



ARTICULOS

PSIQUIATRIA Y CAMBIO SOCIAL*

JOSE GARCIA GONZALEZ

Oviedo

«El estudio de los conflictos y de sus factores, a todos los niveles, constituye hoy la parte central e indispensable de la ciencia histórica».

TUÑÓN DE LARA, M.:
Problemas actuales de la historiografía española. SISTEMA, 1, 43. 1.973.

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

LEVY, A.:
Las paradojas de la libertad en un hospital psiquiátrico. EURAMERICA. Madrid, 1.971.

Introducción

Leste trabajo que presentamos aquí tiene las limitaciones de espacio -representa aproximadamente la dieciseisava parte del original- que lógicamente impone la revista. Fué por tanto necesario hacer una síntesis que recogiera lo más relevante, en opinión del autor, para la explicación y comprensión de los hechos. En consecuencia, este resumen se circunscribe fundamentalmente a relatar lo que podríamos considerar como las conclusiones ampliadas. Por esas mismas razones las citas y referencias bibliográficas serán obligadamente reducidas, transcribiendo únicamente aquellas que tienen una relación directa con los contenidos de ésta síntesis.

Para que el resumen no sea interpretado como un mero discurso ideológico, para situar mejor los elementos que aquí se avanzan y ofrecer al lector un marco concreto de referencia, estimamos útil exponer de forma muy

(*) Este trabajo es el resumen de la Tesis Doctoral dirigida por el Prof. Dr. Luis García-Ballester, catedrático-director del Departamento de Historia de la Medicina de la Universidad de Granada, leída en la Facultad de Medicina de esa Universidad el veintiuno de abril de mil novecientos setenta y nueve.

somera la formulación del problema que fué objeto de estudio, así como el método y las fuentes empleadas.

I. Planteamiento del problema, material y método de estudio

En el período que comprende casi exactamente la década del 60 al 70, el sector de la sanidad asturiana dependiente de la Diputación fué protagonista de una serie de hechos que tuvieron una amplia repercusión en todo el estado español (1). Se puso en marcha el Hospital General de Asturias (H.G.A.), con nuevas técnicas de organización y nuevas formas asistenciales; se inició y desarrolló una importante transformación en el Hospital Psiquiátrico (H.P.); se elaboraron proyectos y planes para renovar el modelo asistencial existente e impulsar cambios en la organización sanitaria de la región (2). Todos estos elementos lesionaron intereses, abrieron contradicciones, provocaron resistencias y generaron conflictos.

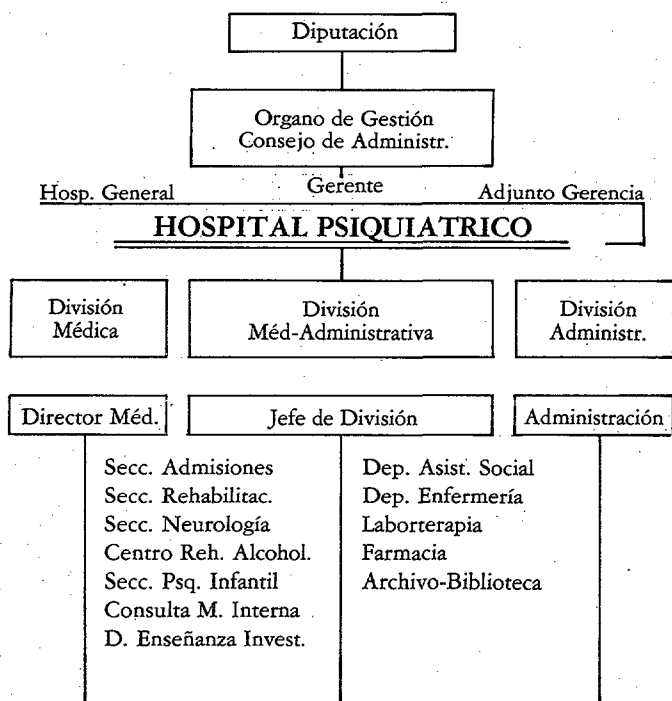
La reforma sanitaria asturiana alcanzó rápidamente una dimensión de orden nacional. Contó con el apoyo y la admiración de importantes instancias gubernamentales (Ministerio de Gobernación), fué pionera en la renovación asistencial y algunas de sus innovaciones fueron

(1) En 1.960 la Diputación mediante la aprobación de los estatutos del Organismo Especial de Gestión ponía en marcha la transformación de sus instituciones hospitalarias. Se sirvió de una fórmula jurídico-administrativa que se usaba por primera vez en España: la modalidad delegada por la Diputación provincial del Organismo Especial de Gestión, estructurado a través de un consejo, un presidente y un gerente.

En 1.965, tras el estudio previo de su situación, el Hospital Psiquiátrico quedó bajo las competencias del Organismo de Gestión y se emprendió su transformación.

(2) La idea de un plan global de asistencia sanitaria para toda la región, de un plan de regionalización hospitalaria, se encuentra ya en las primeras informaciones públicas sobre la reforma. Ver *Región: 10, 11 y 12. 1-1-1.962*. Posteriormente se llegó a elaborar un proyecto de regionalización hospitalaria por el Dr. Asenjo y el Sr. Artigas, ver una síntesis en *Situación actual y perspectivas de desarrollo en Asturias*. Conf. Españ. Cajas de Ahorros. III, 324. 1973.

Gráfico 1
Organigrama del H.P.O.



adoptadas pronto por otras instituciones sanitarias: programas de internado-rotatorio, jerarquización de servicios, etc. La situación que su desarrollo fué creando contribuyó al nacimiento de movimientos profesionales que marcaron un hito en el desarrollo de las luchas sanitarias, pero sobre todo, dió lugar a tensiones y conflictos, que tuvieron un gran eco en los medios de difusión y provocaron decisiones y tomas de postura por parte del poder central.

Con esta tesis nos propusimos el conocimiento histórico de esos hechos, concretamente de la reforma de la asistencia psiquiátrica y de sus vaivenes. Para ello estimamos necesario superar el plano descriptivo y de los datos empíricos, intentando desvelar su significado implícito, de tal manera que permitan acercarse a la cara más oculta y real de esa situación. Se intenta, en suma, una aproximación al porqué de esos acontecimientos, al porqué de su origen y de su precipitado fin. En un momento en el que tanto se habla en nuestro país de cambios, de reformas sanitarias, de implantar nuevos modelos, nos pareció importante analizar toda esta problemática anterior; pues aunque aparentemente tenga el aspecto de un estudio parcial, en tanto que se detiene en la parcela de la asistencia psiquiátrica, y local, por cuanto no rebasa los límites de una región, aborda el intento de aplicar en todo el estado nuevas formas de organización sanitaria que respondieran mejor al nivel socioeconómico alcanzado. Intento que tan sólo quedó en la historia, aún muy próximo, de un fracaso.

Nuestro análisis se propuso inquirir especial e intencionadamente en la dimensión social de los fenómenos, es decir, investigar las relaciones de los acontecimientos que surgieron en el área sanitaria con la estructura sociopolítica que los enmarca. Para alcanzar esos objetivos delimi-

tamos por una parte, el marco de referencia: el área social concreta en que se desarrolla la reforma, o sea, la región asturiana, insertándola a su vez en una realidad más amplia: la del estado, con su estructura y su orden político, elementos que era preciso tener presentes para no privar al estudio de su plano o dimensión longitudinal. Este marco lo reconstruimos mediante el manejo de bibliografía, que nos permitió conocer los aspectos más relevantes de la estructura y coyuntura, así como de la identidad política del sistema. Por otra parte, ordenamos los hechos que constituyen el objeto central de nuestro análisis histórico, observando sus interrelaciones y refiriéndolos en su momento al marco general para conocerlos y explicarlos mejor. En este sentido interpretamos las motivaciones que subyacen en la reforma, delimitamos el modelo técnico-asistencial que se emplea, su origen y forma de aplicación. Observamos su evolución, valorando los elementos contradictorios que van apareciendo, las correcciones que se introducen y los conflictos que se generan. Nos detenemos ampliamente en los conflictos. Su estudio nos pareció que podía ser un elemento esencial para nuestro trabajo, puesto que representan un momento en el que se agudiza el antagonismo de las fuerzas en pugna y se hacen más manifiestos los factores que las determinan.

Las fuentes que nos posibilitaron reconstruir los hechos son, de un lado, los documentos internos de las instituciones sanitarias, de la Administración, de los diversos estamentos profesionales y de la vida misma de los conflictos. De otro, recurrimos a la prensa escrita en sus diversas modalidades: regional, nacional e internacional; prensa médica y profesional; de partidos y la llamada «literatura ilegal ó clandestina». Esta fuente, la prensa, además de facilitarnos un importante acervo de datos, nos aporta los juicios y posiciones sostenidos por diversos sectores sociales.

II. La Reforma Sanitaria y Psiquiátrica en Asturias: período de implantación y motivaciones

La reforma sanitaria asturiana que impulsó la Diputación y que protagonizó su presidente el Sr. López Muñiz, abogado del estado, se produjo en un período definido de la historia del país, coincidente con la fase de implantación del capitalismo monopolista de estado. Su comienzo está marcado por el fin de la etapa autárquica y por el inicio de la fase de expansión. Es la época de la España del crecimiento. Hay dos fenómenos de esta época que nos interesa especialmente resaltar: el intento y acelerado proceso de urbanización y consiguientemente el de migración y deagrarización.

Con la transformación económica se originaron cambios en la hegemonía del bloque dominante, que pasó a ser ocupado por la oligarquía financiero-industrial. Estos cambios conllevaron al mismo tiempo divisiones y fracciones en ese bloque y renovaciones en la superestructura política. El poder ejecutivo pasó a estar detentado fundamentalmente por técnicos y cuerpo superior de funcionarios jurídicos, en detrimento de otras personas proce-

dentes del sector político del régimen, es decir, del Movimiento. Dada la organización política del estado, la lucha de intereses entre los grupos dominantes se expresaba muchas veces a través de enfrentamientos y pugnas entre los diversos niveles y departamentos de la Administración. Los intereses iban sirviéndose de grupos profesionales y cuerpos de la Administración del estado para controlar el poder. Los departamentos y áreas de esa Administración se organizan en base a la fidelidad al poder que predomina en cada período. Así cuando esos intereses cambian, se origina de inmediato la sustitución de la gran mayoría de los funcionarios por otros fieles al poder entrante. Como dato ejemplificador, se puede recordar que tras la crisis y cambio de gobierno de 1969, cesaron 575 funcionarios políticos en los diversos departamentos.

Las contradicciones existentes entre las diversas instituciones del estado tuvieron una clara expresión en la sanidad. Esta se encontraba sometida a diversas dependencias administrativas y por ende a multiplicidad de decisiones, que por obedecer a intereses distintos eran a menudo antagónicas o al menos discordantes. En este sentido hay que entender toda la problemática suscitada por la frustrada Ley de Hospitales de 1962. La ley venía a superar y refundir las múltiples disposiciones existentes acerca de la «des-ordenación» hospitalaria. Su promulgación marcaba la posibilidad de iniciar una etapa más racional en la ordenación hospitalaria española. Aunque no era una ley integradora, porque respetaba la organización multigerencial de la asistencia y sancionaba su división, introducía, sin embargo, elementos que potenciaban la coordinación hospitalaria, regulaban situaciones antes muy imprecisas y facilitaban un funcionamiento más racionalizado. Las pugnas entre diversos grupos, en este caso los que controlaban la Dirección General de Sanidad y el Seguro Obligatorio de Enfermedad, paralizaron su aplicación. Su reglamento, informado ya por el Consejo de Estado, fué devuelto a la Dirección General de Sanidad. El propio Ministro de la Gobernación, señor Alonso Vega, expresaría públicamente el desagrado que le produjeron esos hechos (3).

El cambio brusco en los asentamientos de población y el proceso acelerado de urbanización, contribuyeron a crear situaciones anómicas, conductas desviadas y crisis de identidad (4). Estos fenómenos producidos anteriormente en otros países con un proceso de desarrollo similar, no eran desconocidos para el poder político. Lo anuncia muy claramente el Ministro de la Gobernación: «...el mundo psiquiátrico ofrece tanto interés para los técnicos como para los gobernantes, ya que el aumento de las enfermedades mentales es proporcional al desarrollo de los países. España de cara a su desarrollo social y económico debe prepararse para hacer frente al incremento de las enfer-

(3) «...lamento que el reglamento de hospitales, en el que tantas esperanzas había puesto, haya sido informado desfavorablemente... Es una vergüenza para todos los españoles que se produzcan las diferencias que actualmente existen en cuanto a las instalaciones hospitalarias... Hay que señalar la desventaja en que se encuentra la financiación de la asistencia social respecto a la Seguridad Social. ¡El montaje no es lógico pero es así!». Discurso del Ministro de la Gobernación. Ver *La Nueva España* 18.9.68.

(4) Puede encontrarse información en este sentido en *Bastide R.: Sociología de las enfermedades mentales. Siglo XXI*; también en *Yuste Grijalba F.: Psiquiatría y sociedad*. Ed. Pulso Barcelona, 1971.

medades mentales» (5). Parece pues, que la nueva etapa de desarrollo en que entraba el país, exigía cambios en las estructuras asistenciales, para responder mejor a las nuevas necesidades. Revisando históricamente la evolución de la asistencia psiquiátrica, se observa también cómo el paso de la psiquiatría asilar a la psiquiatría comunitaria, cuando se produjo en sociedades de estructura capitalista, coincidió con circunstancias tales como la presencia de partidos socialistas en el gobierno, épocas de una economía de expansión y crecimiento y con períodos de presión social por el logro de mejores servicios (6).

La sanidad española no experimentó un desarrollo parejo al seguido por el nivel socioeconómico. Mientras que la renta per cápita tuvo un crecimiento entre 1949-1970 de 702%, el número de camas solamente se incrementó en un 122%, manteniéndose la proporción camas/habitante muy por debajo de la habitual en el resto de Europa: España 4,34‰ hab., Europa 9‰ (OMS, 1968). Las tasas de personal sanitario, si bien se partía de proporciones iniciales muy bajas, tampoco siguieron pautas de crecimiento similares a las de economía. De otra parte el gasto público por persona en sanidad se sitúa muy por debajo del de otros países de características parecidas y lo mismo ocurre con el coste de hospitales (7).

Dentro de la sanidad española la asistencia psiquiátrica viene ocupando un lugar marginal. Abundantes datos constatan la marginalidad y discriminación de que objeto la problemática de la salud mental. La asistencia psiquiátrica cuenta con las camas peor dotadas, las que disponen de menos personal sanitario, las que se encuentran en los hospitales más hacinados y de más antigua construcción (8). Sin embargo, como ya se señaló antes, el desarrollo de las formas de producción capitalista hacía preveer un incremento de la demanda psiquiátrica. Previsión que se vió confirmada con el incremento del número de internamientos psiquiátricos que se produjo en el país: se pasa de 89 por 100.000 habitantes en 1.950 a 230 por 100.000 habitantes en 1.971 (9). Este aumento al no experimentar modificación la capacidad y estructura de los hospitales, agudizó las situaciones de hacinamiento, estos fueron albergando una población que desbordó sus previsiones iniciales, recurriéndose muchas veces a las altas puramente administrativas, como única fórmula de aliviar la plétora.

La reforma sanitaria en Asturias se emprendió en un momento en el que la región aún estaba considerada co-

(5) *La Nueva España*, 18.9.68, págs. 9-10.

(6) Más información en este sentido en *Chavez M., Corcés V.: ¿Reforma de la psiquiatría española?. Conflictos y luchas psiquiátricas*, varios autores, págs. 59-61. Dédalo, 1978.

(7) Sobre los gastos públicos en sanidad ver *Asturias ante Europa*. SADEI, 1977, pág. 238. 1977. También *Serigó A.: Bases para la organización de los servicios sanitarios*. PANAP, págs. 237-239. Madrid, 1972.

(8) En los hospitales psiquiátricos la proporción médicos/cama era de 1/90, la tasa global de personal/cama era de 172/1.000 camas. Estos son los valores más bajos de la sanidad española. En los hospitales quirúrgicos la tasa global persona 1/cama ascendía a 831/1.000 camas. Otros datos acerca del funcionamiento de los hospitales psiquiátricos pueden encontrarse en *Serigó A., op. cit.*, 239.

(9) Sobre los enfermos mentales hospitalizados en los diversos establecimientos, véase *Miguel J.M. de, Oltra B.: Enfoque sociológico de la sanidad mental*. Tribuna Médica 13 y 20. 1971. También *González Duro E.: La asistencia psiquiátrica en España*. Castellet Ed. Madrid, 1975.

mo una región desarrollada. Luego, tras sufrir una crisis de su economía, pasaría a incluirse dentro del grupo calificado como regiones declinantes (10). Es por lo demás conocido que Asturias se distinguió por su marcado carácter industrial, con escaso desarrollo del sector terciario, y por su intensa conflictividad social. Las reivindicaciones por mejoras de la salud y por la participación en la gestión sanitaria estuvieron presentes en los conflictos que protagonizaron los mineros asturianos. Las deficiencias existentes en el sector terciario afectaron lógicamente a los servicios sanitarios de la región, que ofrecían unos valores indicativos inferiores a la media nacional y desde luego muy por debajo de los de otras regiones de características similares. Por el contrario, la demanda de internamientos psiquiátricos colocaba a nuestra región, en los años que se prepara e inicia la reforma 1960-1965, por encima de la media nacional (11). El Hospital Psiquiátrico, La Cadellada, se fué quedando progresivamente pequeño para dar cabida a los enfermos hospitalizados. Concebido inicialmente con una capacidad para 500 enfermos, llegó a tener en 1964 más de 1.300. La situación en el H.P. se había hecho dramática. En 1955 el director de la sección de hombres había dirigido un informe al presidente de la Diputación exponiendo tales hechos (12). Ese estado de cosas producía el consiguiente deterioro humano en los internados, de los que en 1964 se decía: «...eran enfermos que permanecían en los patios, indiferentes, apáticos, inactivos» (13). Las personas que ingresaban en el H.P. eran en su mayoría trabajadores procedentes del sector industrial. El sector productivo secundario (sector industrial) se encontraba sobrerrepresentado en la población ingresada por primera vez en 1966. Cerca del 70% de los primeros ingresos que se produjeron en ese año eran trabajadores industriales (14).

En este período, cuyos rasgos más sobresalientes acabamos de describir, aparece la reforma sanitaria. Surgió promovida desde algunas instancias del poder político regional vinculadas a grupos de poder político central. El apoyo y las repetidas manifestaciones de reconocimiento expresadas por el señor Alonso Vega, así como los múltiples elementos coincidentes que se encuentran en la reforma de Oviedo y en la Ley de Hospitales de 1962,

(10) En la evolución de la renta per cápita en el conjunto nacional, Asturias pasó de ocupar el 9º lugar en 1.960 al 19º en 1.969. En cuanto al empleo es de notar que el paro creció muy ostensiblemente a partir de 1.967, pasando de 595 parados en 1.962 a 3.300 en 1.969.

(11) La proporción de enfermos mentales acogidos en establecimientos sanitarios españoles era en 1.960 de 108 por 100.000 habitantes, ascendiendo en 1.965 a 110/100.000; ver Miguel J.M. de, *ob. cit.* En Asturias, solamente en el H.P. esa proporción era en 1.961 de 118/100.000, aumentando en 1.965 a 129/100.000. Sobre la movilidad del censo del H.P. véase Montoya J.L., *Martínez Sierra G.: Reorganización de los servicios psiquiátricos intra y extrahospitalarios de la Diputación provincial*. Seminario PANAP. Cádiz, 1970.

(12) «...bien se deja ver que resulta difícil hacer enumeración de las necesidades más urgentes... Podrían considerarse la aglomeración y el aspecto carcelario». Quirós Isla P.: *Informe dirigido al presidente de la Diputación*. Oviedo, 1955 (mecanografiado).

(13) Montoya Rico J.L. y otros: *Los enfermos del hospital psiquiátrico. Su evaluación*. Med. Clin., 47, 311-321. 1966.

(14) Más datos en este sentido en Montoya Rico y otros: *Estudio sobre factores sociofamiliares que inciden sobre la hospitalización de pacientes esquizofrénicos*. Congreso S.E.P. Oviedo, 1970. Actas.

constatan las vinculaciones e interrelaciones que hemos señalado (15).

Para analizar las motivaciones que se presuponen en la reforma se precisa valorar detenidamente algunas de las características descritas: escaso desarrollo del sector servicios; déficit sanitario, presión y reivindicaciones para mejorar la sanidad, búsqueda de poder y prestigio político a través de las instituciones de la Administración, etc. La estrecha interconexión de muchos de esos factores obliga a pensar en la motivación multifactorial. Para nosotros, lo que se coloca en primer plano es lo siguiente, la reforma representa el intento de poner en marcha el Plan Piloto de un nuevo modelo sanitario, extrapolable luego al resto del país, más en consonancia con el nivel socioeconómico y con los avances tecnológicos. Asturias reunía un conjunto de propiedades que la hacían muy adecuada para ser protagonista de esa experiencia: región desarrollada, industrial, con necesidad de recuperar fuerza de trabajo, con escasez de servicios, con conflictividad social y sobre todo, con una persona al frente de la Administración local, que inspiraba gran confianza al Ministro de la Gobernación y que disponía de la audacia y ambiciones precisas para protagonizar la operación (16).

III. El modelo asistencial para el cambio: aplicación a la realidad concreta y evolución

El nuevo modelo sanitario estaba destinado a superar la atomización de la sanidad y las formas asistenciales de la beneficencia, que en opinión del Sr. López Muñiz ya «...no correspondían a nuestro desarrollo, ni al espíritu de la ley».

(15) «...Su Excelencia el Jefe del Estado, concede a D. José López Muñiz el ingreso en la orden civil de sanidad con la categoría de Gran Cruz, en reconocimiento a la meritoria labor en favor de la sanidad... Acudió el Ministro de la Gobernación a imponer la Gran Cruz de la Sanidad al Sr. López Muñiz y la Encomienda de Plata al Dr. Soler Durall» *Región* 23.10.62.

«¿Cómo no va a tener satisfacción el Ministro de la Gobernación, cómo no va a sentirse satisfecho el Director General de Sanidad, si vemos que el Hospital de Oviedo es una proyección, una realización de todos los proyectos del Gobierno en este aspecto?». *Ministro Sr. Alonso Vega. Región* 23.10.68.

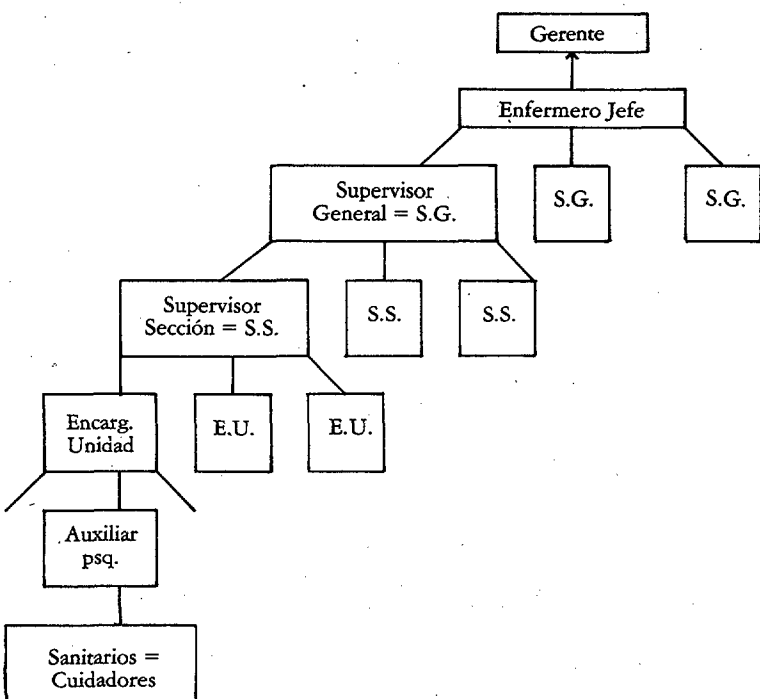
«Este hospital es ejemplo, aquí nació el milagro de las técnicas modernas, aquí existe un equipo que se entiende». Sr. Alonso Vega. *Región* 18.9.68.

(16) El Sr. López Muñiz accedió a la presidencia de la Diputación a finales de los años cincuenta. Fue procurador en Cortes y Consejero del Reino, al ser elegido por los procuradores de la Administración local. Después de ser cesado como presidente de la Diputación llegó a ocupar el cargo de Subsecretario de Hacienda, siendo el titular de la cartera el Sr. Barrera de Irimo.

Su interés por la sanidad le llevó a participar en algunos Congresos de Hospitales. Presentó una ponencia sobre Sistemas de Gobierno de los Hospitales.

Respecto a su encuadramiento político declaraba en 1.971: «...no me considero incluído en ningún grupo de oposición porque dentro del marco constitucional no está previsto y entiendo que el juego debe hacerse dentro de ese marco... Yo dí el paso con un grupo de hombres (Cabanillas, Fanjul, Calvo Sotelo, etc.) hacia el intento de constituir una asociación». Asturias Semanal, 95, Marzo, 1971.

Gráfico 2
Departamento de Enfermería



La reforma sanitaria se puso en marcha aplicando tecnología y gestión hospitalaria de marcada influencia americana (17). Las nuevas formas de organización produjeron un giro copernicano en el rol del médico, que de ser un profesional liberal que dedicaba unas horas al hospital, se convierte ahora en un técnico asalariado y con dedicación exclusiva. Este nuevo modelo organizativo choca con los intereses de la medicina liberal extendida por la región y apoyada en importante resortes de poder e influencia. El choque de ese nuevo modelo, que pugna por extenderse, y la resistencia de los grupos que ven en él una amenaza para sus propios intereses, creará desde el principio divergencias y tensiones que permanecerán a lo largo de toda la reforma.

La transformación del H.P. y en general la reforma de la asistencia psiquiátrica, está concebida como una etapa de la reforma sanitaria global. La transformación psiquiátrica se emprendió tomando como base el modelo de la psiquiatría social o comunitaria. Por un decreto del presidente de la Diputación de Agosto de 1.963, se constituyó un Grupo de Estudios, integrado por psiquiatras y asis-

(17) El modelo propuesto por López Muñiz y Soler Durall era un tipo de medicina integrada fundada en sistemas americanos que en resumen consistía en el papel del Estado centrado en la impulsión y control de la regionalización de servicios, con una mínima aportación estatal; el conocimiento actualizado del activo en recursos asistenciales; la ley especial para la creación de un Servicio Nacional de Salud; la reglamentación de la ley de hospitales; la competitividad y economía privada del sistema competitivo; la libertad de opciones asistenciales; la financiación a través de seguros obligatorios —S.S.— y seguros libres por medio de créditos; la existencia de una tarjeta nacional de salud y una tarjeta de crédito sanitario...». Diario de Congresos. Barcelona. Julio, 1975. Tomado de Soler Sabaris: *Alternativas de la Seguridad Social en un plan de reforma sanitaria*, en Planificación y Reforma Sanitaria, de Miguel, compilador. Centr. Invest. Soc., 195-219, Madrid, 1978.

tentes sociales, para estudiar la situación del hospital y elaborar un programa de reforma de la asistencia psiquiátrica regional. De los supuestos básicos en los que se fundamenta dicho programa, resumimos los siguientes:

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

b) Se califica al manicomio como un lugar inadecuado e ineficaz para el tratamiento de los enfermos mentales. Se postula su transformación, superando las funciones asilares de manera que no se limiten a la custodia del enfermo, sino que estén dirigidas a realizar con eficacia el tratamiento y la rehabilitación. El estudio sociológico de los internados, les llevó a afirmar que los estados definidos como crónicos dependen de la propia vida en el hospital y de aquellos factores sociales que producen rechazo, aislamiento y marginación. Se afirma que la situación en que se encontraba el H.P. era nociva y perjudicial para la personalidad de los internados e ineficaz para su restablecimiento. Se preconiza una organización en base a criterios más funcionales, rechazando la tradicional división de hospital en función del sexo y diagnóstico clínico. Sin descuidar la atención somática y la asistencia individual del internado, se concede más importancia a la reorganización del centro como un todo que al enfoque individualizado de la asistencia. En este sentido se dice que la transformación del H.P. será operativa si se introduce una nueva organización administrativa, si se logra que sus actividades, sus disposiciones y su arquitectura estén dirigidas hacia la creación de un ambiente o comunidad terapéutica que facilite la rehabilitación y resocialización de los internados.

c) En el orden asistencial se concibe al hospital como un instrumento o un servicio más de la red asistencial, que ha de disponer de otros muchos para desarrollar una actuación correcta. Se recomienda que los enfermos, en la medida de lo posible, sean tratados en su propio medio, evitando la separación y el desarraigo. Se estima que la red de servicios ha de ser descentralizada para acercarse más a los usuarios.

d) Se considera que la eficacia del tratamiento ya no es una tarea que dependa únicamente de la actividad individual del psiquiatra. El tratamiento ha de ser el resultado de la actuación coordinada de todo el personal sanitario. Se reconoce así la labor terapéutica que desempeña el personal no médico, y se afirma que el quehacer psiquiátrico debe ser una práctica colectiva: la de un equipo interdisciplinario.

e) Se otorga gran importancia para el tratamiento y rehabilitación a las actividades llamadas de laborterapia (tratamiento por el trabajo en sus diversas fases).

f) Se estima fundamental la disponibilidad suficiente de personal de enfermería con formación adecuada.

g) Se hace mucho hincapié en lo que podríamos calificar como aspectos administrativos o técnico-administrativos. Considerando fundamental la creación de niveles de responsabilidad —y de poder— dentro de los equipos y del hospital. Es este nivel de responsabilidad preestablecida según el rango jerárquico, el que define el rol y las actividades de cada elemento; y

h) Se otorga importancia al establecimiento de relaciones con las diversas instituciones administrativas de la región y se habla de ambiguas formas de participación comunitaria a través de «personal voluntario» (18).

En los programas adoptados se advierten claras influencias de la psiquiatría comunitaria angloamericana; posteriormente fueron penetrando corrientes vinculadas a la psiquiatría de sector francesa. Ambas corrientes coexisten a lo largo de la reforma y entran a veces en pugna como consecuencia de las luchas de intereses de los jefes, que intentan hacerse con el poder a través de esa hegemonía.

El modelo que elige la reforma, y los elementos teóricos fundamentales sobre los que se basa (psicoanálisis, sociología, teorías del comportamiento), apenas sí habían penetrado en España (19), y desde luego no eran secundadas por el poder psiquiátrico. De otro lado, la organización del estado español, centralista a ultranza, reducía el poder de la Administración Local y hacía que su papel, dentro de la actividad económica global del sector público, fuera poco menos que despreciable. Esta estructura política dificultaba enormemente la aplicación de las nuevas formas de organización (20).

La puesta en práctica de la reforma en el H.P. se realizó sustituyendo el orden antiguo, el viejo orden manicomial, por un nuevo orden dictaminado por tres o cuatro médicos y un gerente, controlado todo muy de cerca por el propio presidente de la Diputación. Basándose en las exigencias racionales de la nueva técnica, se aplicaron unas medidas que no solo fueron consideradas como «buenas de por sí», sino también adecuadas para los enfermos, al tiempo que corregían la situación que preocu-

paba a la Administración. Las personas que se oponían al cambio, lo que ocurrió ya desde el principio desde que empieza a actuar el Grupo de Estudios o que potencialmente amenazan con hacerlo, fueron desplazadas en virtud de las acciones coercitivas del poder. Se sustituyeron aquellos médicos cuyas posiciones no confluían con los intereses ni con la ideología de la reforma, por un nuevo «Staff», seleccionado cuidadosamente con arreglo a las características de un estereotipo predeterminado (21). La reforma superó muchos de los obstáculos que le surgieron mediante las ordenes por «decreto» del presidente de la Diputación. Esta forma de aplicarla, al marginar a unos y lesionar los intereses de otros, aglutinó a sectores que objetivamente tenían intereses distintos: el antiguo poder médico del hospital relacionado con grupos de la medicina liberal, y los trabajadores menos cualificados del centro. Ambos, por razones distintas que después comentaremos con más detalle, mantendrán permanentemente su hostilidad a la reforma.

La estructura y administración del hospital se ordena de acuerdo a un organigrama piramidal, que jerarquiza excesivamente los niveles de responsabilidad y el poder de cada grupo profesional (véanse gráficos 1 y 2). El poder se concentra y alcanza su máximo exponente en la figura del gerente. Este organigrama, con sus poderes paralelos que confluyen en el vértice, favorece la escisión de los equipos asistenciales (ver gráfico 3). El instrumento asistencial básico, el equipo, se ve atomizado por la presión de las estructuras verticales, de funcionamiento rígido y sin apenas comunicación entre sí. Queda sometido al fenómeno de la subordinación múltiple, ya descrito y analizado por algunos autores, que se ocuparon hace años del estudio de la estructura de los hospitales psiquiátricos (22). Los miembros de cada equipo, al depender de las jefaturas de departamento correspondientes, y a través de éstas de las diversas divisiones, tenían obvias limitaciones para tomar decisiones en el trabajo de cada día. Las necesidades del equipo podían entrar, y de hecho entraban constantemente, en contradicción con los intereses de los departamentos. En estos casos, la propia distribución del poder obligaba a actuar más como miembros del grupo profesional que como elementos integrantes de la unidad asistencial básica.

Este organigrama creaba por otra parte dificultades entre la autonomía profesional y el control burocrático-administrativo propiciando, por consiguiente, interferencias entre las competencias propias de la Administración y aquellas más específicas de la acción médico-sanitaria.

Con la aplicación de ese modelo de administración se empezó a cambiar la vida del hospital. Se programaron las diversas etapas de su transformación, empezando por aquellas secciones hospitalarias que permitían cambiar más rápidamente la faz pública del centro, por aquellos asilados que pudieran tener una respuesta más visible y

(18) Con este término de personal voluntario se expresaba la idea de que personas ajenas al hospital y a la sanidad pudieran participar, por propia iniciativa y de forma organizada, como animadores de ciertas actividades sociorecreativas en el H.P. Esta idea nunca llegó a ser una realidad.

(19) La ausencia de estas corrientes en la psiquiatría española, la fuimos constatando mediante el análisis de las ponencias de diversos congresos y del contenido de algunas publicaciones: VI Congreso de Neuropsiquiatría. Barcelona, 1960. *Libro de comunicaciones XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría*. Málaga, 1971. *Amat. E.*: Actas del Congreso S.E.P. Oviedo, 1970. *Index Clinicus Sandoz*, apartado Social Psychiatri, años 1.968-69-70. Revisión de la bibliografía contenida en *Martí-Tusquets J.L.*: *Psiquiatría Social*, Herder, 1976. Más información sobre estos aspectos ver tesis, II págs. 152-159 y 244.

(20) El presupuesto total de las corporaciones locales no representan mucho más del 14% del total de ingresos y gastos del sector público. Ver *Crónica Económica 1970*, pág. 61-65. Fundamentos. En este sentido el Sr. López-Muñoz declaraba después de haber sido cesado como presidente: «...La causa reside a mi juicio en el gran centralismo de la vida española. Todas las decisiones se toman en el centro y en el centro residen también los hombres que ostentan el poder decisorio. Como estos hombres cuentan con unos delegados en las provincias para imponer sus directrices y hacerlas cumplir...». *Asturias Semanal 95*. 1971.

(21) Salvo contadísimas excepciones los médicos contratados para el H.P. obedecían a un patrón que podría definirse así: Médicos jóvenes, con formación en el extranjero, preferentemente en medios anglosajones y no vinculados directamente a ninguna esfera del poder psiquiátrico.

(22) Jules H.: *The Formal Structure of a Psychiatric Hospital*. *Psychiatry*, 17, 139-151. 1954.

gratificante. La vida en el hospital discurría de forma muy controlada, abundando normativas prolijas para regular cada una de sus actividades (normativa para el control de los enfermos de las diversas secciones, para la supervisión de los médicos becarios, para regular las funciones de las diversas clases del personal enfermero, etc.). Se instruyó al personal no médico en el conocimiento de las nuevas técnicas (cursos para enfermeros, para monitorios de laborterapia, etc.). Se dejó sentir una gran preocupación por aquellos indicadores que podían expresar el eficientismo de la reforma: rotación enfermo/cama, tiempo de estancia, número de ingresos, etc.

Se podría decir que en el hospital se vive una época marcada por el «frenesí de la técnica».

La ideología asistencial en la que se apoyaba el nuevo modelo, y la práctica que se iba desarrollando, crearon una dinámica en la que la toma de decisiones ya no podía ser un acto individual o aislado del médico, como ocurría en el manicomio, sino el resultado de la discusión y del trabajo colectivo de equipo. El paciente tenía ahora contacto con más personal asistencial. Existía, pues, la necesidad de que cada miembro de ese equipo de tratamiento pudiera tomar decisiones para aplicar y crear actividades terapéuticas. Pero también era preciso coordinar esas decisiones y contactos, de forma que el enfermo no fuera objeto de mensajes contradictorios, puesto que en esta nueva situación la relación misma se había convertido en un acto terapéutico.

La forma de aplicar la reforma entró en contradicción con la ideología que subyace en sus programas iniciales. Parece como si éstos hubieran sido enunciados de forma abstracta, sin tener en cuenta la realidad sociopolítica en la que debían desarrollarse. Se olvidan enunciados tales como los que decían que todas las disposiciones deberían estar dirigidas a la creación de «un ambiente o comunidad terapéutica». La rigidez en la aplicación reducía la participación a lo meramente formal y obstaculizaba la propia expansión de la reforma. Empezaron a aparecer contradicciones entre el modelo que se propuso, la nueva práctica que se iba desarrollando y la estructura rígida que la enmarcaba.

Las concepciones de los roles profesionales que conlleva la reforma, crearon a los médicos, y en general a todos los técnicos sanitarios, una clara y nueva relación laboral: la de asalariados. Esta situación de médicos asalariados se caracterizaba por el alejamiento de los centros de decisión y, en consecuencia, por una evidente dificultad para influir eficazmente sobre las circunstancias que determinaban su trabajo; por exigir dedicación exclusiva, ofreciendo a cambio salarios limitados; por disponer de contratos temporales, que provocaban inseguridad en el empleo; por la dificultad de promoción y la escasa movilidad profesional, dada la ausencia de puestos similares en otros hospitales. El malestar que generaron estas condiciones se sublimó durante cierto tiempo a través del prestigio que representaba trabajar en una experiencia modélica y de avanzada tecnología.

El personal no médico, especialmente el de enfermería, en razón de las vanas expectativas que se le habían creado, también esperaba encontrar en el hospital un lu-

gar de capacitación y promoción profesional. Esperanzas que poco a poco fueron derivando en frustraciones.

La nueva situación se hizo sobre todo contradictoria para los llamados Médicos-Becarios. En la práctica cumplían el papel de médicos con responsabilidad progresiva, que desempeñaban unas funciones fundamentales para la asistencia hospitalaria (realizaban las tareas más rutinarias, las guardias, etc.). Su aprendizaje ya no estaba centrado en la figura totémica del gran jefe que reparte conocimientos, sino que estaba instrumentada a través de su trabajo en la asistencia. Sin embargo, se le seguía calificando y remunerando con fórmulas paternalistas a la vieja usanza: con la beca. Tácitamente se entendía que se les retribuía mediante el saber que recogían, por eso la beca no representaba más que una gratificación. Los programas de formación de postgraduados, en los que el H.G.A. y el H.P. fueron innovadores, al mismo tiempo que suponían la posibilidad real de una mejor preparación de los médicos, servían para proveer a los hospitales de una fuerza de trabajo barata. Este mismo fenómeno se produjo también con las alumnas de enfermería y acabó en un conflicto que contribuyó a paralizar el H.G.A.

De otro lado, el funcionamiento del H.P., así como la ideología que sustentaba la reforma, deparaba a los médicos una formación centrada en el trabajo hospitalario y descuidaba aquellos aspectos más necesarios para la medicina privada o el ejercicio liberal. Los médicos residentes explicitaron en alguna ocasión la necesidad de que se les enseñaran técnicas más adecuadas para enfrentarse con eficacia a la consulta privada y al tipo de enfermos que suelen acudir a ella. Analizando este hecho se puede afirmar que a los médicos residentes se les preparaba para ocupar puestos que aún no existían en los hospitales españoles.

A esta crisis de la estructura de los servicios sanitarios (falta de integración y coordinación, escasez de puestos en medicina hospitalaria, etc.) se le sumaba la propia dinámica de la institución universitaria, no ajustada a la realidad social del país, y, a su vez, una de las más impactadas por la crisis y descomposición de la ideología del bloque dominante. Este fenómeno llevaba a los postgraduados a la búsqueda de un nuevo modelo profesional. Búsqueda no exenta de grandes oscilaciones: o competir en el campo de la medicina liberal, cada vez más difícil, o potenciar un nuevo modelo sanitario que impulse y desarrolle la sanidad pública.

La influencia de la problemática universitaria se percibe más claramente a medida que se agravan sus contradicciones y que se incrementan las luchas. Esta evolución se advierte también en los médicos residentes del H.P., de tal forma que, tomando como base de su comportamiento social, se pueden distinguir esquemáticamente dos épocas: la que va del 65-67 y la del 68-71 (23).

(23) En la primera época los problemas y frustraciones que genera su situación en el hospital se viven y se responden a un nivel individual. En la segunda se supera la descarga o respuesta individual y se pasa a estudiar los problemas como un colectivo. Se organizan democráticamente: a través de asambleas y de la elección democrática de representantes; crean comisiones de trabajo, elaboran informes, etc.

III. 1. Avances y logros de la reforma psiquiátrica

Durante varios años, del H.P. y de la reforma de la asistencia sólo se oírán sus excelencias. La Administración supo difundir con eficacia la imagen positiva. La prensa colaboró, durante cierto tiempo de manera unánime, reflejando todos aquellos hechos que la podían favorecer: se prodigan noticias acerca de las personalidades que visitan el centro, de las inauguraciones que se realizan, de los informes técnicos, etc. Se puede decir que la transformación y los avances logrados por el hospital tienen una cumplida presencia en la prensa regional, llegando a veces a dar informaciones de marcado tono sensacionalista y muy poco rigurosas, como fue el caso de la propaganda realizada en torno a laborterapia.

Ciertamente en el H.P. se produjeron cambios importantes, que lo colocaban en la posición más avanzada del país, como el único lugar, que en la práctica, intentaba desarrollar un programa de asistencia psiquiátrica comunitaria.

De otro lado era evidente su humanización y la confortabilidad lograda en ciertas secciones. Se disminuyó el número de internados, se dinamizó el hospital potenciando el número de altas y de ingresos, el tiempo de estancia de estos se redujo considerablemente y se modificó el índice de rotación enfermo/cama. La plantilla del personal asistencial aumentó en más del doble, introduciendo diversos grados de cualificación en la mayoría del personal contratado; la proporción personal sanitario/cama, si bien permanecía aún lejos de las cotas ideales, rebasaba con mucho la habitual en el resto de los hospitales psiquiátricos españoles. Se elevó el coste por estancia y día; los presupuestos globales se incrementaron notablemente, experimentando además modificaciones positivas en la distribución de las respectivas partidas. Así, disminuyeron proporcionalmente los gastos de la farmacia y aumentaron los de personal; esta racionalidad del gasto le asemeja a otros hospitales avanzados de Europa. Se desarrollan nuevos servicios (alcoholismo, psiquiatría infantil) y se llega a poner en marcha la psiquiatría de sector, aunque de forma muy desnaturalizada, dada la escasez de recursos asistenciales y el desmedido tamaño de los sectores. Persisten las preocupaciones por la técnica y por el rigor de la práctica. Se crean comisiones para impulsar y vigilar estos aspectos, surgiendo a veces debates en torno a los indicadores más idóneos para su control y medición. En este sentido aparece toda la problemática de la historia clínica, que pasó de ser un documento vacío de datos en la época del manicomio, a pretender estructurarse ahora, como un testimonio biográfico detallado, para cuya elaboración surgieron normativas muy exhaustivas. Por último hay que resaltar que en el período 65-71, los equipos asistenciales del H.P. son sin duda los que aportan un mayor número de publicaciones centradas en la transformación hospitalaria y en el desarrollo de la asistencia a la comunidad (24).

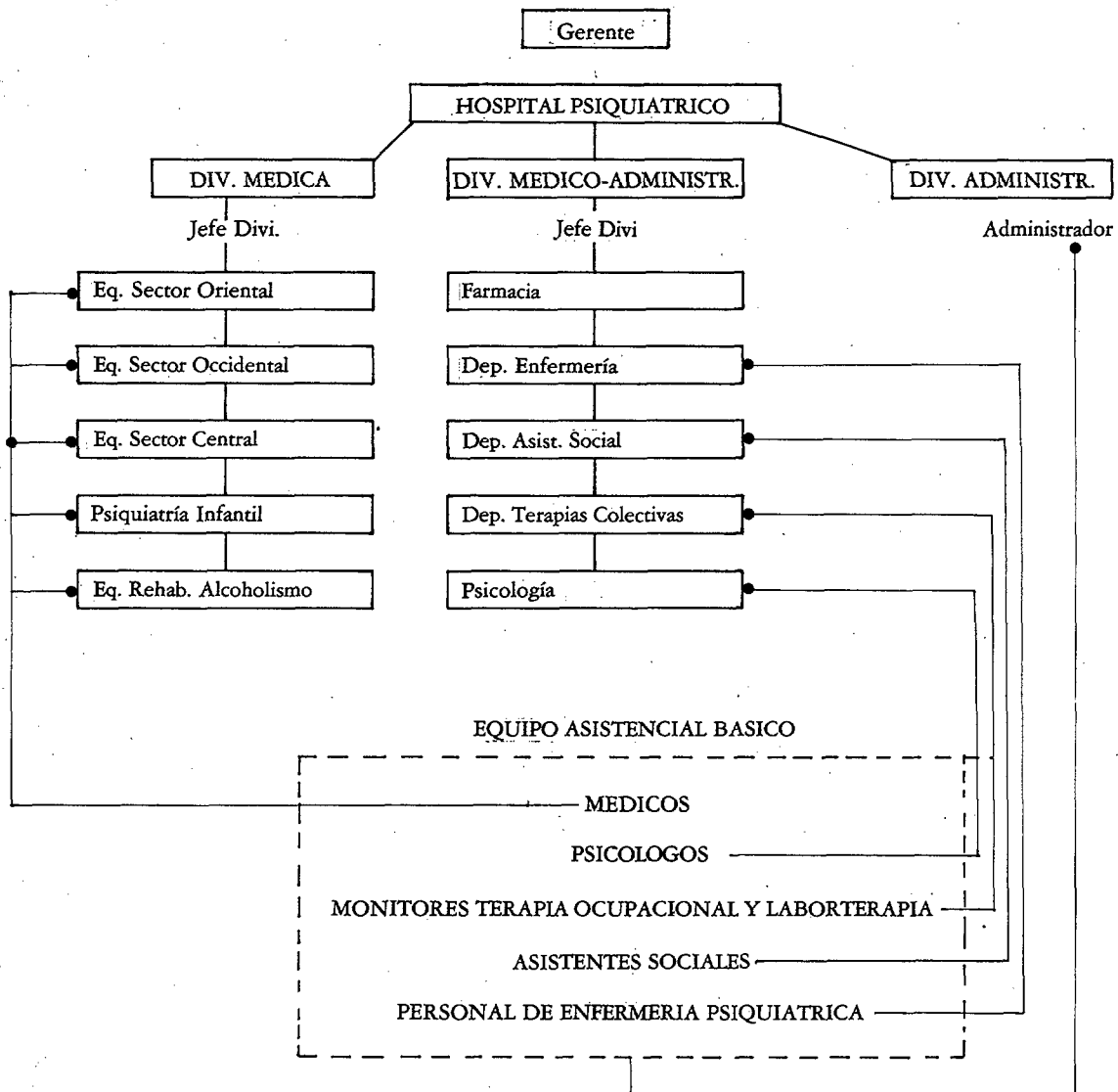
(24) En la Tesis II, se recoge una relación de los trabajos publicados. También puede verse en este sentido Martínez Pardo F.: *La neuropsiquiatría española vista a través de Archivos de Neurobiología*. 1920-72. Supl. Arch. Neurob., págs. 60 y 115. Madrid, 1978.

En contraste con los avances que acabamos de reseñar, persistían en el H.P. áreas de extremada marginación, fundamentalmente las salas cerradas de los enfermos crónicos y el turno de la noche, que abarcaban tanto a los pacientes como al personal asistencial. El hospital seguía manteniendo en su interior, después de seis años de evolución, un «manicomio» de unos cuatrocientos internados. Estimamos que el racionalismo y la lógica eficientista con que se condujo la reforma no es ajena a este hecho. En fin, se puede decir que el cambio no consiguió transformar de un modo global la cultura tradicional del viejo hospital, del manicomio. Durante todo el proceso de transformación permanecieron ostensibles una serie de actitudes y manifestaciones discordantes, delimitándose secciones y grupos encontrados dentro del mismo personal asistencial, y por supuesto, también entre los internados: agudos/crónicos. Los unos y los otros pensaban cosas distintas de la reforma, recibían también cosas distintas, lo que se traslucía en lo más aparente, en el uniforme mismo que llevaban para diferenciarse.

El «alto estado técnico» de la reforma marginó a gran parte del antiguo personal asistencial, los llamados «cuidadores o sanitarios». Estos también, como el antiguo poder médico, se vieron preferidos por otros que llegaron de fuera: algunos, con más conocimientos y experiencias en técnicas de enfermería, de fuera del país; otros, con mejor nivel de instrucción básica y sin «marcas institucionales», llegaban de lugares no relacionados con el hospital. Del antiguo personal del manicomio se seleccionó a los de «mejor calidad» a «lo más aprovechable», usando para esa evaluación entrevistas, test y cuestionarios de personalidad. El resto fue acantonado en las secciones que permanecieron sin organizar, conjuntamente con aquellos internados que la reforma consideraba también como irrecuperables. Lo nuevo —La Reforma— cuyo racionalismo y pragmatismo le impide querer y creer en la transformación global del hospital, pretende anular lo viejo, que se resiste y se vuelve hostil. Los antagonismos que van surgiendo tendrán su expresión en las valoraciones y los comentarios de la vida cotidiana del hospital. Así, por ejemplo, se opone la experiencia y responsabilidad de los antiguos frente a las veleidades e irresponsabilidades de los nuevos; el orden y el trabajo de antes frente a la tolerancia y el ocio de ahora; la disciplina rígida que anulaba la palabra frente a las reuniones y sesiones de análisis de la problemática institucional, que son consideradas por los viejos como una pérdida de tiempo. La persistencia de áreas sin transformar, que seguían como antes, algunas con extremada violencia como era el caso del «secadero» (25), hacían necesarias las prácticas manicomiales de siempre y replanteaban los antagonismos en términos muy apasionados y difícilmente solubles. Se oía comentar: «¡cuando no pueden con ellos nos los envían a nosotros!». Las unidades cerradas con esa vida perenne, quedaban así como una constatación de la insuficiencia de los «nuevos» (métodos y personal), como el último eslabón disponible para aquellos que la reforma no puede «recuperar», para los que fracasan los tratamientos modernos que preconiza.

(25) En el argot manicomial se llamaba así a una sala en la que se encerraban aquellos enfermos con una conducta más desordenada y en la que se recurría a los métodos más tradicionales para guardar el orden.

Gráfico 3
Multidependencia de los Equipos



IV Tensiones y conflictos que va generando la reforma: las luchas del Hospital Psiquiátrico

Como ya se dijo anteriormente, la puesta en marcha de la reforma sanitaria generó de inmediato tensiones con algunos médicos del antiguo hospital provincial y con un sector importante de la medicina autóctona. Las fricciones que surgieron entre la autonomía médica y el control administrativo de un lado, y los intereses que amenazaba lesionar el nuevo sistema sanitario de la reforma de otro, fueron los elementos más sobresalientes de todas esas tensiones. La pugna discurrió durante mucho tiempo como un enfrentamiento entre élites: por un lado el presidente de la Diputación con el poder que representaba, y por otro, los grupos de presión local que intentaban servir de algunas instituciones (ejemplo Colegio de Médicos) y del poder político que les era accesible para impe-

dir el avance de la reforma. A veces esta pugna da lugar a la aparición de curiosos fenómenos, como fue el caso «del anticatalanismo». La reforma con sus métodos de reclutamiento había incorporado al H.G.A. abundantes médicos con formación en el extranjero: algunos de ellos, que consiguieron puestos de poder importantes procedían de Cataluña. En algunos medios se creó la opinión de que los males y el funcionamiento del H.G.A. se debía sobre todo a que estaba en manos de los catalanes, que no conocían ni defendían los intereses de Asturias. Por el mismo motivo surgió en esos medios una exaltación chauvinista, que pretendía sobre todo ser una forma de protección de los médicos y grupos asturianos que veían amenazados sus intereses.

En el H.P. fueron acumulándose las tensiones. Ya hemos apuntado anteriormente las que surgieron en torno al personal cuidador y que terminaron planteándose en la Magistratura. Entre los médicos adjuntos también empezaron a dejarse sentir insatisfacciones por su proble-

mática socio-laboral. De ellas dieron la debida cuenta a la Administración, pero no fueron atendidas.

La expansión de la asistencia psiquiátrica con la psiquiatría de sector, al aumentar la demanda y descentralizar las actividades, exigía de forma imperativa aumentar los recursos y flexibilizar la organización. Esto no ocurrió en la medida necesaria y el avance es mantenido fundamentalmente a expensas del voluntarismo de los equipos asistenciales. Por otra parte los programas asistenciales fijados en los proyectos de la reforma se cumplieron sólo parcialmente, quedando parte importante de su contenido en letra muerta. Se incumplen precisamente aspectos esenciales, tales como la descentralización de los servicios, el desarrollo adecuado de la asistencia extrahospitalaria, la creación de servicios intermedios (hospitales de día, hogares, etc.). Es decir, la reforma queda interceptada a nivel de las etapas más necesarias para abordar con eficacia la reinserción social, así como la prevención y el tratamiento precoz. No hay duda de que estos objetivos eran los que mayores dificultades encontraban en la estructura socioeconómica, mucho más a medida que avanza la situación de crisis de la región. Pero es asimismo evidente que no se advierten demasiados esfuerzos por parte de la Administración para lograrlos. La aceptación inicial de esos amplios programas encierra probablemente un efecto propagandístico. Es decir, la intención de disponer de un proyecto modélico para exhibir a propios y a extraños (a las frecuentes visitas de la O.M.S.).

Ante las dificultades y problemas que se van acumulando, el personal asistencial va intentando encontrar formas de corrección que faciliten su solución. Las correcciones exigen un acercamiento a los centros de decisión y la participación en la organización de su propio trabajo. Se intentó hacer más operativa la Junta Facultativa del H.P., se solicitó la creación de una comisión mixta (integrada por miembros del H.P. y del Organismo de Gestión), se discutió en las reuniones de la División Médica la necesidad de modificar el organigrama, potenciando una sola línea de mando. Como ya se apuntó en otro lugar, desde bien pronto se advirtieron luchas de intereses entre los médicos-jefes, que afloraban como una competitividad profesional entre corrientes técnico-asistenciales diferentes. Estas luchas por el poder impidieron la aglutinación de la División Médica para hacerle frente solidariamente a la nociva estructura administrativa y al alejamiento cada vez mayor del Organismo de Gestión. La incomunicación del personal médico asistencial, globalmente hablando, con el Organismo de Gestión fue una especie de constante de la reforma, que se vio aún más agravada con la llegada del Adjunto de la Gerencia. Este representó una barrera rígida y difícilmente franqueable. Todo esto hace pensar que el poder político, y el técnico-ejecutivo por él delegado, estaban tan seguros de su tecnología, que no sintieron en ningún momento la conveniencia de contar con la participación creadora de los equipos asistenciales. Lo único que necesitaban era que la aplicaran sin vacilaciones.

La falta de respuesta a los problemas acumulados provocaron tensiones cada vez mayores, que encontraban salida a través de los conflictos y las luchas como única vía superadora. Los conflictos hacen eclosión a través de los estamentos más débiles, para ir progresivamente englobando a la mayor parte del centro: los cuidadores y los

auxiliares de enfermería con el conflicto de las camisetas (26) primero, los médicos becarios después; finalmente todos juntos: auxiliares, médicos y asistentes sociales.

IV. 1 La nueva situación política: la crisis de gobierno de 1.969

El presidente de la Diputación había tenido cierta confrontación con la Seguridad Social (S.S.), de la que salió mal parado. Por entonces se empezaron a conocer sus dificultades de relación con el Gobierno Civil.

Los cambios políticos que ocurrieron a nivel del gobierno en 1.969 (relacionados con el escándalo de Mateasa) motivaron el cese del Ministro de la Gobernación, Sr. Alonso Vega, defensor de la reforma de Oviedo y mantenedor del Sr. López Muñiz. Este hecho tuvo pronto una repercusión en la política asturiana. Pocos meses después cesaba el presidente de la Diputación de forma repentina y a petición del Gobernador. El Sr. López Muñiz no estaba preparado para el cese ni lo esperaba, y así lo manifestó públicamente. Fue sustituido en su cargo por el Sr. Lorenzo Suárez, perteneciente a otra familia política, pertenencia que él mismo proclama con gran énfasis en el momento de su toma de posesión (27). Los antagonismos entre las diversas familias del régimen cada vez salen más a la luz y a la calle. En esta contienda, a la que no fueron ajenos ni el Gobernador Civil ni el Ministro Secretario General del Movimiento, la familia ganadora fue claramente azul.

Los cambios ocurridos en el escenario político, se dejaron sentir de inmediato en la reforma sanitaria asturiana. Cesado el presidente Sr. López Muñiz, se produjo una ofensiva contra lo más representativo del poder anterior: contra sus altos ejecutivos y las formas de organización, especialmente contra la dedicación exclusiva (28). El poder ejecutivo de la reforma empieza a ser sustituido progresivamente.

IV. 2 Las luchas del Hospital Psiquiátrico: El final

De esta nueva situación política y una vez ocurridos

(26) Los auxiliares habían presentado unas peticiones: categoría profesional acorde con la preparación exigida, aumento de salario, reglamento de régimen interior. Al no ser atendidas decidieron acudir al trabajo vistiendo camisetas de fútbol, en tanto que los varones lo hacían con barba de varios días.

(27) «...yo proclamo mi procedencia de la falange y mi integración total y consciente en el Movimiento Nacional. Mis principios son los principios de este Movimiento Nacional, nacido el 18 de Julio de 1.936, de la mano de nuestro Capitán y Jefe Francisco Franco». *Discurso recogido en La Voz de Asturias*, 23.9.1970.

(28) Véase en este sentido *La Nueva España* 24.11.1970: ¿Qué está ocurriendo con el H.G.A.? Entrevista con el Dr. Pedrosa.

Ver también *La Voz de Asturias* 27.11.70: carta abierta al Dr. Pedrosa *Mundo Hospitalario* 24.12.1970.

los cambios mencionados en la Diputación, se iniciaron los conflictos más agudos del H.P.

Los médicos becarios, sometidos a la situación ya expuesta, venían planteando desde hacía algún tiempo reivindicaciones y manteniendo una situación de tensión con la Administración. Primero exigieron que se reconociera la representatividad de su delegado, que pasó de ser designado por el Gerente a ser elegido democráticamente por sus compañeros. Posteriormente exigieron repetidas veces incrementos de la cuantía de la beca y mejora de las condiciones de la docencia (29). Ultimamente se habían enfrentado a la gerencia amenazando con un paro si se llevaba a cabo un expediente a una compañera. En los abundantes escritos que los médicos residentes producen en este período se observa el uso de una terminología y el manejo de unos conceptos que revelan la toma de conciencia acerca de la injusta situación que padecen. Las peticiones y escritos que a partir de 1.969 se repiten ya de forma ininterrumpida, vienen a contaminar el «asepticismo» de los objetivos del hospital.

El convencimiento de que sus peticiones no eran escuchadas y de que sus problemas no eran resueltos determinó que los médicos pasaran a la acción: «consideramos inútil continuar pidiendo en los términos hasta ahora empleados... Sino se resuelven favorablemente nuestras peticiones en el plazo de setenta y dos horas iniciaremos un paro total». Así comenzó un largo conflicto que estrechó a la sanidad española durante dos meses, y que vino a potenciar el malestar existente entre amplios sectores de la medicina hospitalaria por la anunciada reestructuración de la S.S.

Los conflictos revelan una serie de elementos, que ahora aparecen con más nitidez, y que resumimos de la siguiente forma:

a) Por parte de la Administración Local es notorio el autoritarismo y la intransigencia con que afronta los problemas. Hizo del principio de autoridad su baluarte fundamental; una situación que exigía y tenía en un principio fácil solución económica, (satisfacer las peticiones hubiera representado unas 900.000 pesetas) se complicó enormemente. Se hizo también patente la irresponsabilidad de la Diputación, al tomar decisiones y dictaminar la gestión de instituciones, cuyo funcionamiento desconocía o conocía sólo parcialmente (30). De otro lado, el comportamiento durante el conflicto muestra una vez más que la Administración toma decisiones sobre la propia situación del personal asistencial, sin contar en absoluto con él. Amenaza con sustituir los médicos residentes por médicos de guardia y con modificar aspectos esenciales de la organización del centro, sin recabar siquiera la opinión de los médicos. Este comportamiento facilitó la aglutinación del conjunto de éstos, que al iniciarse el conflicto tenían intereses divergentes. Esa misma amenaza de modificar la situación

(29) Todas estas reivindicaciones se recapitulan en dos escritos: uno dirigido a la Comisión de Estudios, con fecha 5.8.70; otro al gerente el 30.11.70. Ver Tesis, II, págs. 146 y 185.

(30) «...La mayoría de los Diputados se enteraron ese día —el día del pleno— de detalles como cuantía de la beca, situación de estudios, etc.». Ver Vaquero J.M.: *La Voz de Asturias*. 30.5.71. Ver también ese mismo periódico: 24.4.71; 6.5.71 y 28.5.71.



asistencial y hacerla retroceder: «nos limitaremos a lo que nos obliga la ley: la asistencia de la beneficencia» —decía el nuevo presidente— revela la fragilidad de la reforma, que puede continuar o no según las arbitrariedades del poder político. La necesidad de cambiar el funcionamiento rígido de la organización era tan perentoria, que si bien las reivindicaciones democráticas no fueron en esta ocasión el «leit motiv», no tardaron en aparecer en escena. A los pocos días de iniciado el conflicto, el director médico, que era un cargo de confianza de la Administración, sometió su permanencia en el mismo a la confianza y votación de la Junta Facultativa del H.P.; igualmente hizo el presidente de la Comisión de Docencia. Por esos días la asamblea médica dirigió un escrito al presidente del Órgano de Gestión pidiendo un contacto directo y la creación de una comisión mixta con funciones informativas y asesoras.

La Administración Local politizó las luchas, al enmascarar los intereses reales que se estaban dilucidando, bajo los tópicos, usuales en la administración franquista, de la subversión, comunismo, etc. (31). La Administración Central pretende minimizar la importancia del conflicto, considerarlo como un pequeño problema de orden local. «Aquí no ha pasado nada», diría el Director General de

(31) Manifestaciones de un diputado en el pleno de la Diputación: «...las nuevas convocatorias deberán tener en cuenta no sólo la preparación del médico, sino que para su admisión habría que tener en cuenta su historial moral y político... No vamos a admitir, porque esté bien preparado, a un inmoral, a un corruptor de menores, o a un comunista». *La Voz de Asturias* 28.5.71 «...Si algún médico fuera comunista... No lo admitiremos bajo ningún concepto». *La Voz de Asturias* 25.6.71. También *La Voz de Asturias* 3.6.71.

(32) *La Nueva España*, editorial, 19.6.71. También *Aspectos de la sanidad española en 1971*. Dr. García Orcóyen. *Medicamente*, 495, 15.1.72.

Sanidad, quien en su informe sobre la sanidad española en 1971, omitió toda alusión específica de los hechos (32). La realidad sanitaria y las estructuras oficiales discurren por caminos distintos.

b) El conflicto revela también la crisis del sector médico. El proyecto en discusión acerca de la reestructuración de la S.S., había decantado varias posiciones entre los médicos, que en síntesis pueden reducirse a dos: 1/ los que intentan a toda costa defender privilegios y mantener una organización que permita y proteja el funcionamiento de la medicina liberal; y 2/ los que se pronuncian por un modelo de asistencia pública, que coincide con los intereses de la gran mayoría de la población. El conflicto de los médicos de Oviedo surgió en un momento en que ya esta temática de la S.S. había suscitado activa resistencia y la consiguiente tensión. De otro lado las reivindicaciones que plantean los becarios del H.P. (salario, contrato laboral, etc.) y los métodos de lucha que emplean, representan una ruptura con las formas y estilo propios de la medicina liberal. Esta confrontación se extiende hasta el seno mismo de sus instituciones corporativas, produciendo antagonismos entre las diversas secciones de los colegios médicos, fundamentalmente la sección de médicos jóvenes y mesa de hospitales contra el poder colegial.

Los médicos del H.P. acertaron a plantear una serie de problemas que eran muy sentidos y asumidos por el resto de los médicos jóvenes de los hospitales. Sus exigencias: definición de las funciones de médico residente, contrato laboral, seguros sociales, docencia, llevaban implícito modificaciones del modelo sanitario vigente. De hecho la frustrada Ley de Hospitales de 1962 y su reglamento, daban ya respuesta a algunas de las cuestiones que estos médicos tuvieron que conseguir por la fuerza nueve años después.

El comportamiento del Colegio de Médicos de Oviedo y del presidente del Consejo General de Colegios Médicos, Prof. Lafuente Chaos, demostró la inoperancia de los cauces corporativos instituidos para la defensa de los intereses de los «nuevos médicos». Sale a la luz la confrontación entre un sector establecido del poder médico, que ostenta la representatividad colegial y las nuevas promociones. En esta confrontación y en la propia dinámica de la lucha originada se quiebra la imagen «sacralizada» del médico, muy fomentada por la propia institución colegial, apareciendo una nueva moral profesional, que se distancia de la ética que sustentaba a la práctica más establecida.

Los «nuevos médicos» prescinden de la vía colegial y recurren a formas de organización directas y democráticas. A partir de aquí surgieron movimientos profesionales que habrían de jugar un papel muy importante en la sanidad de estos últimos años: el M.I.R. (plataforma de médicos internos y residentes) y la Coordinadora de Psiquiatría (33); y

c) Lo que empezó siendo un conflicto profesional y reivindicativo terminó adquiriendo una significación más amplia. Operó como un revulsivo que contribuyó a abrir la crisis estructural de la sanidad española que ya no respondía a las exigencias de la situación socioeconómica del país. El corsé de la superestructura política impedía un

desarrollo sanitario más congruente, manteniéndose privilegios y situaciones desfasadas, que se oponían a los intereses de la mayoría de la población y también a ciertas fracciones del bloque hegemónico, que buscaban formas de organización más racionalizadoras. Esta connotación del conflicto le otorga una notable repercusión social, que va, por supuesto, más allá del marco sanitario, suscitando solidaridades en el movimiento obrero y en otros sectores sociales, lo que representaba una novedad en la lucha de los movimientos profesionales.

Los médicos organizaron con precisión su lucha, aprovechando todas las posibilidades de negociación que se presentaron, incrementando su combatividad cuando aquéllas no eran posibles. Fueron necesarios casi dos meses de conflictos, tres huelgas en las que llegaron a participar 25 hospitales y 2.000 médicos, y la solidaridad de otros estamentos y sectores sociales, para que la Administración cediera. Fué asimismo necesario que se radicalizara la postura de los médicos contratados del H.P., que en su mayoría —excepto tres— llegaron a presentar su dimisión al Organismo de Gestión. Este fenómeno de la dimisión transluce, por una parte, las diferencias que subyacían entre los médicos residentes y los contratados. Estos tenían más dificultades para asumir métodos de lucha, como la huelga, típicamente de clase. Revela, por otra parte, el gran contenido ético que encarna su planteamiento del conflicto (34).

La dureza y la persistencia de la lucha, la justeza de las reivindicaciones planteadas, el desgaste que representaba para el sistema prolongar un conflicto, que había alcanzado gran difusión y que revelaba el descontento de unos profesionales, que al régimen le interesaba silenciar, obligó al poder central a intervenir para que la Administración Local flexibilizara su postura y satisficiera las peticiones formuladas por los médicos. En efecto, se conceden las reivindicaciones planteadas por los médicos del H.P., no así las relacionadas con la reestructuración de la S.S., que obviamente entraban en contradicción con intereses de mayor magnitud.

La Diputación asturiana quedó, en cierto modo, desautorizada al verse obligada a rectificar su postura. Fue preciso una reunión del Organismo de Gestión que duró diez horas, y la participación en esa reunión del Gobernador

(33) Los M.I.R. siguieron protagonizando en los años posteriores importantes conflictos en la sanidad y concretamente en la S.S.

La Coordinadora de psiquiatría tuvo las características de un movimiento marginal dentro de la psiquiatría. En ella se agrupó lo más dinámico y progresista del sector psiquiátrico, integrando a médicos en formación, de plantilla y en menor grado a otros trabajadores de la salud. Su presencia se dejó sentir sobre todo en relación con los conflictos. Surgió a partir del Congreso de Málaga, localizándose su primera secretaría en el Hospital psiquiátrico de Oviedo. La Coordinadora se disolvió en el otoño de 1975, tras un acto de solidaridad con otro conflicto: el del Sanatorio Psiquiátrico de Conxo (Santiago de Compostela).

(34) Escrito de dimisión de los médicos del H.P.: «...las decisiones adoptadas por ese Organismo Especial de Administración... en los recientes acontecimientos del H.P. han modificado notablemente la situación en la que se desarrollaba la actividad profesional, creando una nueva situación institucional... arbitraria y perjudicial para el lógico y normal desenvolvimiento del centro. Por otro lado aquellas decisiones del Organismo de Gestión son estimadas como depresivas y vejatorias por esta parte». *Tesis II*, pág. 196.



Civil, de quien se decía que portaba las decisiones del poder central. La situación se arregló reponiendo al director depuesto, anulando el despido de los becarios y no admitiendo la dimisión de los médicos contratados. Esta decisión fué tomada con ostensible amargura, que aún rezumaría muchos meses después al comentarse: «...en mayo hemos actuado con cobardía» (35).

El conflicto tiene las características de ofensivo, que conquista posiciones nuevas y ventajosas. Del incremento de la beca, que fue la petición concreta ante la que surgió, se pasó a obtener un contrato, elaborado con la participación de los propios médicos, una remuneración en los términos solicitados, seguros de previsión social y asistencia médica; un plan de enseñanza teórico-práctico, cuyas bases quedaron definidas en una normativa que elaboró una comisión de composición democrática. Casi inmediatamente se produce un decreto del Ministerio de la Gobernación que hizo extensivo a todos los residentes de los establecimientos dependientes de las diputaciones, la normativa elaborada para los de Oviedo. En la S.S., tras su reestructuración, los M.I.R. también tuvieron la misma consideración jurídico-laboral.

En el área concreta de la asistencia psiquiátrica el conflicto y la solución a los problemas planteados en Oviedo actúan, por una parte, como detonante que precipita las situaciones de conflicto contenido en que se encontraban otros centros. A los pocos meses se desencadenó el conflicto de las Clínicas Psiquiátricas de Ibiza (Hospital Francisco Franco de Madrid), que alcanzó también una dimensión de orden nacional. Pero además propició una mayor sensibilización entre los sectores más dinámicos de la asistencia psiquiátrica, en general en los médicos y otros profesionales jóvenes. Este nuevo clima

(35) *La Nueva España* 17.6.71 y *Región* 20.1.72.

contribuyó a crear una actitud renovadora en el Congreso de Neuropsiquiatría de Málaga-1.971, donde por primera vez durante el franquismo se consiguió dar un giro radical a un congreso: discutir en asamblea los problemas reales de la asistencia psiquiátrica y establecer algunas vías de avance (36). Ciertamente, los programas mínimos que allí fueron votados afirmativamente por sectores con cierto poder psiquiátrico, no contaron luego con el apoyo de esas mismas personas, lo que impidió la aglutinación de un sector amplio de técnicos de la psiquiatría, que podía haber ejercido la presión adecuada para impulsar renovaciones en la asistencia psiquiátrica. Algunos directores de hospitales psiquiátricos que en aquella asamblea no meditaron bien su voto, se reunieron casi un año después en Barcelona para organizarse frente a las conclusiones del Congreso de Málaga.

En el H.P. tanto las soluciones a los problemas planteados, como el nuevo ambiente creado en los demás hospitales, se hizo sentir de modo palpante. Inmediatamente después de resolverse el conflicto, aprovechando los buenos resultados conseguidos por la comisión elaboradora de las «normas reguladoras de las actividades de los médicos residentes», surgió con fuerza la necesidad de democratización del hospital. En el terreno más estrictamente asistencial se produjo un avance y profundización en el funcionamiento de la comunidad terapéutica. Las asambleas diarias de internados y equipos asistenciales se empezaron a extender por la mayoría de las salas. En dichas asambleas se abordaban los problemas de la vida cotidiana, de las relaciones interpersonales, de los tratamientos, etc. Se llegaron a tomar decisiones por votación, referentes a un permiso, un alta, etc. Algunos problemas de la vida del hospital (limpieza, comidas, habitat) fueron asumidos directamente por los pacientes, quienes a través de comisiones representativas iban a discutirlos con la Administración o los exponían a la opinión pública mediante la prensa. Este funcionamiento fué impulsado en general por aquel sector de personal asistencial que había tenido un papel más activo en la lucha anterior. Las nuevas formas y actitudes que surgen en el hospital despiertan algunos recelos, el funcionamiento de comunidad terapéutica suscita problemas a diversos niveles.

Entre tanto, también ocurrían en el H.P. otras cosas, a las que quizá no se prestaba demasiada atención: el director médico y el gerente abandonan el centro voluntariamente. La Diputación nombró un nuevo director, que por haber salido erosionado del conflicto anterior, carecía de la autoridad y seguridad necesarias para conducir la nueva dinámica creada. De otro lado el sector más progresista seguía forzando la democratización. La expectativa se dirigieron a modificar las estructuras de poder y de comunicación que mediaban entre el hospital y el Organismo de Gestión. Se trataba, en suma, de modificar toda aquella estructura, que por su rigidez había impedido avances y a la que se le atribuía gran parte de responsabilidad en el conflicto anterior. A pesar de que en este período ya habían surgido en Europa movimiento de renovación psiquiátrica que serían muy conocidos después, el grupo de Oviedo y sus luchas discurren al margen de la

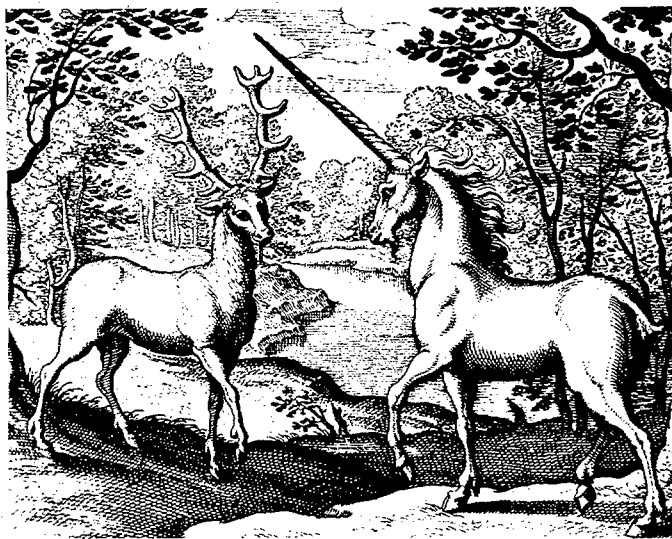
(36) La Asociación había aprobado en aquella asamblea puntos sobre la participación del personal en la gestión de los centros, así como en la planificación de la asistencia. Ver información sobre el Congreso en *Tesis II*, págs. 159-166.

influencia ideológica de aquéllos, de los que aún tenía muy escasa información.

Las presiones ejercidas para conseguir la creación de comisiones democráticas que permitieran participar en el control y gestión del hospital, volvieron a producir tensiones con la Administración. Por las circunstancias ya expuestas, el director interino del H.P. había presentado su dimisión y en el centro se originó un vacío de poder. Esto preocupó enormemente a la Diputación y no fue valorado adecuadamente por los médicos, que lo interpretaron como un desplazamiento real del poder. Las tensiones creadas coincidieron con la reactivación de las polémicas por la crisis del H.G.A. Finalmente, el presidente de la Diputación se vió obligado a intervenir presentando un amplio informe sobre los servicios sanitarios, en el que tomaba postura sobre su situación, afirmando entre otras cosas: «...en los centros asistenciales existe una evidente crisis de autoridad» (37).

En el resto de los hospitales psiquiátricos no se conseguía llevar a la práctica los puntos aprobados en Málaga; allí donde se intentó surgió la represión y se produjeron despidos. No había fuerza suficiente para reaccionar frente a esa represión (38). En un orden más general, el régimen se estaba viendo desbordado por la conflictividad social; para cortarla incrementaba las medidas de represión (39).

La lucha en el H.P. explotó de nuevo con motivo de la selección de los aspirantes a las plazas de médicos residentes. La Diputación modificó la selección realizada por la Comisión de Docencia. Se producía un hecho más que



(37) *La Voz de Asturias* 26.11.71.

(38) Información sobre los conflictos psiquiátricos producidos en este intervalo puede verse en *Tesis L: Los conflictos y luchas psiquiátricas en otros hospitales*, págs. 305-309.

(39) Las medidas represivas experimentaron un salto cualitativo en 1970, cuando la intervención de la policía causó la muerte a tres trabajadores en Granada. De otro lado el recurso al estado de excepción se incrementa considerablemente en el período 68-75. Ver *Cuadrado M. El escenario político español en la perspectiva 1975*. An. Econ. y Soc. 1975.

venía a agudizar la problemática de participación. Alrededor de estos acontecimientos surgieron de nuevo asambleas para estudiarlos y analizarlos. En la interpretación de los hechos había acuerdo: «se trata de una arbitrariedad, que vista en el contexto de lo que ocurre, es una rotunda negativa a la participación». «Es una aplicación de las medidas de saneamiento político-moral anunciadas en junio por la Diputación» (40). Surgen opiniones encontradas en cuanto a la respuesta que procede dar. Entre los médicos existían valoraciones discrepantes a este respecto. Para algunos, no se disponía de fuerza para ir a una confrontación abierta con la Administración; para otros, el final se acercaba irremediamente, y, les parecía esencial seguir manteniendo un foco de lucha. Las votaciones decidieron por amplia mayoría pasar a tomar una postura de fuerza: 26 médicos iniciaron un encierro que duró alrededor de un mes. En el resto de los hospitales apenas se producen solidaridades o se dan de forma débil. Esto ocurre en parte por las circunstancias ya comentadas, pero también porque esta vez las reivindicaciones planteadas en Oviedo, siendo importantes, no encontraban en el resto de los hospitales la misma sensibilidad. Otros dos conflictos, la larga huelga de los estudiantes de medicina y el conflicto de la alumnas de A.T.S., daban al problema de Oviedo cierta distancia.

La Administración dejó que el conflicto se resolviera por sí sólo y mantuvo una postura expectante. El conflicto de las A.T.S. tuvo una gran repercusión en el H.G.A., que se cierra, reactivando toda su crisis, que ahora aparece con extremada gravedad, de tal forma que se puede decir que allí comenzaba el final de aquel centro modélico.

Los médicos del H.P., ante la inoperancia del encierro, deciden radicalizar sus acciones, y, como la huelga no se suscribe por la mayoría de los médicos, se adopta de nuevo la dimisión como medida de fuerza. El final ya es conocido: la Diputación rescindió el contrato a los 26 médicos. Sesenta miembros del personal asistencial que en solidaridad con ellos habían hecho una concentración en el hospital, fueron desalojados por la fuerza pública y despedidos. Con este golpe se acababan todas las ilusiones del hospital psiquiátrico, que alguna prensa denominó como «el mayo asturiano» o la «primavera de Oviedo». La regresión asistencial empezó un camino en el que aún no se detuvo.

V. Repercusión social de la reforma: los medios de difusión

La reforma se inicia apoyada por una campaña de difusión en la prensa regional (41), que explicaba sus objetivos y las modernas concepciones hospitalarias.

La transformación del H.P. discurrió al margen del poder psiquiátrico. Lo más representativo de ese «poder oficial» siempre mantuvo una actitud distanciadora res-

(40) Esas medidas habían sido anunciadas de alguna manera en Mayo y Junio: *La Voz de Asturias* 28.5.71 y el 25.6.71.

(41) Véase Región: 10, 11, 12, 12.1.62; en *La Nueva España* 30, 31.5 y el 3.6.1964.

pecto a la experiencia de Oviedo. Nunca visitó el hospital y ni siquiera participó en el congreso organizado aquí en 1970.

La comunidad, en su sentido más amplio, mostró frente a todas estas renovaciones sanitarias una especie de aquiescencia pasiva, sobre todo hasta que se desencadenaron los conflictos. La ausencia de cauces institucionales para controlar y participar en la gestión de la reforma, hace que se la viva con una lógica distancia: «como algo bueno que están haciendo». Creó empleo femenino y para jóvenes, hecho importante en una región donde los índices de ocupación de esos sectores eran bajos. Los cambios realizados: humanización, apertura del centro, mayor tolerancia, etc., no generaron rechazo en la sociedad circundante. La descentralización de los servicios, es decir, el desarrollo de consultas en diversos lugares de la región fue bien aceptado, acercaba los servicios y daba seguridad a las familias; en algunos casos fue acogida con entusiasmo por los alcaldes de los municipios beneficiados. No ocurrió lo mismo con el Colegio de Médicos, que intentó ponerle limitaciones, porque estimaba que esos servicios públicos podían perjudicar los intereses de la psiquiatría privada de la región.

La prensa que en un primer período refrendó unánimemente a la reforma y a sus agentes, a medida que se iban agudizando las contradicciones entre los grupos en pugna, fué reflejando lógicamente las diversas posiciones de esas fracciones. Las posturas más encontradas se manifestaron en «Asturias Semanal» y «Región»: más progresistas, de apoyo a la reforma y a su democratización la primera, y más integrista, de defensa de los intereses de grupos locales en el segundo. Los conflictos tuvieron una amplia repercusión en la prensa, ninguna en T.V. y muy escasa en la radio. Se puede afirmar que en los últimos años de nuestra historia, los temas médicos y sanitarios en general nunca habían tenido tanta presencia en la tribuna de opinión pública como en esta ocasión. La prensa y los de opinión pública como en esta ocasión. La prensa y los diversos sectores sociales que refleja fueron sensibles a las huelgas de los médicos y a la problemática suscitada. Esta actitud no fué compartida por el Colegio de Médicos, que no aprobaba que los asuntos internos de la «práctica médica» desbordaran el marco corporativo.

Las luchas sanitarias despertaron notable interés y una acogida positiva en otros medios no sanitarios. Sobre todo en aquellos con mayor sensibilidad a la problemática social y en otros que resultaban afectados directa e inmediatamente por sus consecuencias: familias de enfermos, grupos de ex-pacientes, etc. Muy importante por el valor singular y testimonial que representan, fueron las manifestaciones y actitudes de algunas organizaciones obreras. Tal es el caso del Comité de Solidaridad Obrera de Asturias que incluyó en su fondo a los veinte médicos becarios (42). Los trabajadores introdujeron con su solidaridad nuevos elementos que potenciaban la dimensión sociopolítica del conflicto.

(42) «...saludamos los movimientos de los médicos residentes... son uno ejemplo de cómo se extiende la conciencia obrera en el plano profesional. Porque es así... acogemos hoy en este fondo de solidaridad a los 20 médicos represaliados... luchan por poner la medicina al servicio de la sociedad y no al de una clase. Como beneficiarios de la S.S., somos los más interesados en que se acaben los privilegios y corrupción médica». Comité de Solidaridad Obrera de Asturias. Asturias. Mayo, 1971. Hoja ciclostilada.



Epílogo

Las luchas que se iniciaron en Oviedo y que se reprodujeron de diversas formas en tantos otros hospitales, descubrieron con toda su crudeza la miseria y marginalidad de los hospitales psiquiátricos. Sirvieron para sacar de manera escandalosa las vergüenzas manicomiales fuera de los muros que las ocultaban, para llevar esa información a los más diversos medios de comunicación y consecuentemente al conocimiento de amplios sectores de población.

Todos estos hechos incrementaron en general la conciencia social sobre las condiciones de vida de los enfermos mentales, sobre su exclusión; dentro de los trabajadores psiquiátricos facilitaron su organización, contribuyeron a unir posiciones y a realizar elaboraciones para el cambio. A partir de aquí y en los años siguientes, las presiones y luchas por la transformación del orden manicomial se suceden ininterrumpidamente. Asimismo ya se inicia de modo irreversible un proceso de crítica a la práctica psiquiátrica tradicional y a la ideología que la sustenta. La confrontación entre el sector profesional más establecido, mantenedor de esa doctrina tradicional y el grupo más dinámico y progresista, se hace pública y alcanza momentos de inflamada tensión.

La correlación de fuerzas condicionada por el sistema autoritario y antidemocrático, no fué favorable a los movimientos de lucha, impidiendo que alcanzaran gran parte de los objetivos trazados. Los más retrógrados del poder psiquiátrico, en connivencia con las estructuras político-administrativas fueron reprimiendo dichos movimientos. En consecuencia, experiencias de renovación que habían logrado avances muy importantes, como es el caso que aquí analizamos, fueron cortadas con extremada violencia y regresaron de nuevo al nivel manicomial. Pero la represión no pudo destruir los cambios subjetivos, ya no consiguió detener el proceso de crítica ni la progresiva sensibilización ideológica sobre la problemática de la salud mental.