancianos que hasta este año se les consideraba enfermos mentales institucionalizados, algunos de ellos ahora pasan a ser ancianos que viven en residencias, siendo imposible discernir entre los factores biopsicosociales que influyen para tal institucionalización.

- g) Cambio de política del H.P.R.A. en un esfuerzo desinstitucionalizador: sin esto no habría sido posible aprovechar el resto de recursos nombrados. Es decir, favorecer las altas, la continuidad de cuidados en el entorno comunitario mediante una mejor coordinación con éste, el trabajo con las familias, revisar el criterio para derivar los pacientes a una "asistencia para crónicos", en este caso, la residencia Luis Valenciano, que como vemos en la Gráfica 31 presenta un número muy bajo de ingresos, comparado con los años previos, tras 1986.

VI. 3. Movimiento de los profesionales

A continuación analizaremos aquí los movimientos cuantitativos de personal dentro de la asistencia en Salud Mental, dividiéndolo en tres etapas (ver Gráfica 32):

1. **1ª etapa (hasta 1980)**: Aumento de los profesionales que trabajan en el ámbito institucional. La progresiva demanda de personal para atender al H.P.R.A. se aprecie en cada memoria asistencial que da a entender el lamentable estado de la asistencia en los años previos a la inauguración del nuevo Hospital Psiquiátrico. Las dos principales inyecciones de personal se producen con el paso a este hospital y en los años de la escuela de Barcia.

2. **2ª etapa (1980-1986)**: Leve crecimiento de ambos tipos de personal, sin afectarse uno a otro.

3. **3ª etapa (1986-1995)**: la "desinstitucionalización" del personal del H.P.R.A. o sustitutivo institucional que lo supla no se llega a producir en ningún momento, entendida esta como disminución absoluta del número de profesionales dedicados a ello, a pesar de que aumenta el que trabaja en ámbitos comunitarios con rapidez. Podemos inferir que el mantener el mismo número de personal con menos pacientes ingresados tuvo que suponer una mejora importante en la calidad de la asistencia que se le ofrecía a los mismos, una mejora de personal tanto en cantidad como en calidad (profesionales mejor formados, mejores salarios, etc.). Sin embargo, a la vez, hemos de reconocer que esto no implica un cambio de modelo sustancial, para la gran mayoría de

los trabajadores que trabajaban en este ámbito el trabajo continuaba teniendo características custodiales y de acogida social. El número de personal que trabajaba en instituciones (H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano) era casi el doble (309) del que trabajaba en la asistencia comunitaria (160) en 1995. En el H.P.R.A. trabajaban 103 personas en 1994, su momento más bajo en toda su historia reciente, ya que los años siguientes volvió a subir. Los recursos humanos de la red de Salud Mental, incluidas unidades hospitalarias y H.P.R.A., en 1995 eran de 307 profesionales.

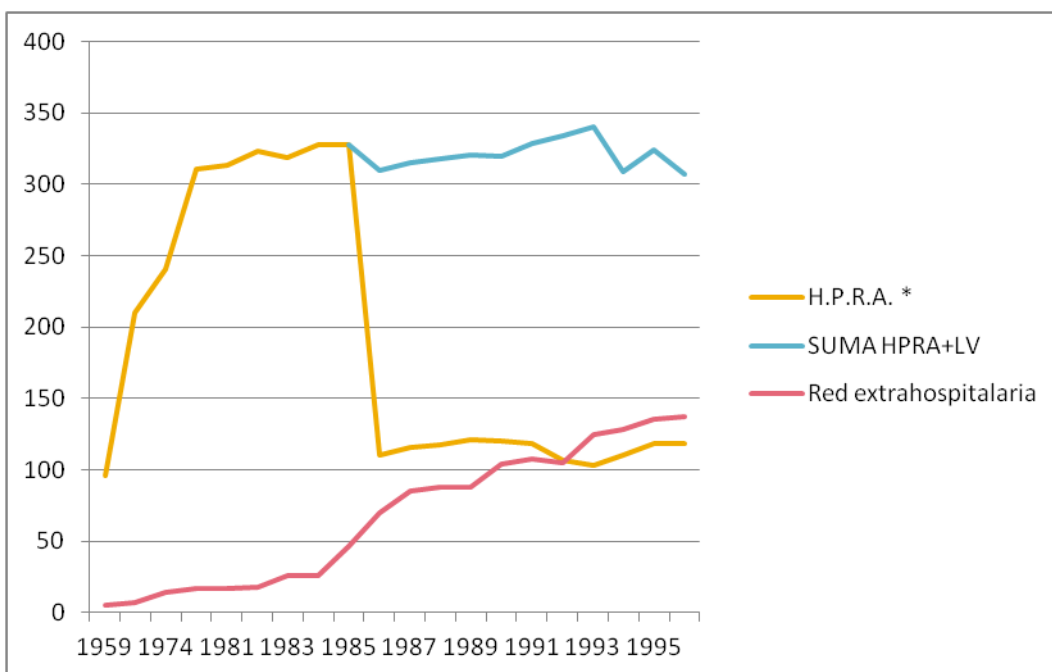


Gráfico 32. Evolución del personal del H.P.R.A., red extrahospitalaria y la suma del H.P.R.A. y L.V.
 *Religiosas sí incluidas (16-18 en 1980), maestros de talleres y cargos especiales no (75 en 1980).

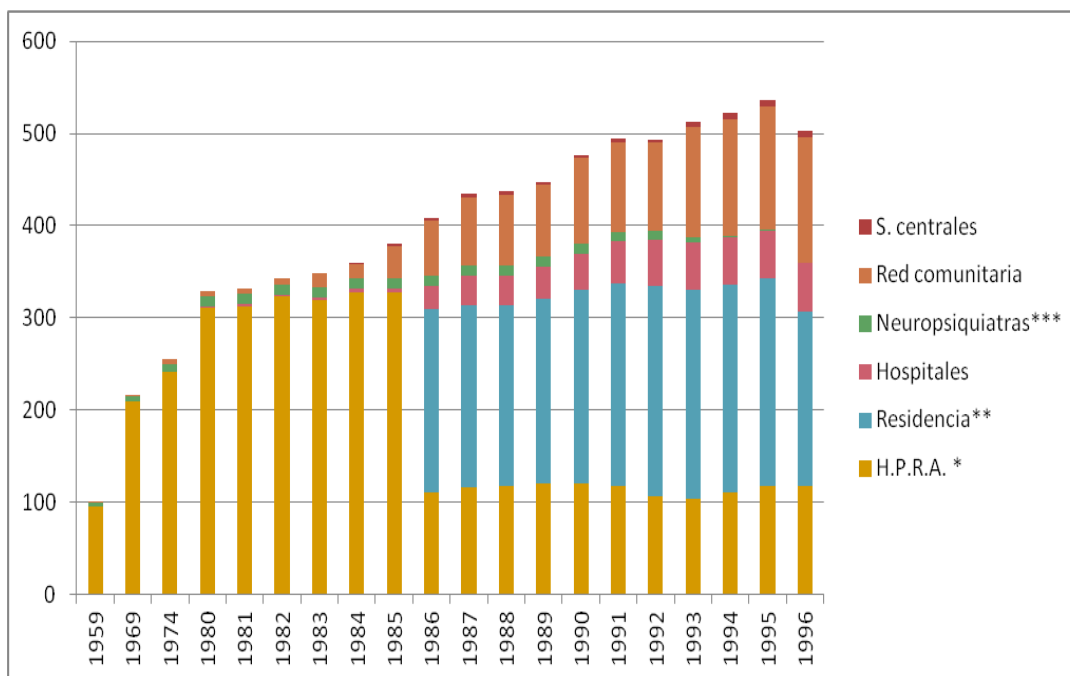


Gráfico 33. Personal clínico dependiente de la Consejería de Sanidad y del INSALUD en los años indicados. Fuente: Memorias del H.P.R.A. y Memorias de la Consejería de Sanidad. Incluidos los Médicos residentes en los hospitales. * Religiosas, maestros de talleres y cargos especiales incluidos (75 en 1980 según la memoria de aquel año). ** Personal administrativo y de mantenimiento incluido (78 en 1992). ***El trabajo de los neuropsiquiatras era a tiempo parcial (2-3 horas/día).

Y, por último, prestaremos atención al cambio cualitativo en los profesionales que trabajan en la red de Salud Mental en global.

Como vemos en los gráficos siguientes (34, 35 y 36), no solo existe un crecimiento del número de los profesionales en la red de Salud Mental y un mantenimiento dentro de las instituciones psiquiátricas, sino que también existe un importante cambio cualitativo en la composición de la red en lo que a tipos profesionales se refiere.

En los Gráficos 35 y 36 vemos como cambia sustancialmente la red de 315 personas dedicadas al trabajo en el H.P.R.A. de 1980 a los 297 de 1995, no tanto en número, pero sí en su composición: un gran aumento de los psiquiatras (de 4% a 17%), psicólogos (de 1% a 13%), A.T.S. (de 6% a 17%), asistentes sociales (0'3% a 3%) y resto principalmente a expensas del porcentaje de auxiliares (de 51% a 25%) y de los cargos especiales y personal de mantenimiento (de 22% a 8%), monjas (5% a 0%) ya que muchos de ellos pasan a formar parte de Servicios Sociales.

Por lo tanto en 1994 la red pasa a estar mucho más especializada y cualificada y muestra, en su composición, un cambio de modelo desde el

custodial tradicional a uno más centrado en el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social.

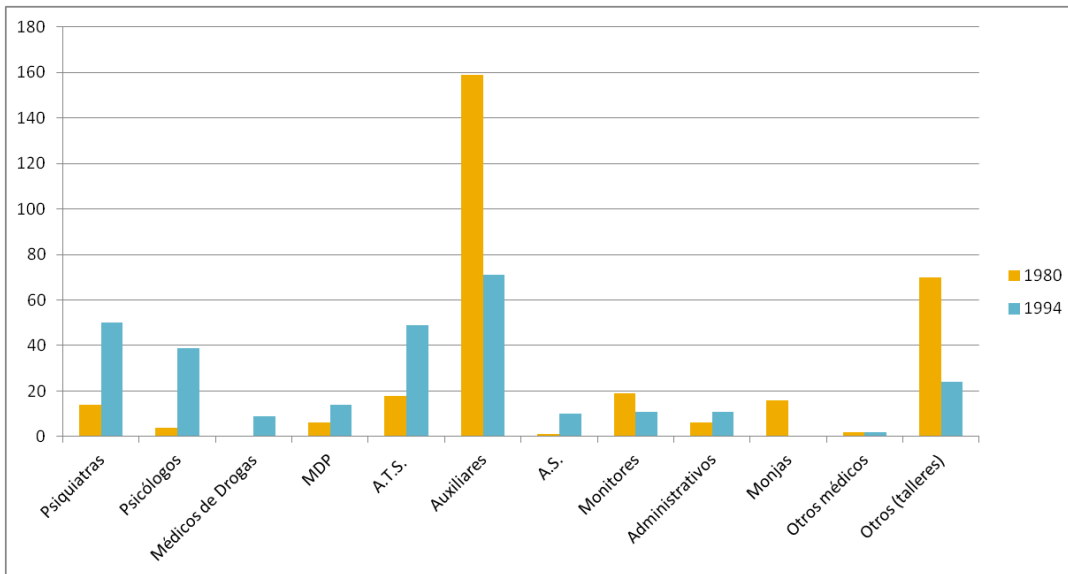
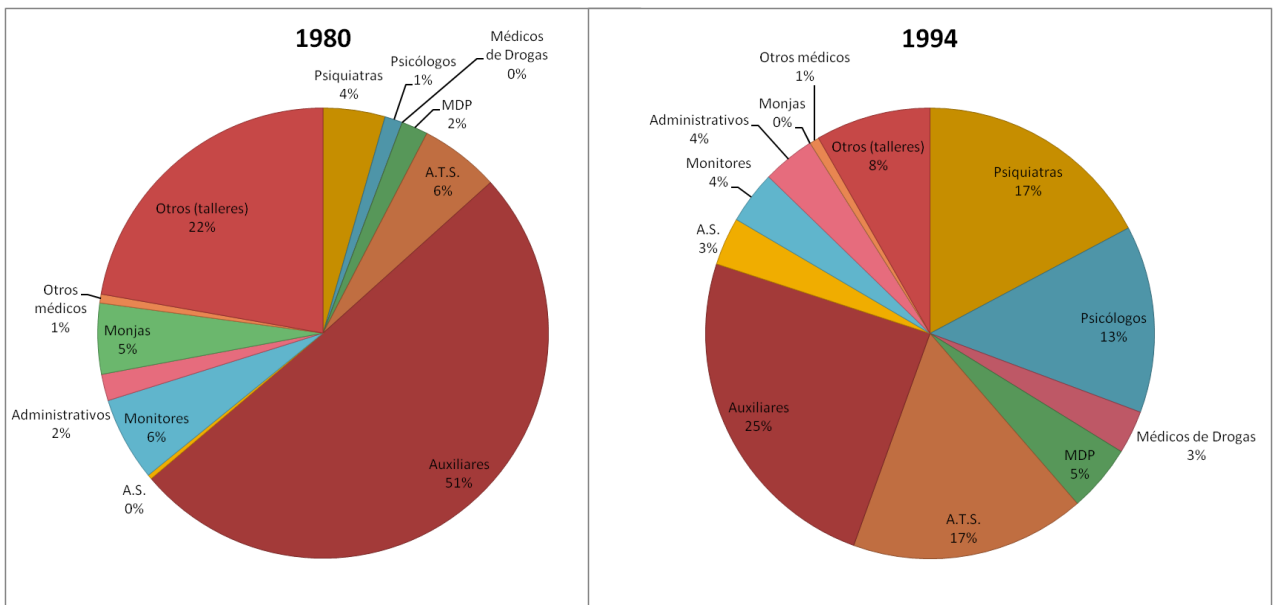


Gráfico 34. Evolución de las profesiones que trabajan en la red de Salud Mental de la Región de Murcia entre 1980 y 1994. La congregación religiosa se ha considerado una profesión más, a pesar de que tuvieran las pertinentes a partir de 1982 para poder trabajar, por la peculiaridad de sus funciones y su papel tan preponderante en el H.P.R.A. en los primeros años de la Reforma.



Gráficos 35 y 36. Composición de la red de Salud Mental en 1980 y 1994. MDP (Médico diplomado en psiquiatría): residente de psiquiatría.

VII. CONCLUSIONES

1. POLÍTICA SANITARIA Y PLANES DE SALUD MENTAL

La Reforma Psiquiátrica en la Región de Murcia estuvo muy apoyada en los documentos estatales que la postulaban en el resto de España: el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad, facilitado esto también por la concordancia del Gobierno estatal con el autonómico prácticamente durante todo el período de análisis por un solo partido político: el P.S.O.E.

A nivel regional, se explicitan algunos conflictos por la prensa entre dos modelos, el de sector, defendido por Martínez Pardo y el de área, por Ciriaco de Vicente, en la línea federal. A su vez, dentro de la Salud Mental se forman bastiones que serán principalmente: la red comunitaria, el H.P.R.A. y el Hospital General, cuya brecha se acentúa conforme pasan los años.

En cuanto a los enfoques políticos de cada consejero de Sanidad, no se aprecia mucha diferencia entre los cuatro ya que siguieron el modelo que marcó el primero: Jose María Morales Meseguer.

El resto de partidos políticos mostraron muy poco interés por la Salud Mental, sin mostrar propuestas alternativas al inmovilismo o modelo tradicional manicomial.

El Plan de Salud Mental de 1995 ofrece una planificación muy completa y con un buen diseño que permite plantar las bases para un desarrollo de servicios de Salud Mental comunitarios de suficiente calidad. El problema es que la legislación no otorga a los planes de las distintas Comunidades Autónomas nada más que un carácter orientativo y consultivo, y no permiten alcanzar con facilidad el grado de compromiso político que confiere otro tipo de acuerdos administrativos.

2. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

En 1980 con el cambio de Director Médico comienza también un cambio de política institucional de la mano de las tesis manejadas por el partido socialista en relación a la Salud Mental y la Reforma Psiquiátrica consistente en anunciar la pérdida de la hegemonía del Hospital Psiquiátrico, la equiparación de los derechos laborales de su personal con el del resto del aún embrionario sistema sanitario, una activa política de altas -que ya venía de la década anterior- en el momento de mayor presión asistencial en el mismo (una media de 5 ingresos hospitalarios/día en 1983), gestos simbólicos de apertura del Hospital Psiquiátrico a la Comunidad (participación en Bando de la Huerta, fiestas con familiares, periódico, competiciones futbolísticas, intercambios con otros hospitales psiquiátricos, etc.) y una tendencia a la democratización de su gestión mediante las Juntas de Gobierno. Dentro del Hospital Psiquiátrico existía un sector crítico con el modelo tradicional que se encargó de liderar estos cambios, a pesar del, aún importante, inmovilismo del resto de la Institución.

Se impulsó, por iniciativa de este sector, la creación de la Asociación de Familiares de Enfermos Psíquicos de Murcia, tercera en crearse en España, que posteriormente se federó junto con el resto de asociaciones autonómicas en F.E.A.F.E.S.

Se crean las primeras plantas mixtas: primero el Hospital de Día en 1977, posteriormente la Unidad de Alcoholismo en 1983, y la U.P.H. y la Unidad de Subagudos en 1986, no sin dificultades debido a la importante influencia que la religión imponía sobre las instituciones de la Beneficencia y, en general, en la sociedad.

Las desigualdades entre sexos eran muy importantes al inicio de este período, las podemos apreciar de modo notable en las ocupaciones dentro de la laborterapia, que básicamente estaba diseñada para el género masculino mientras que el femenino tenía destinada la misión de las labores hosteleras del Establecimiento (limpieza, cocina, bordado), desigualdad que comenzó a paliarse con un tímido feminismo que comenzó en la Transición Democrática (comienzan a escribir mujeres en el periódico y a participar en otras

actividades, aunque con duras críticas en sus comienzos) y posteriormente con el más activo de la nueva Jefatura de Enfermería que favoreció la contratación de la contrata de limpieza.

El dimorfismo se aprecia también en los profesionales, con funciones totalmente diferenciadas: las enfermeras y monjas realizaban tareas de control y vigilancia ("pastoreo") y los enfermeros las puramente instrumentales y de fuerza bruta (contenciones), la presencia femenina a nivel de jefaturas es nula (excepto la primera Jefa de Enfermería), el grupo de la Ambulancia estaba constituido por hombres, etc. De hecho, hasta 1990, en las memorias del H.P.R.A. y de la Consejería de Sanidad aparecen diferenciados los puestos de auxiliar masculino y femenino.

Apreciamos también la evolución en los términos usados en el lenguaje en los documentos oficiales y prensa: dementes por internados, internados por hospitalizados, enfermo por paciente, pacientes por residentes (en Servicios Sociales), pacientes por usuarios, institucionalizado por larga estancia...

El Hospital Psiquiátrico estaba aislado del resto de la red. Funcionaba independiente de facto.

Dentro del mismo se da una transición -y una lucha- entre modelos: del puramente institucionalizador ("el que entra aquí ya no sale") a uno más garantista con los derechos civiles, generando dos bandos dentro del Hospital, tanto por estamentos (los psicólogos serán más proclives al segundo y los auxiliares y las monjas al primero) como dentro del mismo estamento.

No se "desinstitucionalizó" a sus profesionales, lo cual supuso un efecto "castillo", en el que se atrincheró toda la resistencia al cambio, mientras que los jóvenes profesionales inundaron los recursos comunitarios. Se abre una fatídica brecha, por perpetuar el modelo tradicional, entre la asistencia comunitaria y el H.P.R.A. que previamente no existía: hasta 1995 todos los directores del H.P.R.A. habían hecho suyos los proyectos y programas de desarrollo de centros en la Comunidad, incluso en 1985 el director médico del Hospital Psiquiátrico propone su "superación" progresiva y se implica en el proceso de Reforma Psiquiátrica.

La Ambulancia representaba también el poder del Hospital Psiquiátrico (también llamado por sus trabajadores "la Casa") con respecto a los ingresos de los pacientes "conocidos", pues bastaba con la orden de un psiquiatra de

dicho Hospital para que la Ambulancia acudiera al domicilio del paciente y lo trasladara por la fuerza al H.P.R.A. u Hospital General.

La Institución Total alargaba su brazo para reprimir a su paciente, al que ve como menor, ignorando la mayoría de edad que habían alcanzado los usuarios de la Salud Mental con las reformas legales de la democracia (Constitución, Reformas de Código Civil y Penal, Ley General de Sanidad, etc.).

El servicio de Ambulancia queda como una rémora del *viejo régimen psiquiátrico* hasta bien entrados los años 2000, cuando se sustituyó por un convenio con la policía y el servicio de emergencias 112, tal era la potencia de las fuerzas que querían que siguiera existiendo, llegando a ser el "elefante en la habitación" en el que nadie repara durante tantos años.

La división que se produce en 1986, no es tal, en un sentido práctico, como ya hemos descrito no solo porque compartían servicios asistenciales y de mantenimiento comunes, sino también por su disposición arquitectónica. No ocurrió esto, hasta el año 1996, e incluso llegado el día de hoy, permanecen indisolublemente unidos -en el espacio- el H.P.R.A. y la aparentemente diversificada parte de la red de Servicios Sociales que se encuentra anexa al mismo. Por lo que tanto a nivel práctico en un principio como simbólicamente la evolución del H.P.R.A. fue mucho más lenta de lo aparente e insuficiente a todas luces si nos atenemos a los supuestos iniciales y a las directrices del Modelo Comunitario y de Área.

No se incluye en el Plan de Salud Mental de 1995 su transformación, que consta en un documento aparte que no llegó a ser publicado. Sus principales autores alegan que estratégicamente debía abordarse separadamente, ya que la fuerza del aval del 90% de la red de Salud Mental lo defendía de los posibles cambios que conllevaría el cambio político que se sabía inminente en 1995 en el Gobierno de la Región. El haber incluido un tema controvertido como el desmantelamiento definitivo del H.P.R.A. le hubiera restado fuerza del consenso que necesitaba para blindarse, además, porque este desmantelamiento dependía de la apertura de unidades de Agudos en el resto de áreas, hecho que se encontraba lejano de realizarse en aquel momento.

La congregación religiosa, actividades religiosas, reverendo, capellán, etc. poseía un importante poder y preponderancia tanto en lo asistencial como en el funcionamiento del H.P.R.A. A partir de 1981, en las memorias deja de hacerse referencia a estas actividades y su presencia en el H.P.R.A. aunque permanecieron hasta 1987.

3. DROGODEPENDENCIAS

Esta red, que estuvo en un principio separada en sus dos primeros años de funcionamiento de la de Salud Mental se creó con una filosofía muy acorde con el modelo comunitario. No en vano, su principal diseñador, - Bartolomé Ruiz Periago- había realizado gran parte de su formación en Trieste. Las reuniones se realizaban en presencia de todo el equipo con voz de todos sus miembros en las decisiones clínicas, llevándose a cabo numerosos tratamientos domiciliarios y trabajando en prisiones y en los barrios más marginales (mediante el programa de bajo umbral), etc.

La cantidad de tiempo empleado en reuniones, la concepción de estas como un lugar de trabajo en equipo y la importancia de mantener un modelo común hizo que la filosofía comunitaria pudiera llegar a todos sus profesionales, así como contemplar espacios específicos de formación.

La mayor parte de sus críticas las recibe por formarse de espaldas a la red de Salud Mental, la ausencia total de psiquiatras en la misma, y la excesiva psicologización de la misma con evitación manifiesta de algunos tratamientos biológicos como la metadona, práctica que se recuperó posteriormente.

Se diseña un programa de atención a drogodependencias centrado en el paciente heroinómano y afectado por la infección del V.I.H. Poco a poco fue cambiando el tipo de toxicomanía objeto de atención, y va aumentando el número de pacientes tratados por consumo cocaína. No hubo un plan de actuación para pacientes con trastorno mental grave, principalmente psicóticos, siendo dicha patología un criterio de exclusión en Drogas, con lo que padecer una enfermedad mental grave llegó a suponer un factor de marginación en esta red.

4. REHABILITACIÓN

La exigua red de rehabilitación, hasta 1990 exclusivamente formada por el C.D. y los Pisos Protegidos del H.P.R.A., se había diseñado para la desinstitucionalización de los pacientes con mayor funcionalidad y nivel de autonomía del H.P.R.A. por lo que, en otro contexto, comunitario, su excesiva tecnificación en el uso de programas y protocolos pudo resultar inadecuada u obsoleta para el propósito que se definía en el Plan de Salud Mental.

Representa no solo cualitativamente, sino cuantitativamente, la principal falta de la Reforma, ya que sin ella la atención al trastorno mental grave vuelve rápidamente a centrarse en la hospitalización y en un aumento de la carga familiar. A partir de los años 90 se convierte en la principal demanda de los profesionales, recogándose en numerosas ocasiones en prensa y a través de la A.E.N.

El diseño de esta red en el Plan de Salud Mental es muy similar al de otros sistemas sanitarios donde con mayor éxito se ha llevado a cabo la Reforma Psiquiátrica, según la O.M.S. como Trieste en el norte de Italia. En definitiva, se diseñó una acertada red de rehabilitación que nunca se implementó.

5. HOSPITALES

No se llegaron a integrar en la red de Salud Mental como un recurso más. A pesar de su participación en los planes de Salud Mental, casi testimonial, había graves dificultades para que compartieran un modelo y filosofía común. Resultó muy difícil cerrar las consultas externas. Cada Unidad poseía sus normas y funcionamiento propio y autónomo.

- H.G.: cuando fue abierto, decidió ingresar solo a personas que no hubieran estado previamente en ninguna institución psiquiátrica previa y que fueran beneficiarios de la Seguridad Social. Tuvieron que abandonar cuando fue sectorizado. La presencia de Demetrio Barcia en esta unidad desde 1986 llevó a un aislamiento, aunque no a un boicot, de la misma con respecto a la

red comunitaria de Salud Mental, con la que no se contemplaba una estrecha colaboración en cuanto a coordinación y formación de su personal.

- Arrixaca: unidad abierta con funcionamiento autónomo. En la segunda sectorización tuvo que asumir todas las hospitalizaciones de una zona de salud. No obstante, tenía la peculiaridad de que la familia quedaba a cargo de los cuidados básicos del enfermo ingresado como en el resto de plantas hospitalarias.

Solo se creó una sola U.P.H. más que fue la de Lorca (Hospital Rafael Méndez), con solo un psiquiatra de personal y un número de camas insuficiente (10). Habría sido necesario abrir dos U.P.H. más para haber podido cerrar las del H.P.R.A., no se hizo a pesar de ser uno de los objetivos más repetidos a lo largo de todos los planes y objetivos desde 1980.

En el PTHP de 1993 se cita como fortaleza del Hospital el cumplimiento exhaustivo de la legislación vigente, al ser preguntado su, en aquel momento, director médico, refiere que se incluyó este punto por las diferencias tan notables entre hospitales en cuanto a comunicación de ingresos involuntarios, sujeciones, no aplicación de protocolos, etc.

6. RED Y CENTROS DE SALUD MENTAL

Fue una Reforma rápida en sus inicios, los planes realizados eran estudiados por otras comunidades autónomas (de características similares como Asturias), hubo un gran aporte de psicólogos provenientes de la red de Drogodependencias, llegando a un número superior al de la media de España (3,7 en Murcia y 2,93 en el resto de España).

A pesar de la buena dotación de personal general, la escasez de enfermeros es muy llamativa imposibilitando, en gran parte, el trabajo comunitario "de campo" que quedó absorbido por las consultas del Centro y la hospitalización.

En cuanto a los auxiliares psiquiátricos, no hubo una integración de los mismos en el trabajo comunitario, quedando relegados a las funciones hospitalarias y por tanto, excluyéndolos de la transformación de la asistencia que se pretendía.

Todo esto llevó a una falta de implicación de muchos profesionales en la Reforma Psiquiátrica, haciéndola, sobre todo, exclusiva del personal facultativo que se vio insuficiente para acometerla en su aspecto más propiamente comunitario.

Otro de los aspectos que poco a poco fue creciendo fue la desigualdad entre zonas geográficas (accesibilidad) de centros, dotación de los mismos, unidades hospitalarias... en detrimento del desarrollo de las comarcas menos pobladas y más lejanas (Caravaca y Jumilla/Yecla) que aumentaron en muy escaso número el personal con el que contaban desde su inicio en 1983.

7. RESIDENCIAS

Se produjeron contradicciones muy importantes ("bases para un plan..."), como que:

- Los recursos residenciales deberán evitar el deterioro físico y psíquico que la institución puede producir con talleres de mantenimiento.
- Dichos dispositivos tratarán de acercar al residente a su contexto familiar para que no se produzca una desconexión total con ese ámbito.
- Dividir a los pacientes en aquellos susceptibles de rehabilitación y los que no lo son.

Por un lado, los residentes son privados del contacto familiar y por otros estudios vemos que el factor que más influye en esa pérdida de vínculos es el estar excluido de la posibilidad de desarrollarlos y favorecerlos en el contexto social propio. Lo mismo ocurre con el deterioro institucional, imposible de evitar desde dentro de una institución, ya que se ha demostrado, al menos en una importante proporción, se produce por esta misma, a pesar de los talleres, que durante muchos años ya se habían usado en forma de laborterapia y no habían servido para conseguir este objetivo, por lo que se nos presenta absurda, e incluso paradójica, una afirmación de este tipo.

En cuanto a la posibilidad de rehabilitación de los residentes, el criterio que se usa es puramente subjetivo, por lo que se nos presenta excesivamente arbitrario. Esto lo podemos observar cuando, desde dentro de la Residencia Luis Valenciano, considerada como un recurso de larga estancia para todos los

pacientes no rehabilitables, su propio director diseña un plan para crear un Centro de Día y dar el alta a los pacientes que sean subsidiarios (otra vez subjetivamente) de convivir con sus familias o de alguna otra forma en el medio comunitario (125 pacientes de los en 1992) que nunca se llevó a cabo.

Esta subjetividad en el criterio (de posibilidad de rehabilitación), tan importante en cuanto a la capacidad del sistema sanitario de poder trabajar en la Comunidad con el mayor número de pacientes posibles, vuelve a confirmar el poco interés que a la administración sanitaria le presentan los enfermos más graves, sin acometer de forma eficaz su inclusión en la Comunidad, manteniendo en residencias de larga estancia con un funcionamiento manicomial a gran parte de los enfermos más graves. Agrava aún más esto la presencia de numerosas voces en prensa de responsables de Salud Mental y la presencia de numerosos planes de transformación de las estructuras más lejanas al modelo comunitario (las descendientes del antiguo Hospital Psiquiátrico) y la inmovilidad de las autoridades sanitarias ante tales demandas.

8. FORMACIÓN

El importante déficit en la formación de los enfermeros fue uno de los argumentos para su ínfima incorporación a los recursos comunitarios. Uno de los grandes déficits de la Reforma Psiquiátrica en nuestra Comunidad. Contrasta con la dedicación e interés de Luis Valenciano acerca de la formación del personal de enfermería y subalterno.

Tras el traslado al Hospital General, la formación a los residentes de psiquiatría (coexistiendo M.I.R. con diplomados en psiquiatría) de la aún existente escuela de Barcia se enroca en dicho hospital, sin contemplar las rotaciones por otros recursos comunitarios o el Hospital Psiquiátrico, produce también una visión sesgada de la formación e investigación desde las U.P.H. del Hospital General y Arrixaca dejando fuera del aprendizaje los conocimientos necesarios para trabajar en un modelo comunitario desde todos sus dispositivos.

9. DESINSTITUCIONALIZACIÓN

Cabe resaltar la carencia de un plan de desinstitucionalización, llevando a cabo esta tarea prácticamente en solitario el CD, sin más organización y planificación que el buen hacer del equipo que lo componía, descargando todo el peso de la misma en las familias y los Pisos Protegidos, único dispositivo comunitario alternativo a la convivencia con la familia propia.

El C.D. presenta un número de admisiones de pacientes de 1ª vez de 332 y un número de readmisiones de 315, es decir, la práctica totalidad de los mismos vuelve al mismo tras ser dados de alta. El número de pacientes dados de alta a domicilio o a Pisos Protegidos asciende a 305 (sin los datos de 1986 ni 1987) por lo que podemos considerar alrededor de éste el número de pacientes desinstitucionalizados del H.P.R.A., que coincide con los datos de disminución de población del H.P.R.A. y Residencia L.V., y medir así la potencia desinstitucionalizadora de este recurso apoyado en el contexto de la red comunitaria de Salud Mental. En el Anexo 2 podemos ver los datos de C.D.

Por tanto, se produce una desinstitucionalización "suave" a pesar de las críticas internas de profesionales de la red que la veían acelerada, mucho más lenta y moderada que en otras comunidades o países que lograron cerrar sus Hospitales Psiquiátricos, en virtud de lo cual se produjo menos incidencia de problemas sociales como efecto secundario de esta.

10. VALORACIÓN GLOBAL

Se confirma la hipótesis inicial planteada en cuanto a la importante magnitud del cambio en la asistencia en los diferentes niveles en los años estudiados, muchos objetivos se cumplieron pero otros no, y la Región de Murcia pasó de ser una Comunidad Autónoma pionera en el inicio de la Reforma Psiquiátrica a ir quedándose atrás en el desarrollo, por un lado presupuestario y por otro ideológico de la misma debido a la persistencia de una importante población institucionalizada y escaso desarrollo de la rehabilitación comunitaria. Los datos de desinstitucionalización son más bien

son datos moderados si los comparamos con Comunidades de población similar como Asturias (aunque con una población creciente en Murcia con el paso de los años en comparación).

La culminación del proceso de Reforma Psiquiátrica es el Plan de Salud Mental de la Región de Murcia (1995-1999), que se enmarcan en la filosofía del modelo comunitario en prácticamente todos sus apartados, siendo sus mayores aciertos, a nuestro entender, la coordinación con Atención Primaria (Programa Mostrador) y todo el capítulo de Rehabilitación, que, de haberse llevado a cabo podría haber permitido el desarrollo de una red de rehabilitación que permitiera continuar la desinstitutionalización ya iniciada en años anteriores y mantener a sus usuarios en la Comunidad mediante una amplia gama de dispositivos coordinados por el Programa de Rehabilitación.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1.1 Fuentes documentales

1. "Análisis descriptivo de la población institucionalizada en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca". María Luisa Sánchez Álvarez-Castellanos. 1984. Documento interno.
2. "Ayer, hoy y Mañana de la Asistencia Psiquiátrica". Excma. Diputación Provincial de Murcia. Depósito legal: MU- 230- 1975.
3. "El papel del Auxiliar Psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica". Trabajo presentado al V Congreso de Auxiliares Psiquiátricos celebrado los días 20-23/03/1981 en La Rioja.
4. Acta de reunión en la Audiencia Provincial, del 26/06/1990.
5. Acuerdo del Consejo de Gobierno de 3 de abril de 1986 con respecto a la regulación de las gratificaciones por servicios extraordinarios de la Administración Regional. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. 1986.
6. Acuerdo para la constitución de la comisión de coordinación de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. 28/07/1987.
7. Articulación de un Programa de Psiquiatría Comunitaria, realizado por el Dr. Francisco Martínez Pardo. Fecha de entrada en el negociado: Octubre de 1981. Trabajo distribuido en sesión del día 4 de Noviembre de 1981 para estudio para la siguiente sesión. 83 páginas. Archivo regional de la RM.
8. Balance de recursos de la Región de Murcia. Reforma Sanitaria. Noviembre de 1987. Consejería de Sanidad. Cuaderno número 2.
9. Bases para la transformación de la asistencia psiquiátrica y atención a la salud mental en la Región de Murcia. 1988. Consejería de Sanidad de Murcia.
10. Bases para una política sanitaria en salud mental. Cuadernos de acción social, número 10. PSOE. Secretaría Federal de Acción Social. Madrid, 1981.
11. Borrador de Propuestas de remodelación funcional y estructural de la Residencia Luis Valenciano. El Palmar (Murcia), junio de 1992.
12. Comisión de Intervención en Salud Mental Comunitaria. Unidad Técnica de Salud Mental. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de Murcia. 1987.
13. Convenio entre la Diputación Provincial de Murcia y la Cátedra de Psiquiatría de la facultad de Medicina. 26/03/1979.
14. Convenio entre la Facultad de Medicina de Murcia y la Diputación Provincial. 14/10/1974.
15. Convenio para prestación de funciones y servicios de las Hermanas de la Caridad con la Administración. 16/03/1981.
16. Cuadernos de Acción Social. Nº17. Edita: PSOE, Secretaría Federal de Acción Social. Grupo Federal de Salud. 1984.
17. Discurso de investidura del Director Gerente del Hospital Psiquiátrico Manuel Pérez Séiquer. 1977.
18. Discurso de jubilación de Pedro Marset. 25/11/2011. Disponible en https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=ec4c038a-076e-46e8-a368-a0f303ee6ae0&groupId=115466 (consultado el 13/01/2015).
19. Documento con fecha de entrada al H.P.R.A. el 11/04/1985 de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Murcia dirigido al Sr. Director del Centro Psiquiátrico. Hospital Román Alberca. Firmado por el Fiscal Jefe a 30/03/1985.
20. Documento de discusión para la Reforma Psiquiátrica. 9/10/1986. Comité de expertos en Salud Mental de la Región de Murcia.
21. Documento de trabajo del plan de transformación del H.P.R.A. 7/11/1985.
22. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la Salud Mental. Comisión ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. V. N. o 13. 1985.

23. Documento informativo de la situación actual en el Área de Salud Mental. Junio de 1993.
24. Documento interno del H.P.R.A. sobre las normas del Servicio Médico de Guardias. Director Martínez Pardo.
25. Documentos para la elaboración del Plan de Salud Mental de 1989. Consejería de Sanidad. Unidad Técnica de Salud Mental.
26. Escrito de Matías Valverde al director gerente exponiendo un conflicto surgido entre los psiquiatras de guardia del H.G. y el H.P.R.A. por un traslado en ambulancia. 1987.
27. Escrito del Comité de Representantes del H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano. "Documentación del estado actual del H.P.R.A. y Residencia Luis Valenciano". Firmado por Ana María Ruipérez García y Concepción Sáenz González. 16/06/1986.
28. Escrito firmado por Concepción Sáenz y Francisco Román. 2/08/1989.
29. Estudio de recursos y necesidades para una planificación de la atención a la Salud Mental y Reforma de la Asistencia Psiquiátrica. 1984.
30. Estudio de rendimiento en Centros de Salud Mental. 1987. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.
31. Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid, 1991.
32. I Jornadas de Salud Mental de la Región de Murcia. Marzo 1988. Capítulo de Hospitales.
33. Informe de la dirección médica del H.P.R.A. Firmado por M. Galiana. 23/11/1983.
34. Informe de la situación actual de la Salud Mental en la Región de Murcia. Carlos Giribet Muñoz, Jefe de Área de Salud Mental. Marzo de 1996.
35. Informe de la situación actual de la Salud Mental en la Región de Murcia. Carlos Giribet Muñoz, Jefe de Área de Salud Mental. Marzo de 1996.
36. Informe en relación con la próxima apertura de una Unidad de Alcoholismo y otras Drogodependencias. Abril, 1983. Hospital Psiquiátrico "Román Alberca".
37. Informe sobre el Servicio de Laborterapia del Hospital Psiquiátrico Provincial. Archivo General de la Región de Murcia. 18/10/1975.
38. Informe sobre la plantilla del Hospital Psiquiátrico Provincial. 1975. Excm. Diputación Provincial de Murcia. Archivo Regional de Murcia.
39. Informe sobre los Servicios de Salud Mental de la Región de Murcia. Noviembre, 1992. Joaquín Nieto Munuera. Dirección General de Salud. Salud Mental.
40. Informe técnico sobre el Acuerdo con ISSORM sobre la Residencia Luis Valenciano. Junio de 1993.
41. Instrucción de obligado cumplimiento para todo el personal sanitario del H.P.R.A.. 22/09/1987. Gerencia del H.P.R.A.
42. Instrucción permanente de obligado cumplimiento. Dirección médica del H.P.R.A. 23/09/1987.
43. Jornadas de Salud y Política Local del PSOE. 15-16/12/1979. Biblioteca de la Fundación Pablo Iglesias. Ponencia de Francisco Martínez Pardo.
44. Memoria asistencial. Departamento de Salud Mental. Servicio Murciano de Salud. Consejería de Sanidad y Consumo. Año 2000.
45. Memoria de las actividades durante el año 1980 del Centro de Salud Mental de Murcia (Jefatura Provincial de Sanidad).
46. Memoria del Manicomio Provincial, años 1925-1928. Archivo General de la Región de Murcia.
47. Memoria del Plan Nacional sobre Drogas de 1986. Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Secretaría General Técnica. 1987. Capítulo relativo a Murcia.
48. Memoria ISSORM 1996. Consejería de Sanidad y Política Social.
49. Memorias de la Consejería de Sanidad. 1988-1991.
50. Memorias del Hospital Psiquiátrico Provincial de El Palmar (Murcia), años 1958-2000. Diputación Provincial de Murcia/Consejería de Sanidad.
51. Normas de funcionamiento de recogida de enfermos psiquiátricos. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios sociales. 14/11/1987. Firmado por Jesús Lozano García. Dirección Regional de Asistencia Sanitaria.
52. Normativa de admisión. H.P.R.A. Dirección médica. 3/02/1984.

53. Normativa para recogida de pacientes por medio de ambulancia. Conclusiones de la reunión entre el Excmo. Sr. Presidente de la Audiencia y el Excmo. Sr. Consejero de Sanidad. 3/08/1990.
54. Oficio sobre la asistencia a los enfermos psíquicos procedentes de la Seguridad Social. Archivo Regional de la Región de Murcia. Conjunto de documentos de Enero 1968-Enero 1969.
55. Plan Autonómico sobre Drogas, 1993-1996. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Comisionado para la Droga. Murcia, Diciembre 1993.
56. Plan de reforma del área residencial del Hospital Psiquiátrico II. 21/11/1985.
57. Plan de Salud de la Región de Murcia. 1993-1996. Lorenzo Guirao, Consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de la Región de Murcia. Francisco Martínez Pardo, Gerente del S.M.S. 1992.
58. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia 1999-2001. Análisis de situación. Servicio Murciano de Salud. Autores: Carlos Giribet Muñoz, Fernando Navarro Mateu
59. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia, 1995. Consejería de Sanidad de Murcia. Unidad 00100. Registro 00004877.
60. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. 2010-2013. Subdirección General de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Dirección general de Asistencia Sanitaria. Servicio Murciano de Salud.
61. Plan de transformación del H.P.R.A. Documento interno. Fechado después de mayo de 1995.
62. Plan de transformación del Hospital Psiquiátrico. Se fecha entre enero de 1985 y septiembre de 1985. Firmado por: El médico director, M. Galiana Cela.
63. Plan director del Hospital Psiquiátrico 1993-1995. Junio de 1993. Documento interno.
64. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Servicio de Publicaciones.1985.
65. Ponencia "Formación del personal de un Hospital Psiquiátrico". Ponencia presentada en las Jornadas Nacionales de Asistencia Psiquiátrica. 9 de abril de 1970. Archivo Regional de la Región de Murcia.
66. Programa de la Comunidad Terapéutica "Coto Salinas". 1985.
67. Programa de la I Reunión de Trabajadores en Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. 24-25 de abril de 1988. Consejería de Sanidad.
68. Programa Regional de Intervención en Drogodependencias. Comunidad Autónoma de Murcia. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Dirección Regional de Asistencia Sanitaria. 1985.
69. Propuesta de jerarquización de los servicios médicos del Hospital Psiquiátrico. 1974-1975. Archivo Regional de Murcia.
70. Propuesta de Organigrama del Área de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Unidad Técnica de Salud Mental. 1995.
71. Propuesta de Reglamento para los Equipos y Unidades de Salud Mental. Fechado entre 1993-1994.
72. Propuesta organizativa y funcional del Servicio de Rehabilitación psiquiátrica y Reinserción Social del H.P.R.A. Trabajo presentado por los doctores Francisco Román y Concepción Sáenz a las III Jornadas de Hospitales de Día Psiquiátricos en Granada, marzo de 1985.
73. Proyecto de asistencia psiquiátrica en la provincia de Murcia. 2/2/1975. Archivo Regional de Murcia.
74. Reglamento del Manicomio Provincial, aprobado por la Comisión Gestora de la Excma. Diputación Provincial en sesión celebrada el 4/03/1949.
75. Servicio de Subagudos. Informe sobre la situación actual. 6/10/1987.
76. Tesis doctoral de Presentación Ataz López. "La Reforma de la Asistencia Psiquiátrica Murciana (1983-1988). Dirigida por José María Morales Meseguer. Enero 1989.
77. Tríptico de las II Jornadas de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Murcia. 29-30/11/1990. Salón de Actos de la Consejería de Sanidad.
78. Tríptico Jornadas Centenario del Hospital Psiquiátrico. 30/11/1992-1/12/1992.

1.2 Prensa y publicaciones periódicas

1. B.O.E. Número: 125, 26/05/1995, Disposición nº 649/95, Páginas: 15414.
2. B.O.E. de 23 de enero de 1990. Nº 20. Páginas 2101 a 2103.
3. B.O.E. núm. 51, de 1 de marzo de 1982, páginas 5281 a 5300.
4. B.O.R.M. 17/04/1990. Nº 96. Páginas 2291-2298.
5. B.O.R.M. 4/08/1994. Nº 176. Páginas 7115-7125.
6. B.O.R.M. de 17/05/1991. Nº 112. Página 3179.
7. B.O.R.M. de 17/06/1989, nº 138.
8. B.O.R.M. de 17/07/1986. Decreto nº54/1986 de 13 de junio de la Consejería de Hacienda y Administración Pública.
9. B.O.R.M. de 4/02/1991. Nº 28. Página 624.
10. B.O.R.M. del 25/04/1990. Nº 94. Página 2241.
11. B.O.R.M. núm. 301 de 30/12/1992. Suplemento núm. 6 Página 377-433.
12. Boletín de Salud de la Región Murciana. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Año 1982-agosto-septiembre, Vol. II, números 8 y 9. Pp: 89-91.
13. Boletín de Salud de la Región Murciana. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. Año 1982-octubre-noviembre, Vol. II, números 10 y 11. Pp: 101-105.
14. Boletín epidemiológico de Murcia. Vol. 9. Nº 420. Páginas 81-86. Período correspondiente entre 30/08 y 12/09 de 1987. Dirección Regional de Salud. Consejería de Sanidad."Centros de Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Murcia. Características de su funcionamiento y demanda asistencial".
15. Boletín informativo de la Asociación Murciana de Salud Mental, nº 2. Febrero 2002. Entrevista a Francisco Román Moreno.
16. Boletín informativo de la Asociación Murciana de Salud Mental. Nº 1, noviembre 2001.
17. Dossier "La atención a las personas con trastorno mental severo en España". Revista Minusval. Página 33. 2003.
18. Periódico HOJA DEL LUNES:1965-1989.
19. Periódico LA OPINIÓN: 1989-1994.
20. Periódico LA VERDAD: 1932-1995.
21. Periódico LÍNEA: 1970-1983.
22. Revista del psico-club Luis Valenciano "Ambiente" (mural): 1966-1977.
23. Revista del psico-club Luis Valenciano "Ambiente": 1978-1986.
24. Revista Noticias Médicas: 1928.

1.3 Fuentes bibliográficas

1. ANGOSTO, T., GARCÍA, M., PÉREZ, J. "Reflexiones sobre la intervención en crisis en la visita domiciliaria". Comunicación a la mesa redonda "intervención en crisis" del XVI Congreso Nacional de la A.E.N. Oviedo, Noviembre, 1983.
2. APARICIO, V. "Apuntes sobre la Reforma Psiquiátrica". Jornadas de la A.E.N. Gerona, junio, 1987.
3. APARICIO, V. "Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol. X. N. 034. 1990.
4. BASAGLIA, F. "L'istituzione negata". Milano, Baldini Castoldi Dalai, 1968. Traducida al castellano como La institución negada.
5. BERRIOS, G. (1995), La historiografía de la psiquiatría clínica. En VV.AA., Un siglo de psiquiatría en España, Madrid, Extraeditorial, pp. 11-17.

6. CALVÉ, A.; GONZÁLEZ, O. "Informe de situación sobre la política sanitaria en salud mental del instituto de la salud mental de madrid (Insam)". Revista AEN. Vol. 3, nº 6. 1983.
7. CARLES EGEA, F. "In memoriam, José María Morales Meseguer". Revista de la A.E.N., vol. X, nº32, 1990.
8. CERÓN, CESÁREO. "Luis Valenciano, psiquiatra". Tesis doctoral. Universidad de Murcia. 1996.
9. DE LERA, ÁNGEL M. "Mi viaje alrededor de la locura". Biblioteca Universal Planeta. 1972.
10. DESVIAT, M. "¿Hacia dónde la reforma?". I Congreso Virtual de Psiquiatría, 2000. Conferencia 48-CI-C: [17 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa48/conferencias/48_ci_c.htm
11. DESVIAT, M. "Acción de salud mental en la comunidad (Salud Mental y Asistencia Primaria)". Ponencia a las I Jornadas de Medicina Comunitaria. C. S. de la S.S., 1 de octubre, 1982.
12. DESVIAT, M. "De la asistencia médica a la salud pública. Por una atención comunitaria". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. V, Nº 15. 1985.
13. DESVIAT, M.; LÓPEZ, N.; XIMÉNEZ, P. "Análisis de una experiencia de hospitalización". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría; Vol 1, No 1 (1981).; 069-085.
14. EGEA ZAPATA, CONSUELO et als. "Perfil de los usuarios de una unidad móvil de drogodependencias en el sureste de España". ADICCIONES, 2005. Vol.17 Núm. 4. Págs. 307-314.
15. FOUCAULT, M. "Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique / [Historia de la locura en la época clásica](#)". 1961.
16. GARCÍA, J., ESPINO, A., LARA, L. "La Psiquiatría en la España de fin de siglo". 1998. Editorial Díaz de Santos.
17. GARCÍA, José. "La cuestión de la desinstitucionalización y de la reforma psiquiátrica en Asturias: cinco años de evolución (1983-1987)". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. VIII, nº 27, 1988.
18. GOFFMAN, E. "Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates". New York, Doubleday. 1961. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires, 1970.
19. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. "La generación de la Democracia: de la coordinadora psiquiátrica a la Asociación Española de Neuropsiquiatría". Frenia, Vol. III-1-2003. Pp: 87-114.
20. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. (coordinador). "La transformación de la Asistencia Psiquiátrica". D. L.: M. 36.298-1980. ISBN: 84-85.300.10.6. Editorial Mayoría. Ponencias presentada al XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Sevilla.
21. GONZÁLEZ DE CHÁVEZ, M. "Recursos en Salud Mental Comunitaria". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Vol. XI, Nº 37. 1991.
22. GONZÁLEZ DURO, E. "La «contrarreforma» de Jaén". Informe publicado en la Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. III, [Nº. 8, 1983](#) , págs. 91-102.
23. GONZÁLEZ, Onésimo. "Sobre la Reforma Psiquiátrica en Andalucía". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol. VIII, nº 26, 1988. Pp: 515-522.
24. HUERTAS, R. "El papel de la higiene mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España". Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illust., 15, 1995, 193-209.
25. HUERTAS, R. "Historia de la psiquiatría, ¿por qué?, ¿para qué?". Frenia. Revista de historia de la psiquiatría, 2001, vol. 1, no 1, p. 9-36.
26. HUERTAS, R. (1998), "Mental Health and psychiatric care in the Second Spanish Republic", History of Psychiatry, 9: 51-64.
27. HUERTAS, R. (2000), "Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República", Revista Española de Salud Pública, 74: 37-45.
28. Huertas, Rafael y Campos, Ricardo (2013), La medicina mental en la segunda República española: Retóricas legitimadoras e iniciativas políticas. En: Gómez, Amparo y Canales, Antonio, eds. Estudios políticos de la ciencia. Políticas y desarrollo científico en el siglo XX. México, Plaza y Valdés, pp. 81-104.

29. LÁZARO, JOSÉ. " Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1924-1999). El nacimiento de una profesión". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2000, vol. XX, n.º 75, pp. 397-515.
30. LEAL, J. Y ESCUDERO, A. "La continuidad de cuidados y el trabajo en Red en Salud Mental". Libro editado por la A.E.N., 2006. Estudios/ 35. Capítulo 2.
31. MARQUINEZ, F. "Salud mental y reforma psiquiátrica en Euskadi". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Vol VII, nº 22, 1987. Pp: 461-468.
32. MARSET CAMPOS, P. (coordinador) et als. "Médicos murcianos de la escuela histológica española". 2008. Editum scientia. Universidad de Murcia.
33. MARSET P., SÁEZ J.M. "La salud pública durante el franquismo". Dynamis 1995. 15: 211-150.
34. MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, A. "Historia del Hospital Provincial de Murcia". Tesis doctoral, 1984. Facultad de Medicina de Murcia.
35. MARTÍNEZ PARDO, F., COY FUSTER, L. "Historia de la Psiquiatría murciana". ISBN - 13-978-84-96994-06-5. D.L.: 2032-2007.
36. MENÉNDEZ OSORIO, F. "El modelo comunitario en Salud Mental". Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría Vol. IX. N. o 28. 1989
37. MUÑOZ PÉREZ, R. "Murcia en la historia del Centro Psicoanalítico de Madrid". Revista del Centro Psicoanalítico de Madrid, nº 23. Año 2011.
38. Revista Noticias Médicas, Agosto 1928. Pág. 47. Publicación médica murciana (1926-1936).
39. RODRÍGUEZ ARIAS, B. "Román Alberca. In memoriam". Anales de medicina y cirugía vol. XLVIII. - n.o 206. Pp: 105-111.
40. RODRÍGUEZ LAFORA, G.. "Los Manicomios Españoles". España, 12 octubre, 1916. 90: 8-10.
41. SACRISTÁN, J.M., 1921, "Para la reforma de la asistencia a los enfermos mentales en España", Archivos de Neurobiología, 2, 1-1.
42. SASZS, Th. "The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct". N. York, Hoeber-Harper. 1961.
43. VALENCIANO GAYÁ, L. "Cronicidad y asistencia psiquiátrica". Archivos de Neurobiología. 1982, Vol. 45, No. 2: 91-106.
44. VALENCIANO GAYÁ, L. "Datos para la Asistencia psiquiátrica en la Región de Murcia". Murcia, 1975. Discurso de entrada en la Real Academia de Medicina. Publicaciones de la Academia Alfonso X, El Sabio, Murcia (Murgetana, 43).
45. VERA FERRÁNDIZ, J.A.; PEDRAJA, M.J. "José María Morales Meseguer, un capítulo de la psicología en Murcia". Revista de historia de la Psicología 1995, vol. 16, nº3-4. pp. 263-271.
46. "Demetrio Barcia Salorio, un gallego capaz de encontrar belleza hasta en la locura". <http://www.diariosalud.net/content/view/723/258/> (consultado el 15/01/2015).

IX. ANEXOS DOCUMENTALES

1. LÍNEA DEL TIEMPO

AÑO	POLÍTICA SANITARIA EN SALUD MENTAL		ASISTENCIA EN SALUD MENTAL	
	ESPAÑA	REGIÓN DE MURCIA	COMUNITARIA	H.P.R.A./Residencia
1980			- Salidas a los centros comarcales de salud semanalmente	- Cambios estructurales - Formación de Auxiliares psiquiátricos - Nacimiento de AFES
1981	- 1 ^{as} transferencias sanitarias (Cataluña)	- Presentación de Alternativas para la S.M.		- Se crea <u>Servicio de C. Externas y de Infantil</u>
1982	- Victoria electoral del PSOE: Ministro de Sanidad: Ernest Lluch - Desaparece AISNA	- Aprobación del Estatuto de Autonomía de Murcia - Desaparece Diputación	- <u>Consulta de infantil en Cruz Roja</u>	- Se cierran las C. Externas - Remodelación de pabellones
1983	- Comisión para la Reforma Psiquiátrica - Reforma del código penal en materia de <u>medidas de seguridad</u> - Reforma del código civil en materia de <u>tutela</u>	- Victoria electoral del PSOE	- <u>Apertura de los CSM (5)</u>	- <u>Unidad de alcoholismo</u> en pabellón de ingresos
1984		- Dimite Hdez. Ros, nuevo presidente: Carlos Collado	- Se nombra a un coordinador asistencial y otro de drogas	- Hospital de Día pasa a <u>Centro de Día</u>
1985	- Informe para la Reforma Psiquiátrica - Plan Nacional de Drogas (PND)	- Ley de Servicios Sociales de la R.M.	- Creación de la Comisión Regional para la Droga - Presentación del P.R.I.D. - <u>C.A.D. de Murcia y Cartagena</u> - <u>Comunidad "Coto Salinas"</u> - Congreso de la S.E.P.B. en Murcia	- Se abren 4 <u>Pisos Terapéuticos</u>
1986	- Ley General de Sanidad - Cesa E. Lluch	- Cese de Morales Meseguer	- <u>UPH del H.G.</u> - Consultas externas en H.G. y Arrixaca - <u>CSM de Cieza (INSALUD)</u> - <u>C.A.D. de Lorca y Yecla</u> - <u>CSM-IJ de Cartagena</u>	- Se divide el H.P.R.A. en zona residencial y hospitalaria
1987		- Creación del ISSORM - Escisión de Consejerías	- Creación de la Unidad Técnica de S.M.	- La residencia Luis Valenciano pasa a

		de Sanidad y Servicios Sociales	- Programa de metadona (Cruz Roja)	dependen del ISSORM
1988	- Nueva Reforma del Código Penal (drogas)		- Presentación de "Bases para una plan de transformación..." - <u>C.A.D. de Caravaca</u> - Unidad de metadona en Cartagena - Unidad de desintoxicación en Cartagena (Cruz Roja)	
1989			- <u>C.S.M. de Murcia-II</u> (en la Tienda-Asilo) - <u>CSM de Molina (INSALUD)</u> - <u>C.S.M. Alcantarilla</u> (INSALUD)	
1990		- Se crea el Servicio de Salud de la R.M.	- <u>H. de Día en Cartagena</u> - 1ª sectorización de la hospitalización psiquiátrica	
1991	- Informe del defensor del pueblo	- S.M. pasa a depender del S.M.S.	- <u>Se cambia de lugar el C.S.M. Murcia-I a La Seda</u> - <u>C.S.M. de Águilas (INSALUD)</u> - 1ª sectorización de C.S.M.	- Comienza la remodelación de pabellones del H.P.R.A. y Residencia L.V.
1992		- <u>Plan de Salud de la Región de Murcia</u>	- Desaparecen c. de neuropsiquiatría de Cartagena	
1993		- Fusión de Consejerías de Sanidad y Servicios Sociales - <u>2º Plan de Drogas de la R.M.</u>	- Unidad móvil de atención a drogodependencias - <u>UPH en Lorca</u> - Integración de la coordinación de S.M. y Drogas	
1994	- Oficina del Defensor del Pueblo da por concluidas las reformas necesarias en la R.M.		- Jornadas Nacionales de la A.E.N. en Murcia - <u>C.S.M. Murcia-II se traslada al C.S. de San Andrés</u>	
1995		- <u>Primer Plan de Salud Mental de la R.M.</u> - Victoria electoral del PP	- 2ª sectorización de UPH y C.S.M. - <u>C.A.D. de Cieza</u>	- Plan de transformación del H.P.R.A.

2. EVOLUCION ESTADÍSTICA CENTRO DE DÍA DE LOS AÑOS 1.984 a 1.994

CD	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Media enfermos/mes	51	63	62	50	60	60	60	55	60	52
Procedentes año anterior	33	63		55	65	65	75	55	50	57
Admisiones:	116	89	68	88	56	109	36	34	37	31
- Ingresos	89	40	43	37	32	36	12	14	16	13
- Reingresos	27	32	25	51	24	73	24	20	21	18
Enfermos atendidos	149	130		143	121	174	111	89	87	88
Altas anuales	78	69	65	66	51	89	57	33	28	36
Revisiones post-cura	1.146	732	731	620	525	541		375	300	296

PROCEDENCIA	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Petición propia o familiar	25				25	61		13	19	10
Traslado de Hospital	63				90	47		17	13	18
Indicación del C.S.M.	32				1	1		4	5	1
Traslado de S. Sociales	4				1					2
Sugerencia judicial					4					

PROCEDENCIA	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
I					85	122		76	73	77
II								5	3	3
III									2	3
IV					36	52		1	8	
V										
VI								7	1	5

ALTAS-DESTINO	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
---------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Familia o vida autónoma	59	56	32	65	44	16	14	19
Servicios hospitalarios	19	10	8	22	13	12	9	16
S. Sociales				2		2		
Abandonos			11			1	5	1
Defunción						1		
Paso a prisión						1		

DIAGNÓSTICO	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Esquizofrenia	35	35	39		62	79		65	59	71
Tr. Afectivos	2	1	3		6	9		7	4	2
Tr. de personalidad	2	7			10	30		6	10	6
Tr. esquizoafectivo					16	29		5	5	6
Retraso mental	6	10	10		15	15		5	6	4
Psicosis epilépticas	3	5			10	9				
Psicosis orgánicas	1	3	3		3	3			3	
Alcoholismo	1	2	3					1		
Otro	1	6								

SEXO	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Hombres	126	116	52		100	139		71	69	72
Mujeres	24	14	10		21	35		18	18	16

EDAD	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
15-25					29	10		13	12	5
26-45					67	35		51	46	48
46-65					19	22		25	28	35
>65					6	1			1	

ESTADO	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Solteros								73	74	79
Casados								8	8	4
Separados/Divorciados								7	4	
Viudos								1	1	

RESIDENCIA DE LOS ASISTIDOS	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Familia	24	40	30		30	31	30	55		
Piso Asistido	15	19	27		11	14	30	27		
Solos	1	1	2		4	2		2		
H.P.R.A./L.V.*	4	2	3		6	6	14	5		
Familia y Piso	7	1			19	15				

* Residencia "Luis Valenciano".

PISOS ASISTIDOS	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Nº de Pisos	3	4			5	4		4	4	4
Nº de camas	22	28			30	27		27	26	26
Ocupación estable	15	21			15	14		19	21	22
Ocupación rotatoria	7	7			15	13		8	5	4

3. LEY GENERAL DE SANIDAD

CAPITULO III

Artículo 20. De la salud mental

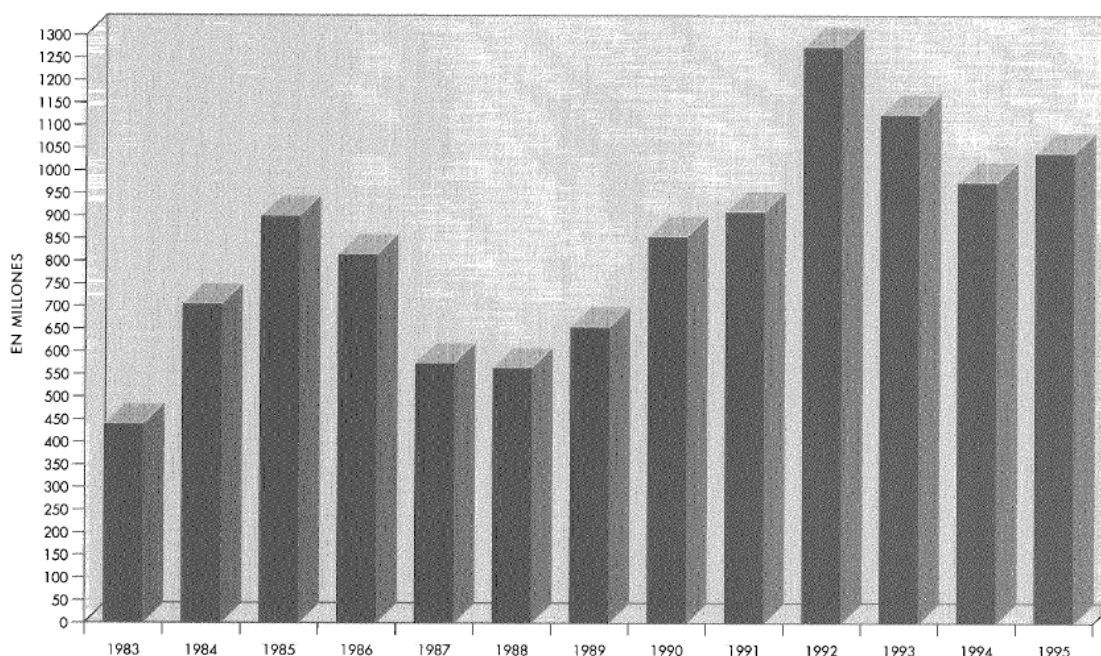
Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el Sistema Sanitario General y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de Salud Mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y os sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de un modo especial aquellos problemas referentes a la Psiquiatría infantil y Psicogeriatría.

2. La hospitalización de los pacientes por proceso que así lo requieran se realizarán en las Unidades Psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermos mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los Servicios de Salud Mental y de Atención Psiquiátrica del Sistema Sanitario General cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psico-sociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

4. EVOLUCIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DE SALUD MENTAL

EVOLUCION PRESUPUESTOS GASTOS 1983 A 1995 EN SALUD MENTAL



5. RECURSOS HUMANOS DE LA RED DE SALUD MENTAL EN 1995

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS

AREA I Municipios: Murcia, Alcantarilla, Alhama, Librilla, Mula, Albudeite, Campos del Río, Pliego.
N.º Hab.: 406.313

Programa Atención	Dispositivo	Personal									
		Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
Atención Adultos: - Subárea I: Arrixaca N.º Hab. 128.068	USM Alcantarilla USM Arrixaca	1 1	1		1 1			1			
- Subárea II: La Seda, S. Andrés N.º Hab. 214.086	CSM Seda CSM S. Andrés	3 4	2 2		2 2	1		2 2			1
- Subárea III: N.º Hab. 64.159 + Fortuna/Abanilla: 13.057 = 77.216	USM Morales M.	3	2								
TOTALES:		12	7		6	1	1	4			
Atención Inf.-Juvenil N.º Hab.:	CSM I-J. Seda CSM I-J.S. Andrés USM Cruz Roja**	2 1	2		2	1		1 1*			
TOTALES:		3	3		2	1		1			
Atención Drogodep. N.º Hab.	CAD Murcia		5	3	3	1	2				
TOTALES:			5	3	3	1	2				
Rehabilitación: N.º Hab.	C. Día Palmar (54 plazas) U. Mad. Estancia El Palmar (60 pl.) URPA Murcia	1 1 1	1		2 3 1	1	1 18		5		
TOTALES:		3	2		6	3	1	1	6		
TOTALES AREA I		18	16	5	17	6	22	6	6		1

* Corresponde a uno del Programa de Adultos.

** Actualmente en vías de concertar sus servicios e integrarlos a la red de asistencia pública del Area I.

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 4,4
Psicólogo/100.000: 4

La U.R.P.A. no se creará hasta 2001. El personal que cuenta esta tabla pertenece al H.P.R.A. en este momento.

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS

AREA II Municipios: Cartagena, Torre Pacheco, Fuente Alamo, Mazarrón, San Javier, S. Pedro del Pinatar y La Unión.
N.º Hab.: 247.951

Programa Atención	Dispositivo	Personal									
		Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
Adultos	C.S.M. Cartagena	6	3		2		1	2*			1
Infanto-Juvenil	C.S.M. Cartagena	1	2		1						
Drogodependencias	C.S.M. Cartagena		2	2	2	1	1				
Rehabilitación	C.S.M. Cartagena		1		1					1	
TOTALES:		7	8	2	6	1	2	2		1	1

* Para todo el Centro de Salud Mental.

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 2,8
Psicólogo/100.000: 3,2

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS

AREA III Municipios: Lorca, Aguilas, Puerto Lumbreras, Totana, Aledo
N.º Hab.: 122.419

Programa Atención	Dispositivo	Personal									
		Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencia	C.S.M. Lorca	2	4	1	2	1	1				1
Adultos, Infanto-Juvenil y Drogodependencias	U.S.M. Aguilas	1	1		1						
TOTALES:		3	5	1	4	1	1				1

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 2,4
Psicólogo/100.000: 4

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS

AREA IV Municipios: Caravaca, Cehegín, Bullas, Calasparra, Maratalla
N.º Hab.: 61.724

Programa Atención	Dispositivo	Personal									
		Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
Adultos, Infanta-Juvenil y Drogodependencias	C.S.M. Caravaca	1	1	1	1			1			
TOTALES:		1	1	1	1			1			

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 1,6
Psicólogo/100.000: 1,6

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS

AREA V Municipios: Yecla, Jumilla
N.º Hab.: 47.144

Programa Atención	Dispositivo	Personal									
		Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
Adultos, Infanta-Juvenil y Drogodependencia	C.S.M. Yecla-Jumilla	1	1	1	1			2			
TOTALES:		1	1	1	1			2			

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 2,12
Psicólogo/100.000: 2,12

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS AMBULATORIOS

AREA VI Cieza, Blanca, Abarán, Archena, Ojós, Ulea, villanueva, Ricote, Molina, Alguazas, Ceutí, Lorquí, Torres de Cotillas
N.º Hab.: 156.001

Programa Atención	Dispositivo	Personal									
		Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
Programa adultos Infanta-Juvenil Drogodependencias	U.S.M. Cieza	1	2	1	1						
Programa Adultos Infanta-Juvenil	U.S.M. Malina	2	1		1						
TOTALES:		3	3	1	2						

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 2,12
Psicólogo/100.000: 2,12

Total Recursos Humanos ambulatorios de Salud Mental en la Región										
Psiqu.	Psicol.	Med. Dr.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.	
33	34	9	30	8	24	11	7		3	

Indice Psiq/Psic x 100.000
Psiquiatra/100.000: 3,1
Psicólogo/100.000: 3,2

TABLA DE DISPOSITIVOS Y RECURSOS HUMANOS HOSPITALARIOS EN SALUD MENTAL

Hospital	N.º camas	Personal										
		Psiqu.	Psicol.	Internista	M.I.R.	Enferm.	T.S.	Aux. Cl.	Aux. Ad.	Monit.	T.O.	Celad.
H. General N.º Hab: 278.245	23	5	2	1	6	11	1*	12			1	
H.V. Arrixaca N.º Hab.: 128.068 + Area IV 61.724 Total: 189.792	15	3			8							
H. Psiquiátrico N.º Hab.: Area II: 247.951 Area VI: 169.058 Total: 417.009	52	5	2	1		8	1	35		4		
H. Rafael Méndez N.º Hab. Area III Total: 122.419	10	1**										
TOTALES:	100	14	4	2	14	19	2	47		4	1	

* El de los servicios generales del Hospital.
** La Atención continuada la prestan todos los psiquiatras del área.

Otros recursos humanos en S.M.
Serv. Centrales: 2 Psiq. 1 Psic., 2 Aux. Adm., 1 Informático
Gerencia Seda: 1 Psiq.

Total de Psiq. y Psic./ 100.000 hab. en la Región
Psiqu.: 50 = 4,8
Psic.: 39 = 3,7
Mérida Nacional: Psiqu./100.000 hab.: 5,14 Psic./100.000 hab.: 2,93

6. PROPUESTAS DE OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD MENTAL PARA LA REGIÓN DE MURCIA. 1995-1999.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE ORGANIZACION, PLANIFICACION Y GESTION

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 1: Integración funcional de los dispositivos de Salud Mental del INSALUD y Servicio Murciano de Salud					
Actividad 1.1.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	INSALUD/SMS	Elaboración y firma de Acuerdos y Convenio		
Actividad 1.2.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	SMS	Creación y constitución legal de las Comisiones de Seguimiento		
Objetivo 2: Estructuración funcional de los servicios					
Actividad 2.1.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	SMS	Creación de la Comisión de Dirección	Organigrama de Salud Mental del SMS	
Actividad 2.2.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	SMS/INSALUD	Creación y establecimiento de la Comisión de mejora de Calidad	Acuerdos y Convenios de colaboración con Universidad	Establecimiento de cauces legales para la participación de diversas Instituciones y organizaciones
Actividad 2.3.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	SMS	Establecimiento de Convenios con Universidad, Escuelas de Salud	Desarrollar el marco legal correspondiente si no lo hubiere.	
Actividad 2.4.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	SMS	Establecimiento legal del organigrama del SMS		
Objetivo 3: Garantizar la oferta básica y mínimos de calidad en los dispositivos de la Red					
Actividad 3.1.	95 96 97 98 99 ● ● □ □ □	SMS	A través de la Comisión		Dirigida e impulsada desde el Área de Salud Mental en su gestión ordinaria
Actividad 3.2.	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	SMS	A través de Comisión de mejora de calidad y desde la gestión ordinaria del SMS e INSALUD	Infraestructura básica de servicios	Implicará indirectamente coste económico no previsible su concreción
Actividad 3.3.	95 96 97 98 99 □ □ ● □ □	Area de Salud Mental/ Dispositivo Asistencial	Establecimiento de guías y programas marco. Desarrollo y aplicación específica por los dispositivos asistenciales		Implicará indirectamente dificultades de tiempo y adaptación en los dispositivos

SMS: Servicio Murciano de Salud.

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 4: Aplicar el Plan de Gestión del SMS al Área de Salud Mental					
Actividad 4.1.	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental		Sistemas de información adecuados	Difícil de precisar el coste de dicho análisis
Actividad 4.2.	95 96 97 98 99 ● ● ● ● ●	SMS/Área de Salud Mental/Dispositivo Asistencial	Acuerdos y compromisos anuales		
Actividad 4.3.	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental/Dispositivo Asistencial	Acuerdos y compromisos anuales	Apoyo administrativo	
Objetivo 5: Establecer mecanismos de financiación para los Servicios de Salud Mental					
Actividad 5.1.	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental	Elaboración y aplicación con el rango legal correspondiente	Marco legal adecuado	Dicha relación de precios será revisada periódicamente
Actividad 5.2.	95 96 97 98 99 ●	SMS/INSALUD	Contrato programa	Concierto singular	
Actividad 5.3.	95 96 97 98 99 ●	SMS/Compañías	Firma de Acuerdo o Convenio		
Objetivo 6: Datar de personal los Servicios Centrales de Salud Mental					
Actividad 6.1.	95 96 97 98 99 ● ●	SMS	Creación de plaza y contratación de personal	Económicas y organigramas	
Actividad 6.2.	95 96 97 98 99 ● ●	SMS	Creación de plaza y contratación de personal		
Objetivo 7: Establecer un sistema de información para la gestión y evaluación					
Actividad 7.1	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental			
Actividad 7.2	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental			
Actividad 7.3.	95 96 97 98 99 ●	SMS	Adquisición del material necesario	Contemplación de gasto en presupuesto del año	
Actividad 7.4.	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental	Aplicación de cursos y cursillos	Acuerdos administrativos y económicos	
Actividad 7.5.	95 96 97 98 99 ●	SMS/Área de Salud Mental/Dispositivo Asistencial	Los métodos técnicos necesarios y definidos en el propio sistema	Creación plaza programador de primera	

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Actividad 7.6.	95 96 97 98 99 ● ● ● ● ●	SMS/Área de Salud Mental/Dispositivo Asistencial	Los métodos técnicos necesarios y definidos en el propio sistema		
Objetivo 8: Establecer acuerdos intersectoriales con distintas Instituciones relacionadas con la Salud Mental					
Actividad 8.1.	95 96 97 98 99 ● ●	SMS/Ministerio de Justicia	Establecimiento de Acuerdo y desarrollo legal correspondiente	Marco legal posibilitador	Podría suponer alguna prestación de servicios. No contrataciones nuevas ni creación de servicios específicos por parte del SMS
Actividad 8.2.	95 96 97 98 99 ● ● ● ● ●	SMS/Consejería de Sanidad y AA.SS.	Acuerdos funcionales de duración anual		
Actividad 8.3.	95 96 97 98 99 ● ● ● ● ●	SMS/Ministerio de Educación y Ciencia	Acuerdos funcionales. Desarrollo anual		
Actividad 8.4.	95 96 97 98 99 ● ● ● ● ●	SMS/Universidad Facultades	Acuerdos de colaboración anuales		
Actividad 8.5.	95 96 97 98 99 ● ● ● ● ●	SMS/Dirección General de Servicios Sociales	Acuerdos funcionales de duración anual		
Objetivo 9: Equiparar las titulaciones y situaciones administrativas de los distintos colectivos profesionales					
Actividad 9.1.	95 96 97 98 99 ●	SMS	Resolución del Consejo de Administración		Coste indirecto inmediato
Actividad 9.2.	95 96 97 98 99 ● ●	SMS/INSALUD/Sindicato	Convenios-Negociación		

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 1: Establecer cauces formalizados de derivación					
Actividad 1.1.	95 96 97 98 99 ● ● □ □ □	SMS/INSALUD	Elaboración, consenso, distribución y aplicación	Acuerdos bilaterales posibilitadores	
Actividad 1.2.	95 96 97 98 99 ● ● □ □ □	SMS/INSALUD	Elaboración, consenso, distribución y aplicación	Acuerdos bilaterales posibilitadores	
Actividad 1.3.	95 96 97 98 99 ● ● □ □ □	SMS/INSALUD	Elaboración, consenso, distribución y aplicación	Acuerdos bilaterales posibilitadores	
Objetivo 2: Establecimiento de criterios de actuación y derivación para las diferentes patologías psiquiátricas y grupos de riesgo					
Actividad 2.1.	95 96 97 98 99 ● ● □ □ □	SMS/INSALUD	Grupo de trabajo, consenso, distribución y aplicación	Marco legal posibilitador	
Actividad 2.2.	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	SMS/INSALUD	Grupo de trabajo, consenso, distribución y aplicación	Marco legal posibilitador	
Actividad 2.3.	95 96 97 98 99 □ □ ● □ □	SMS/INSALUD Dispositivo			
Objetivo 3: Establecimiento de criterios de actuación para urgencias psiquiátricas en Atención Primaria					
Actividad 3.1.	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	SMS/INSALUD	Grupo o Comisiones de trabajo	Marco legal posibilitador	
Objetivo 4: Establecer programas anuales de formación continuada en Salud Mental					
Actividad 4.1.	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	Dispositivo/SMS/ INSALUD	Elaboración interdisciplinar y puesta en marcha		
Actividad 4.2.	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	Dispositivo/SMS/ INSALUD	Elaboración interdisciplinar y puesta en marcha		
Actividad 4.3.	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	Dispositivo/SMS/ INSALUD	Elaboración interdisciplinar y puesta en marcha		
Objetivo 5: Establecer cauces de coordinación específicos por cada centro de Atención Primaria y Salud Mental					
Actividad 1, 2, 3, 4, 5, 6	95 96 97 98 99 □ ● ● □ □	Dispositivos	Programación de actividades intercentros		Apoyo institucional central del INSALUD y SMS

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES ASISTENCIALES ATENCION A ADULTOS

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 1: Poner en funcionamiento los siguientes dispositivos					
Actividad 1.1.	95 96 97 98 99 ● □ □ □ □	INSALUD/SMS	Reorganización de recursos del SMS y del INSALUD	Recursos humanos y materiales	
Actividad 1.2.	95 96 97 98 99 □ ● □ □ □	INSALUD/SMS	Reorganización de recursos del SMS y del INSALUD	Recursos humanos y materiales	
Actividad 1.3.	95 96 97 98 99 □ ● □ □ □	INSALUD/SMS	Reorganización de recursos del SMS y del INSALUD	Recursos humanos y materiales	
Actividad 1.4.	95 96 97 98 99 □ ● □ □ □	INSALUD/SMS	Reorganización de recursos del SMS y del INSALUD	Recursos humanos y materiales	
Objetivo 2: Relación de Recursos humanos					
Actividad 2.1. Area I	95 96 97 98 99 □ ● ● ● □	INSALUD/SMS	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 2.2. Area II	95 96 97 98 99 □ ● ● ● □	INSALUD/SMS	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 2.3. Area III	95 96 97 98 99 □ ● ● ● □	SMS/INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 2.4. Area IV	95 96 97 98 99 □ ● ● ● □	SMS/INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 2.5. Area V	95 96 97 98 99 □ ● ● ● □	SMS/INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 2.6. Area VI	95 96 97 98 99 □ ● ● ● □	INSALUD/SMS	Contratación de personal	Económicas	

SMS: Servicio Murciano de Salud

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 3: Desarrollar el modelo de funcionamiento propuesto en este Plan					
Actividad 3.1.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/Dispositivo	Elaboración, implantación y legislación al respecto	Técnicas-organización	Indirectamente puede ocasionar algún coste económico
Actividad 3.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	SMS/Dispositivo	Elaboración y desarrollo desde diferentes niveles (centrales y dispositivos)		
Actividad 3.3.	95 96 97 98 99 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dispositivo-SMS	Acuerdos y Convenios	Marco legal y organizativo posibilitador	Estrecha colaboración entre servicios centrales y periféricos. Iniciativa periférica
Actividad 3.4.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Dispositivos	Elaboración y desarrollo	Colaboración central. Ayuda económica	Creación de un fondo presupuestario autónomo. Búsqueda de financiación ajena a los presupuestos ordinarios de la administración sanitaria

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES ATENCION INFANTO-JUVENIL

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 1: Completar la Red Asistencial con recursos específicos del Programa Infanto-Juvenil					
Actividad 1.1. Area I	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 1.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/Cruz Roja/INSALUD	Acuerdo Interinstitucional		
Actividad 1.3. Area III	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Actividad 1.4. Actividad 1.5.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	En objetivo B actividades 2.4. y 2.5.		
Actividad 1.6. Area VI	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Objetivo 2: Desarrollar el modelo de funcionamiento propuesto en este Plan					
Actividad 2.1.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/Dispositivo	Elaboración y puesta en marcha	Marco legal posibilitador	
Actividad 2.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	SMS/Dispositivo	Elaboración y puesta en práctica		
Actividad 2.3.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dispositivo/SMS	Establecimiento de acuerdos. Colaboración institucional	Normativa legal posibilitadora	
Actividad 2.4.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Dispositivo	Elaboración y ejecución del programa	Colaboración institucional	Creación de un fondo presupuestario autónomo. Búsqueda de financiación ajena a los presupuestos ordinarios de la administración sanitaria

SMS: Servicio Murciano de Salud.

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 3: Garantizar la atención hospitalaria en aquellos problemas de Salud Mental Infanto-Juvenil					
Actividad 3.1.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Acuerdos o Convenios	Normativa posibilitadora. Colaboración interinstitucional	Se garantizará el apoyo de personal específico de Salud Mental Infanto-Juvenil en la Unidad Hospitalaria de referencia
Objetivo 4: Garantizar la adecuada atención a Trastornos Profundos del desarrollo					
Actividad 4.1.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dispositivo/SMS	Elaboración de programas y puesta en marcha	Colaboración institucional y otras	Posibles gastos específicos generados por el programa. No previsible
Actividad 4.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dispositivo/SMS	Elaboración de programas y puesta en marcha	Colaboración institucional y otras	Posibles gastos específicos generados por el programa. No previsible

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE HOSPITALIZACION

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 1: Completar las Unidades de Hospitalización necesarias en distintos Hospitales Generales de la Región					
Actividad 1.1.	95 96 97 98 99 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INSALUD	Apertura y organización de la Unidad	Económicas	Colaboración del SMS con recursos humanos
Actividad 1.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INSALUD	Apertura y organización de la Unidad	Económicas	Colaboración del SMS con recursos humanos
Actividad 1.3.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INSALUD		Económicas	Colaboración del SMS con recursos humanos
Actividad 1.4.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Acuerdos y puesta en marcha de los mismos	Marco legal posibilitador	Recursos Humanos que existen en el área de ambas instituciones
Actividad 1.5.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Acuerdos y puesta en marcha de los mismos	Marco legal posibilitador	Recursos Humanos que existen en el área de ambas instituciones
Actividad 1.6.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INSALUD	Contratación de personal	Económicas	
Objetivo 2: Desarrollar el modelo de funcionamiento propuesto en este Plan					
Actividad 2.1.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Dispositivo/SMS	Elaboración	Colaboraciones técnicas específicas	
Actividad 2.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Dispositivo/SMS	Elaboración y puesta en marcha	Colaboraciones técnicas específicas	Creación de un fondo presupuestario autónomo. Búsqueda de financiación ajena a los presupuestos ordinarios de la administración sanitaria

SMS: Servicio Murciano de Salud.

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DE REHABILITACION

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 1: Establecer y llevar a término el proceso de transformación del Hospital Psiquiátrico					
Actividad 1.1.	95 96 97 98 99 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS	Elaboración, consenso y ejecución	Marco legal posibilitador. Negociación con sindicatos	
Actividad 1.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS	Transformación de recursos del Hospital Psiquiátrico	Marco normativo posibilitador	
Actividad 1.3.	95 96 97 98 99 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Traslado de sus funciones a la Unidad Morales Meseguer		Traslado de parte de personal a otros programas contemplados en Programa de Transformación del Hospital Psiquiátrico
Actividad 1.4.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS/INSALUD	Traslado de sus funciones al Rosell. Cartagena		El personal se incorpora a los programas de rehabilitación según estipula el Programa de Transformación del Hospital Psiquiátrico
Objetivo 2: Constituir la Comisión Regional de Rehabilitación					
Actividad 2.1.	95 96 97 98 99 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS	Constitución y puesta en marcha	Marco normativo posibilitador. Colaboración interinstitucional	
Objetivo 3: Crear y estructurar los recursos específicos para rehabilitación					
Actividad 3.1. Area I	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS	Reestructuración de personal actual	Económicas	Ubicado en un Centro de Salud Mental de Murcia
Actividad 3.2.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SMS	Disposición locales	Económicas	Dotación de material para funcionamiento
Actividad 3.3.	95 96 97 98 99 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	SMS/Servicios Sociales/ Otros	Alquiler de viviendas y organización de programas	Económicas	

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Actividad 3.4.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Alquiler y organización de programas	Económicas y de organización de recursos	
Actividad 3.5.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Alquiler locales y reorganización personal y contratación	Económicas	Mobiliario y enseres
Actividad 3.6. Area II	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Dotación de material y puesta en marcha		Mobiliario y enseres
Actividad 3.7.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS/Servicios Sociales/Otros	Alquiler, organización y dotación de material		
Actividad 3.8.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Alquiler y organización del programa	Económicas	
Actividad 3.9.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	Servicios Sociales/Otros/SMS	Uso de Residencias normalizadas por contrato de servicios, contrato de plazas, etc...	Económicos	
Actividad 3.10.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Reorganización del Centro de Día y Equipo de Rehabilitación	Económicas y reorganización de recursos	
Actividad 3.11. Area III	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Organización en el equipo de Salud Mental. Locales Municipales o Autonómicos	Económicas y reorganización de recursos	
Actividad 3.12.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS	Locales cedidos. Dotación y funcionamiento		
Actividad 3.13.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	Servicios Sociales/Otros/SMS	Alquiler y dotación. Organización del programa		
Actividad 3.14. Area IV	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS/Otros	Locales cedidos. Organización del programa	Económicas y reorganización de recursos	
Actividad 3.15. Area V	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS/Otros	Locales cedidos. Organización del programa	Económicas y reorganización de recursos	

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Actividad 3.16. Area VI	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	INSALUD/SMS	Contratación de personal. Reestructuración y puesta en marcha del programa	Económicas y reorganización de recursos	
Actividad 3.17.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	INSALUD/SMS	Ligado a la URFA. Locales cedidos. Dotación material		Mobiliario y enseres
Actividad 3.18.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	INSALUD/SMS	Ligado a la URFA. Locales cedidos. Dotación material	Económicas y reorganización de recursos	
Actividad 3.19.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	Servicios Sociales/Otros/SMS	Alquiler y dotación. Reorganización del programa	Colaboración interinstitucional. Voluntariado. Auxiliar	
Actividad 3.20.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS/Otros	Alquiler y puesta en marcha del programa	Económicas	
Actividad 3.21.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	Servicios Sociales/Otros/SMS	Uso de Residencias. Contrato de servicios. Contrato de plazas, etc...		
Objetivo 4: Establecer convenios con ISSORM, Servicios Sociales para actuaciones conjuntas y cuidados del enfermo mental crónico					
Actividad 4.1.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS/ISSORM	Acuerdos o convenios anuales		
Actividad 4.2.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS/Servicios Sociales/Autonómicos/Municipales	Acuerdos o convenios anuales		
Objetivo 5: Establecer acuerdos entre Consejería de Sanidad y otras Instituciones para el desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción laboral para enfermos mentales crónicos (trabajo, Seguridad Social, fomento, INEM)					
Actividad 5.1.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []				

Objetivos y actividades	Tiempo desarrollo	Responsabilidad	Método	Necesidades	Observaciones
Objetivo 6: Facilitar formación y reciclaje para el personal de los programas de rehabilitación					
Actividad 6.1.	95 96 97 98 99 [] [] [] [] []	SMS			Creación de un fondo presupuestario autónomo para estos programas. Búsqueda de subvenciones ajenas a los presupuestos ordinarios de la administración sanitaria
Objetivo 7: Facilitar mediante apoyos técnicos, administrativos y económicos el desarrollo de las ONGs para garantizar los derechos de los enfermos mentales crónicos, así como el apoyo y asesoramiento a sus familias.					

7. RECOMENDACIONES EN REHABILITACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

Tiempo Desarrollo	Recomendaciones
1995	Creación y estructuración de una red de recursos y programas de rehabilitación con características comunitarias para enfermos mentales en el ámbito del área de salud.
1995	Creación y establecimiento legal de la Comisión Regional de Rehabilitación.
	Convenios o acuerdos anuales (periódicos), entre los servicios centrales de Salud Mental y los Servicios Sociales para la unificación de criterios donde se determinen las competencias y actuaciones concretas que cada una de dichas administraciones aportará al proceso de rehabilitación de enfermos mentales.
1995/1998	Establecimiento de acuerdos o convenios y formalización de los mismos entre Sanidad y otras administraciones responsables en el proceso de rehabilitación del enfermo mental crónico (trabajo, seguridad social, fomento INEM).
1995	Separación de los actuales servicios de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Ramon Alberca (Centro de día, pisos protegidos, unidad de subagudos), conformando junto con la URPA el germen de los servicios de rehabilitación del área I, con vinculación orgánica y funcional a los CSM.
1995/1998	Proporcionar una financiación específica para el desarrollo de los programas de rehabilitación durante los próximos cuatro años, que se concrete en la dotación de recursos humanos y materiales que cubran las necesidades que detallamos en el siguiente anexo.
1995/1996	Facilitar la formación y reciclaje de manera preferente al personal que trabaje en los programas de rehabilitación, durante los dos próximos años, en las siguientes áreas: Trabajo en grupo, Técnicas de rehabilitación activas, Trabajo sociocomunitario.
	Donde exista un recurso normalizado susceptible de ser utilizado para programas de rehabilitación de enfermos mentales, se procurará su uso para este fin antes de crear ninguno específico.
	Facilitar mediante apoyos técnicos, administrativos y económicos el desarrollo de las ONGs que velan por los derechos de los enfermos mentales y la mejora de la calidad de su atención y de sus formas de vida estimulando su participación.

ESTIMACION DE RECURSOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION POR AREA DE SALUD

Programa	AREA I URPA *	AREA II URPA **	AREA III URPA	AREA IV *** ESM	AREA V *** ESM	AREA VI URPA
Ocupacional/Laboral	2 Centros de día 2 talleres protegidos 2 talleres ocupacionales	1 Centro de día 1 taller protegido 1 taller ocupacional	1 Centro de día 1 taller protegido	1 taller ocupacional/protegido	1 taller ocupacional/protegido	1 Centro de día 2 talleres protegidos
Ocio y tiempo libre	Desarrollo de los programas de ocio y tiempo libre sobre recursos normalizados					
Residencial	8 pisos protegidos (40) 2 casa de transición 1 miniresidencia de corta y media estancia de 40 plazas 1 miniresidencia de larga estancia de 30 plazas	2 pisos protegidos (10) 1 casa de transición 1 miniresidencia 30 plazas	2 pisos protegidos de 5 a 10 plazas			4 pisos protegidos 1 casa transición 1 miniresidencia 30 plazas

* Programa de atención a pacientes psicóticos del Área de Málaga.

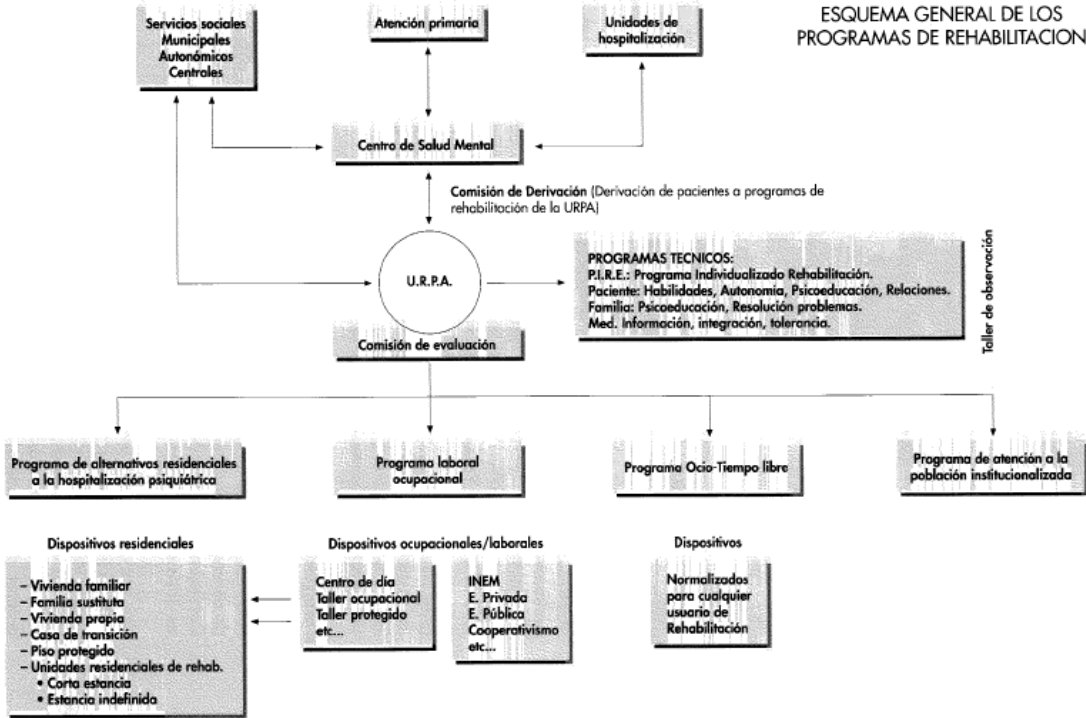
1 Según circular enviada a los centros en diciembre del 93, sobre criterios de formación y licencias basada en el decreto 27/1990.

** Existen actualmente: 1 Centro de día, 3 talleres ocupacionales, 4 pisos protegidos en El Palmar, 1 residencia de 50 plazas

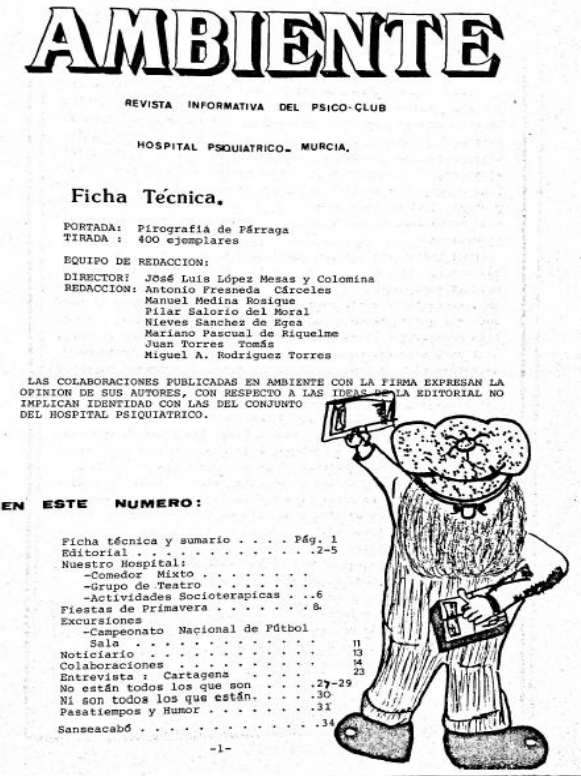
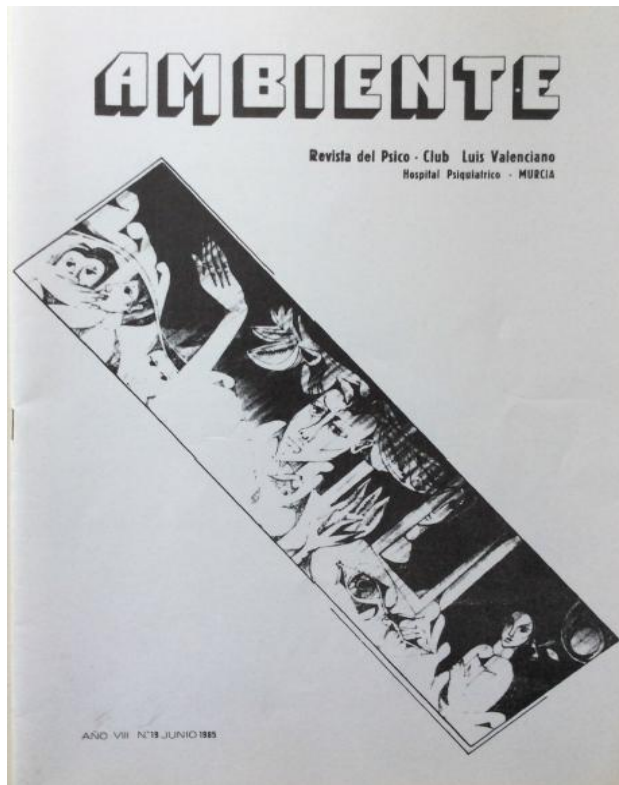
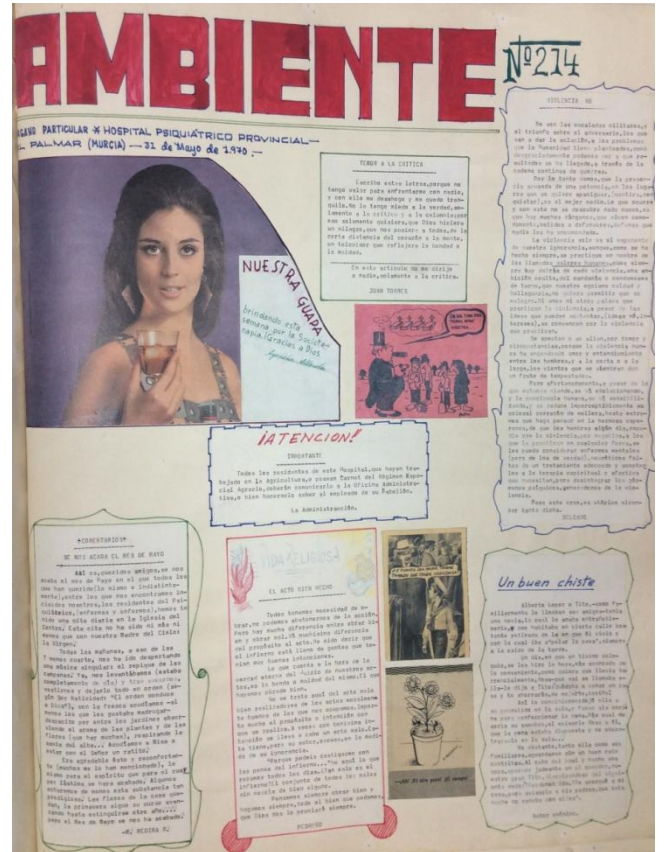
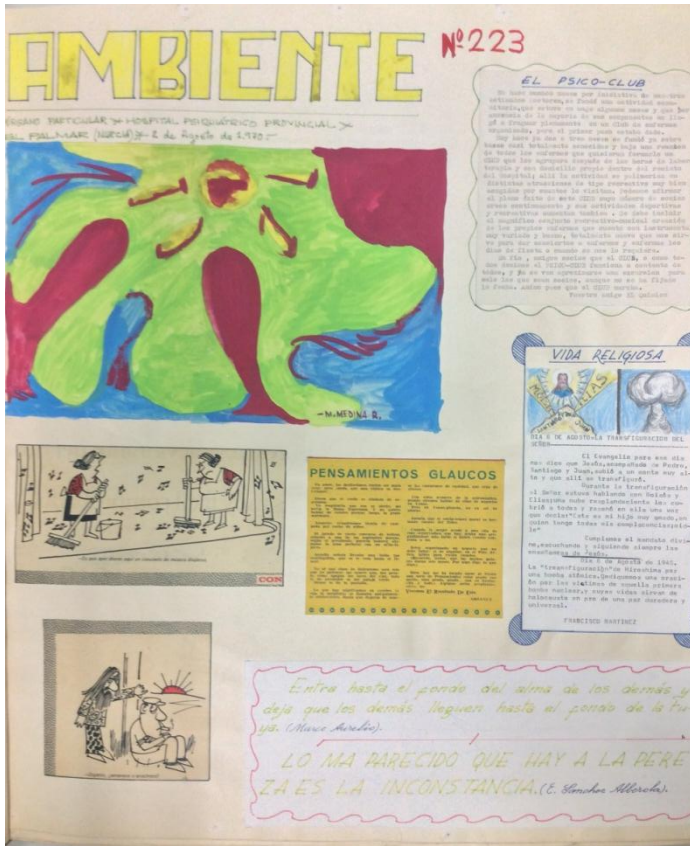
*** Existen actualmente el Centro de día y el taller ocupacional

*** En estas áreas el equipo de Salud Mental desarrollará las actividades de rehabilitación necesarias pudiendo apoyarse en dispositivos ubicados en el área I si lo necesitara.

ESQUEMA GENERAL DE LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION



8. EJEMPLARES DE LA REVISTA "AMBIENTE"



Ejemplares aleatorios del periódico "Ambiente": las dos superiores corresponden a la edición mural (1966-1977) y los dos inferiores a la edición de difusión (1978-1986).

9. ENTREVISTA CON EL PROFESOR DEMETRIO BARCIA SALORIO

La siguiente entrevista fue realizada pocos días antes de la entrega de esta tesis (1/06/2015) por lo que no es posible incluirla como una entrevista más, pero dada la relevancia del sujeto entrevistado hemos decidido incluirla como un Anexo.

El Profesor muestra una actitud durante la entrevista que es la que se espera de un catedrático de Psiquiatría, una persona con unos conocimientos que, hoy día, parecen infinitos, tiene una ideología firme pero está dispuesto a seguir aprendiendo -recordemos que actualmente cuenta con 83 años-, es agradable y amable, muy culto, escucha -y discute cuando se le confronta-, está orgulloso con su producción científica pero no queda satisfecho del todo, quiere revisar y reescribir muchas cosas porque quiere que se le valore y se le dé la razón aún cuando ya no esté en el mundo.

1. **Reforma psiquiátrica en el mundo. ¿Qué opina de la misma? ¿Hasta qué punto la asistencia es importante en nuestra especialidad? ¿Qué relación debería mantener con la neurología?**

Partimos de dos visiones distintas que se configuran durante el siglo XIX:

- Francesa: Esquirol postuló que el Manicomio era un lugar de curación en sí mismo. La escuela francesa idealizó los manicomios. Su teoría era que reproduciendo una vida en sociedad, en un ambiente protegido, los locos podrían, en un segundo paso, incorporarse a la sociedad general, una vez adaptados a dicha sociedad artificial que es el manicomio. Intentaron reproducir la vida rural puesto que se consideraba menos estresante, por lo cual, los manicomios se construían en lugares apartados de las ciudades, y con características de pueblecito (incluso con su propio alcalde en el caso de Murcia). Más adelante surgieron dos escuelas en el siglo XX: París y Marsella (él se siente más cercano a esta última).
- Alemana: el modelo alemán divide a los locos en agudos y crónicos. Los primeros habrán de ser tratados en clínicas anexas a la

universidad. Los segundos en asilos. Cita un artículo de Jaspers que versa sobre asistencia psiquiátrica.

- Holanda: después de la 2ª Guerra Mundial se destruyeron muchos manicomios (entre edificios de todo tipo) y cuando comenzó la reconstrucción de los países, estos no son una prioridad, por lo que, refiere, se crean los servicios extrahospitalarios, desarrollados por Querido (Orientaciones doctrinales de la psiquiatría. Un enfoque histórico. Demetrio Barcia. Tratado de Psiquiatría).
- Italia: refiere que la antipsiquiatría fue un boom en España en los 70 (principalmente en algunos lugares, uno de ellos Santiago de Compostela, donde él era catedrático). Conoció a Basaglia y discutió con él, piensa que mentía deliberadamente y se lo dijo. La tesis de Basaglia era que primero había que hacer desaparecer los manicomios y luego crear los servicios comunitarios, -la Reforma se haría mediante una revolución o no se haría- él piensa que debía ser al revés. Basaglia pensaba que en toda revolución hay algunas pérdidas (se refiere a enfermos que sufren los cambios, algunos de manera muy dramática como en Nueva York, que acabaron como vagabundos). Barcia concluye que, en realidad, quizá Basaglia tenía razón en que no se habría podido hacer de otra manera.

Según D. Barcia fue la aparición de los psicofármacos lo que permitió la asistencia extrahospitalaria ("A loucura no ten cura e se a ten pouco dura").

El Canon de Avicena defiende que la Medicina tiene dos partes: teórica y práctica. Él añadiría la asistencial (que realmente viene de la mano de la sanidad como organización, principalmente con las democracias occidentales). El modelo "consulta" tiene muchas limitaciones: representa una actitud pasiva, mucha gente no puede ir.... En cuanto a los Equipos Asertivo Comunitarios, al conocer de su existencia refiere que era algo muy necesario, que el loco no quiere tratarse de forma habitual y que es una tarea imprescindible para los psiquiatras acercarnos al loco. Me pregunta si alguno de mis compañeros quiere este trabajo y le digo que muy pocos y dice que es que tenemos mucho miedo al loco y que cuando lo tratamos con respeto el loco no es una persona para nada peligrosa (relata varias anécdotas en las que él ha atendido a personas en la calle...).

De todas formas, los políticos nunca han puesto interés en la Salud Mental, no importa lo imprescindible que la consideremos que nunca lo harán.

- 2. Reforma psiquiátrica en España. En el congreso de La Manga de 1985 se invitó a numerosos psiquiatras que lideraban los procesos de Reforma Psiquiátrica en España (A.E.N.) desde la Sociedad Española de Psiquiatría, compartían espacios... ¿Por qué, con el tiempo, se ha producido ese divorcio entre ambas sociedades? ¿No deberían estar unidos todos los profesionales de la Salud Mental?**

Cree que antes había un respeto a lo profesional por encima de los sentimientos personales (meritocracia). La diferencia de visión nunca le impidió discutir y debatir con los profesionales de la A.E.N., con muchos de los cuales mantenía una relación de amistad importante: Carlos Castilla del Pino (Barcia fue el único que lo aprobó en la oposición a catedrático en la época franquista), Gómez-Beneyto, etc.

No está de acuerdo con que permanezcan separadas ambas asociaciones en la actualidad, lo considera absurdo, pero recuerda las causas de por qué se separaron: recuerda que la A.E.N. no permitía formar parte de la misma a los catedráticos y que en los años 70 la convulsión política y científica dentro de la psiquiatría era muy importante, en aquel momento no se podía hablar con aquellos "muchachos", y por tanto decidieron crear otra sociedad ya que la Psiquiatría Académica veía que iba a perder la guerra si la continuaba. También observa que en España se ha contado con muy pocos enfermeros en Salud Mental, y que la proporción debería ser de varios enfermeros por cada psiquiatra, como en otros países europeos a los que ha viajado (Alemania, Suecia, Suiza, etc.).

- 3. Reforma psiquiátrica en Murcia. ¿Cómo fue? La red comunitaria de C.S.M. y Drogas tuvo muchas críticas en sus inicios, ¿Qué se hizo mal? ¿Qué le faltó o sobró? ¿Qué se hizo bien? Piensa que se hizo muy bien. Que fue una Comunidad adelantada a su tiempo y que gran parte se lo debe a las grandes figuras de la Psiquiatría que tuvo como referentes.**
- 4. ¿Por qué eligió venir a Murcia cuando en Santiago de Compostela ya era catedrático? Luis Valenciano le llamó para ofrecerle la plaza de**

catedrático en Murcia y director del HPRA por teléfono algo antes de jubilarse y aceptó al día siguiente. Las causas de aceptar la plaza fueron las siguientes: estaba casado con una murciana que añoraba Murcia, le gustaba la ciudad por su tamaño y manejabilidad, era amigo de Valenciano y tenía constancia de que el HPRA era un buen H.P., cercanía con su familia de Valencia, abandonar Santiago de Compostela que en ese momento se encontraba muy alterada por los movimientos estudiantiles...

5. **¿Es partidario de un Modelo de sector o de área?. ¿Qué papel debe tener el Hospital Psiquiátrico o la hospitalización en el proceso terapéutico de un enfermo mental?** Cree en el modelo centrado fuera del H.P., más inclinado al de área pero centrado en el Hospital General. Dice que la Unidad de la 6ª planta del H.G. de Murcia era muy buena porque -por primera vez- el arquitecto lo escuchó cuando la estaba diseñando. Toda la planta pertenecía a psiquiatría. Piensa que la asistencia comunitaria debe ser el ideal a seguir pero que es muy cara, las camas de Hospital son más baratas. Cuando le confronto esta idea, duda y dice que es posible, pero que es difícil calcularlo porque cuando un enfermo vive en su casa hay que contar otros gastos: alojamiento, luz, agua, comida, etc.
6. **Modelo biologicista (actual) frente a otros modelos, ¿Qué le parece la concepción exclusivamente biológica que se pretende hoy en día en gran parte de dispositivos de Salud Mental, especialmente los hospitalarios y en la investigación?** En Medicina hay dos ejes: el normal-patológico (médico) y el salud-enfermedad (social). Si nos ceñimos solo a un modelo médico estamos dejando de lado la parte social de la Medicina, de cómo es el hombre (antropológico)... Lo patológico no coincide con la enfermedad (p. ej. llevar gafas es patológico pero no se considera enfermo). El idioma español es, en su opinión el que mejor acierta al denominarla enfermedad ya que su etimología nos lleva al significado de limitación. Lo enfermo es sentirse con una sensación de amenaza que impide realizar lo que uno busca en la vida (realizar valores).

Arthur Joris en "El Hombre Enfermo" describe las enfermedades específicamente humanas (solo las padecen los humanos, o algunos animales cuando se domestican): las enfermedades psicosomáticas clásicas. Barcia añadiría la locura y las neurosis.

Cada 50 años cambia el paradigma, luego los discípulos lo desarrollan, y luego los discípulos de los discípulos comienzan a cuestionarlo hasta que se funciona con otro. La psiquiatría tiene un problema grave: que no es científica del todo.

Los paradigmas nos explican el qué y el cómo estudia cada ciencia su objeto de estudio. En psiquiatría hay varios que funcionan a la vez. No se descartan unos a otros. P. ej. los americanos después de la 2ª Guerra Mundial, al querer apropiarse de todo lo alemán incorporaron el psicoanálisis y posteriormente lo abandonaron para centrarse en los psicofármacos (Historia de la psicofarmacología. Barcia.).

7. ¿Cómo se siente en cuanto a su trayectoria profesional? ¿Ha sido lo que usted esperaba? ¿Habría cambiado algo? ¿Qué le hubiera gustado hacer y no hizo?

a. **Producción literaria.** Quiere reescribir su libro de historia porque hay cosas que no le convencen mucho de lo que ha escrito:

i. En su estudio de la producción literaria del bachiller Miguel Sabuco. Reconoce que pecó de machista al atribuirle el mérito a él, cuando fue su hija Oliva Sabuco la que había escrito el libro precursor de la Psicosomática. Fue una mujer renacentista muy prolífica en producción literaria y filosófica.

ii. En su estudio de El Quijote, lo que lo caracteriza es ser un "viejo, loco y enamorado". Estos conceptos estaban fuera de época, impropios todos de un caballero andante. De hecho, muchos consideran a Cervantes el primer romántico. Además tenía muchos conocimientos de medicina. El Quijote probablemente padecía un tipo de Parálisis General Progresiva. Si nos damos cuenta, la sintomatología coincide y finalmente se cura cuando

comienzan las fiebres (la piretoterapia por paludización era el tratamiento para la sífilis antes de la penicilina).

- iii. Hacer justicia a los buenos clínicos españoles durante la etapa visigoda y renacentista en el campo de la psiquiatría. Dice que Ackernelch, al que considera el historiador más importante de la psiquiatría, tuvo un gran error que fue ignorar la aportación española, la pone en Suiza, su país de origen. Esquirol también se equivocó al emplear el significado que hizo del término pasión como propio y obviar la aportación de los españoles sobre esto.
- iv. Mejorar la aportación española de principio de siglo: Mira, Lafora, Sacristán... De Luis Martín-Santos, considera que su libro "Tiempo de Silencio" y sus concepciones sobre existencialismo en psiquiatría son muy importantes.

b. **Asistencial:**

- i. Reconoce que colaboró poco en esto. Se arrepiente, no obstante se considera clínico. Cree que las labores de dirección las tienen que hacer otras personas. De hecho, Pérez Séiquer (gerente) viene al HPRA porque él pide que otra persona se encargue de cuestiones como "comprar patatas", que no eran propias de un psiquiatra. Le advirtieron que tendría más poder que él pero no le importó con tal de poderse dedicar por completo a labores clínico-investigadoras.
- ii. Le hubiera gustado crear un equipo de acompañamiento a familiares por las tardes en la planta de agudos: "las damas blancas". Conocía a un amplio grupo de mujeres de la alta sociedad murciana que su única dedicación era jugar al bridge, se lo propuso y aceptaron pero luego el Hospital les puso problemas porque no estaban sindicadas y no se pudo hacer.
- iii. Atender a los enfermos. No es lo mismo que tratarlos, los enfermos se quejan sobre todo de la falta de información y atención, en una sala de espera lo que más se repite es

que no los atienden, se dio cuenta cuando sufrió un accidente cerebro-vascular y estuvo unos días hospitalizado. También cita una tesis que recogía los comentarios en la sala de espera.

8. **Como persona que tiene la perspectiva de haber dedicado toda su vida laboral a la psiquiatría, especialmente al campo de la investigación y proveniente de una larga tradición de catedráticos de medicina, como valora la evolución de la especialidad? ¿Cómo podríamos recuperar la calidad clínica y la visión humanista que había en el pasado?** Se ha perdido la parte humanista, solo se considera lo biológico. Antes era al contrario, lo biológico estaba mal visto. Él siempre ha querido llevar la contraria, en aquella época defendía lo biológico (su tesis), y lo criticaban por ello.

9. **¿Cuáles han sido sus aportaciones?**

En general está satisfecho con su labor investigadora y docente. Los siguientes temas cree que son sus principales aportaciones:

- a. Psicosis cicloides. Aunque no entiende como la A.P.A. no las consideró e incluyó en el DSM-IV. Discutió mucho con Fukuda y Mitsuda porque ellos las llamaban psicosis atípicas, y para él eran de lo más típico. Ya estaban descritas previamente por Kleist y Leonhardt.
- b. Demencias subcorticales. En esto sí le dieron la razón (Kubitsch). Barahona-Fernandes estudió a lo largo del tiempo a los pacientes intervenidos por leucotomía de E. Moniz.
- c. La necesidad de mantener una antropología médica.

10. **¿Cómo definiría a los siguientes personajes?:**

- Él mismo: el último psiquiatra, como el último mohicano. Considera que actualmente los psiquiatras se han medicalizado excesivamente.
- Román Alberca. Muy amable. Era muy conocido e influyente en Murcia. No había murciano que se muriera sin que lo hubiera visto Don Román. "El hombre hizo lo que pudo" refiriéndose a la época en que vivió. Su muerte (inesperada) la atribuye al disgusto de abandonar Murcia por Valencia.

- Francisco Román. Poco reconocido pero era muy buen psiquiatra y trabajador. Un romántico.
- Luis Valenciano. No escribió nada clínico específico pero su obra es muy antropológica. Muy buen psiquiatra y director.
- Morales Meseguer. Muy amigo. Lo siguió a Santiago de Compostela, y posteriormente a Murcia. No explica bien porque tanto apego a él. No era solo por trabajo y acarreaba 4 hijos y su mujer.
- Francisco Martínez Pardo. No lo nombra.
- Juan Antonio Aznar y Luis López. Muy queridos "alumnos".