

## Crítica situación del Instituto Mental de la Santa Cruz de Barcelona

**La Junta de Gobierno de la M. I. A. del Hospital de San Pablo ha decidido sustituir el actual Centro — que acoge a 424 pacientes — por un Servicio de Psiquiatría con capacidad para 120 camas**

El Instituto Mental de la Santa Cruz, uno de los pocos hospitales psiquiátricos con que cuenta la provincia de Barcelona, será completamente derribado en otoño del año próximo. Ha sido demolida ya el ala correspondiente al departamento de hombres, y en las proximidades de la zona todavía en pie surgen las primeras edificaciones de la urbanización privada que se construirá en los terrenos actualmente ocupados por el Hospital. En el momento de redactar estas líneas, no se conoce todavía la suerte que correrán la Institución y los enfermos en ella hospitalizados.

¿Cómo es posible una situación semejante? La pregunta no puede responderse si no se tienen en cuenta, además de los problemas de la asistencia psiquiátrica y de la sanidad en general, los que afectan al Instituto Mental como centro dependiente del Hospital de San Pablo. En el Instituto repercuten también los problemas económicos y administrativos que tiene el Hospital de San Pablo como centro benéfico-privado (1).

El Instituto Mental, también conocido como el Manicomio de San Andrés, es un complejo de edificios situado al final de la calle Pi y Molist. Antes del inicio de la demolición, se hallaba integrado por un conjunto de pabellones ordenados simétricamente y que ocupaban una vasta superficie. Entre los edificios y también rodeando al Hospital existían patios y pequeñas huertas que ahora han visto disminuido su número.

Cuando fue fundado con fondos procedentes del Hospital de San Pablo en 1880, y de un donativo del doctor Pi y Molist, sus instalaciones respondían satisfactoriamente al concepto que entonces se tenía de la asistencia psiquiátrica. Aún actualmente, a pesar de tratarse de un típico

manicomio-almacén de enfermos mentales, sus instalaciones eran aprovechables. A juicio de los médicos que trabajan en el Instituto, sólo era justificable su demolición en el caso de que sus instalaciones fueran sustituidas por otras nuevas, máxime si se tiene en cuenta el déficit de camas psiquiátricas existente en nuestra provincia.

### CRONOLOGIA DE UNA DESAPARICION

La historia de la progresiva desaparición del Instituto Mental, íntimamente ligada a los problemas económicos del Hospital de San Pablo, se inicia en 1960 con la venta de los primeros terrenos, correspondientes al actual mercado de la Guineueta. La Muy Ilustre Administración (M. I. A.), prometió invertir el producto de la venta en la reforma y acondicionamiento del Hospital, pero en realidad solamente se invirtió un millón de pesetas en la sección de observación de hombres. En 1964 se cerraron las admisiones y se redujo el número de enfermos de 570 a 490. Un año más tarde, y ante la petición del personal médico de que se prosiguiese con las reformas iniciadas o se constituyese un nuevo edificio, la M. I. A. propuso la creación de un nuevo Hospital en la finca de Can Masdeu, situada junto al término municipal de Sardanyola, el cual habría de financiarse con el producto de la venta de los terrenos del Instituto Mental.

Desde entonces se sucedieron las promesas y proyectos que apuntaban, además de hacia un nuevo Hospital, hacia la creación de un Servicio Piloto constituido por las dos secciones de observación del Instituto Mental y por una Unidad Clínica que se situaría en el pabellón de Santa Victoria del Hospital de San Pablo. La Co-

misión de Asistencia Psiquiátrica, formada por médicos del Instituto, fue encargada de la elaboración de los anteproyectos, que fueron aprobados por la Comisión Permanente del Hospital de San Pablo y entregados a la Administración. Las dudas del personal médico de ver realizados estos proyectos aumentaron cuando se tuvo noticia de que todo el producto de la venta de los terrenos del Instituto Mental se invertiría en las nuevas instalaciones.

En 1970, ya formalizada la venta de todos los terrenos, no se tenían todavía noticias de cuándo comenzarían las obras del nuevo Hospital y de la Unidad Clínica. Entre los médicos existía la impresión de que los proyectos habían sido olvidados por la Administración, sobre todo al ver que la planta baja del pabellón Santa Victoria, en el que se debía instalar la Unidad Clínica, era ocupada por la Universidad Autónoma.

A principios de verano de 1971 se dio la orden de evacuación del departamento de hombres para proceder al derribo de sus seis pabellones, que constituían casi la mitad del edificio. La presión del personal médico consiguió un aplazamiento de la demolición y que se respetase la sección de observación de hombres, una de las pocas mínimamente modernizadas del Instituto, mientras proseguían los contactos con la Administración para intentar hallar una solución al problema. Finalizado el plazo sin haberse encontrado ninguna solución concreta, se inició en el mes de septiembre la evacuación y el derribo. Se anunció para otoño de 1973 la desaparición de todas las actuales instalaciones del Instituto Mental. Mientras tanto, nada se sabe de los nuevos edificios prometidos. Y el producto de la venta de los terrenos del Instituto —que se calcula es de unos 600 millones de pesetas a percibir en 8 años— se está empleando en otras inversiones del Hospital de San Pablo.

### LAMENTABLES CONDICIONES DE ESTANCIA

¿En qué condiciones se halla ahora el Instituto Mental? En el momento presente se hallan alojados en el Hospital 424 pacientes, de los cuales 184 son hombres y 240 mujeres. Tras la reducción de espacio habida a finales de verano, todos ellos ocupan el ala que antes correspondía únicamente al departamento de mujeres, y en consecuencia se hallan en una situación de hacinamiento, de falta de espacio.

(1) Remitimos al lector al n.º 19 de la Revista, pág. 23 y siguientes.

Los pacientes se hallan recogidos en unos pabellones fríos, de techos altos y muy mal acondicionados. Por toda calefacción existen unas pocas estufas, y sólo en algunas salas en las que se concentran la mayoría de los enfermos. Los servicios higiénicos no son mejores. En algunas secciones existe un único water para más de 20 enfermos, a veces sin la más mínima ventilación. En una de ellas tienen que lavar los platos en un pequeño grifo que hay junto al water. Los enfermos de un par de secciones no han podido ducharse durante cerca de tres meses, porque la instalación de agua corriente no estaba preparada, y los que pueden hacerlo tienen que utilizar, la mayoría de ellos, agua fría, incluso en pleno invierno, ya que los calentadores son de escasa capacidad. Las mejoras que últimamente se están haciendo para paliar estos inconvenientes corren a cargo del escaso presupuesto del Instituto.

Con la reducción de patios, incluido uno en el que se podían practicar deportes, las condiciones de reclusión se han agravado. La vida de los internados transcurre en el interior de salas y pasillos, algunos de los cuales casi no tienen luz, y tienen que emplear su tiempo en deam-

bular por el escaso espacio disponible o sentarse y permanecer en una actitud absolutamente pasiva.

La actividad terapéutica de los pacientes es escasa. Solamente algunos grupos, especialmente en el departamento de mujeres, realizan actividades que en la mayoría de los casos no pasan de ser simplemente mecánicas. Por ejemplo, un grupo de mujeres consume su tiempo cosiendo botones a un cartón para una empresa privada, trabajo por el que ni siquiera reciben una remuneración digna.

#### INSUFICIENTE PLANTILLA

Existe, sin embargo, una excepción que da idea de las posibilidades terapéuticas de un trabajo bien orientado. Bajo la iniciativa de un médico del Instituto se creó un taller de laborterapia que en la actualidad ocupa a 26 enfermos. En un ambiente agradable, los pacientes realizan trabajos de artesanía —caballitos de madera decorados, pequeños cuadros representando a los personajes de Walt Disney, etc.— que implican una cierta creatividad. Según palabras del médico encargado actualmente de su cuidado, la mejoría que han experimentado los pa-

cientes ha sido muy notable. Enfermos esquizofrénicos, algunos muy agresivos, se desenvuelven ahora en una buena vida de relación.

Una laborterapia bien llevada, y extendida a todos los pacientes para quienes fuese conveniente, exigiría un personal médico y auxiliar del que el Instituto Mental no dispone. La falta de personal, y especialmente de personal calificado, es una de las causas que imposibilitan la agilización de las estancias, al no poderse desarrollar una acción terapéutica a fondo.

El Instituto Mental cuenta actualmente con 18 médicos, de los cuales sólo 8 residentes tienen dedicación plena. Los demás trabajan en el Hospital de un máximo de 4 horas a un mínimo de diez minutos en días alternos. El número de A. T. S. es de 4 en el departamento de hombres y de 2 en el de mujeres, lo que supone una tercera parte de los que serían necesarios.

El personal auxiliar también escasea. En el departamento de hombres se calcula que harían falta cuatro o cinco cuidadores más para cubrir mínimamente los turnos. Al no haber suficientes empleados, éstos cubren los turnos mediante horas extras, que llegan en ocasiones a coblar el tiempo teórico que les corresponde hacer. En el departamento de mujeres tradicionalmente ha existido poco personal auxiliar, ya que sus funciones son desempeñadas por monjas o por enfermas que trabajan como empleadas.

#### HABLAN TRES MIEMBROS DEL PERSONAL SANITARIO

Todos estos aspectos nos han sido posible conocerlos en las visitas que varios miembros de la revista hemos hecho al Instituto Mental, donde hemos tenido ocasión de conversar con numerosos componentes del personal sanitario de aquel centro. En una de las ocasiones, celebramos una mesa redonda con tres de ellos, la cual transcribimos a continuación. A fin de evitar posibles represalias hacia los tres participantes y también por respeto hacia sus deseos de no hacer declaraciones a título personal, sino como miembros de la colectividad sanitaria del Instituto, hemos optado por no hacer pública su identidad.

—¿En qué condiciones se desarrollaba tradicionalmente la asistencia psiquiátrica en este hospital y cómo ha quedado tras el derribo de seis de sus pabellones?

—Este es un hospital muy grande y típicamente manicomial, pero aún así y debido a su ordenación, a que tenga patios, etc., es uno de los mejores entre ellos. Así nos lo dijeron médicos del Hospital «Alonso Vega» de Madrid, en una visita que hicieron al Instituto. Sin embargo, la reducción de espacio ha disminuido mucho sus posibilidades.

—Con todo, el Hospital es un centro custodial, no puede considerarse un hospital moderno.



Vista general del Instituto Mental de la Santa Cruz, ahora ya derribado en parte.

—De acuerdo. El Instituto Mental tiene características verdaderamente manicomiales, como es su estructura en departamentos completamente separados, con sus puertas vigiladas, etc., aspecto éste que motivó recientemente una protesta de los enfermos. Sin embargo, nada justificaba su derribo sin sustituirlo por otro nuevo, pues existen otros peores.

El Hospital no está montado ni tiene personal suficiente para llevar a cabo una asistencia más dinámica; pero, al haberse derribado prácticamente la mitad del mismo, ni siquiera la función típicamente manicomial de custodia del enfermo puede llevarse a cabo con ciertas garantías. Entonces, si hay un enfermo agitado, no se le puede asistir; si hay un enfermo inquieto con tendencia a la fuga, se escapa, con lo que esto supone de perjuicio para el propio enfermo; pues, mientras, se escapa, se pierde, cae en manos de la policía, etc., no es tratado y su problema se agrava.

—Han habido cinco fugas en menos de un mes.

### UNA PSICOTERAPIA RUDIMENTARIA

—¿Aquí hasta qué punto se utiliza la fuerza con los enfermos?

—Más que la fuerza, lo que se utiliza algunas veces es la coacción de la presencia física de cinco empleados alrededor de un individuo para que se deje inyectar. Pero la fuerza, en el sentido tradicional de arrastrar a un individuo, pegarle, etc., desde hace unos cuantos años no se emplea.

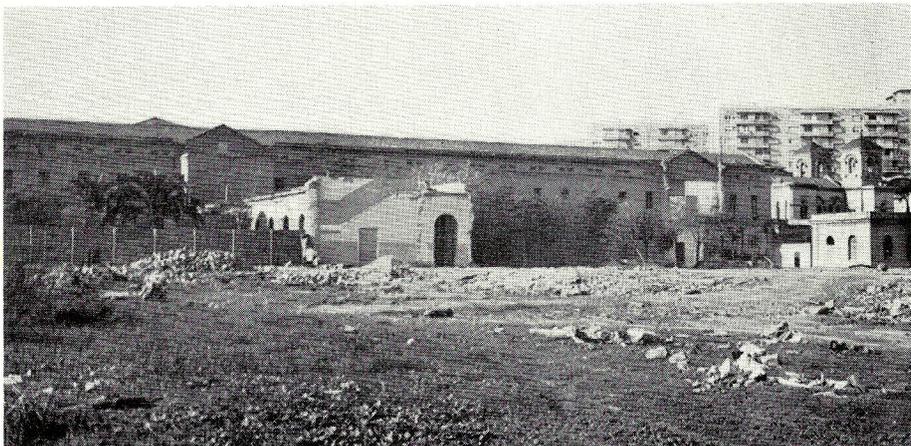
—En este sentido, las condiciones son de lo más humanas que se encuentran en instituciones de este tipo. Todo el equipo actual, aun arrastrando muchas contradicciones, intenta humanizar la asistencia, desterrar las prácticas llamadas terapéuticas y que no son más que represivas y hacer una psiquiatría lo más racional posible.

—El personal no calificado había tomado en otros tiempos actitudes de fuerza con los enfermos debido a que no podía hacer nada más. Ahora, con el ambiente creado entre el actual personal, estas situaciones ya no se plantean porque están muy mal vistas; sin embargo, esto ha motivado quejas particulares por dificultades en mantener el orden.

—Aquí, las celdas de aislamiento, las camisas de fuerza, o los abscesos de fijación, de trementina o de sulfato se desterraron hace tiempo y ahora no se usan en absoluto. El electroshock prácticamente se ha eliminado. Nos movemos entre una psicoterapia más o menos rudimentaria y una farmacoterapia también rudimentaria.

—¿Podrías detallar hasta dónde llegan estas psicoterapia y farmacoterapia?

—Aquí trabajan dos psicoterapeutas de grupo. Uno de ellos recibe una pequeña



Vista parcial de los trabajos de demolición de algunos de los pabellones. (Foto Bañuls.)

asignación mensual; el otro no cobra absolutamente nada, lo que de entrada ya limita mucho su actuación. El resto del personal, en relación a su formación, hace la psicoterapia que puede. En cuanto a la farmacoterapia, hay muchas variaciones. En algunas secciones se siguen aplicando los clisés tradicionales, a base de dos o tres psicofármacos; en otras se intenta usar la gama más amplia posible y de la manera más sensata. De todas formas, las limitaciones de la farmacoterapia en psiquiatría son enormes y con ella no se puede pretender resolver ningún problema. En definitiva, la problemática social que encontramos detrás de cada enfermo psíquico nos lleva a otro tipo de planteamientos que podemos ver más adelante.

### SITUACION DEL PERSONAL

—¿Cuál es la situación laboral del personal médico y auxiliar?

—Los médicos residentes han firmado hace poco un contrato que supone una situación digna. Se les ha concedido gracias a la presión que supuso la huelga nacional de médicos internos y residentes de mayo del año pasado. La relación entre la concesión del contrato y aquella huelga es inequívoca. En cambio, los médicos no residentes siguen estando en una situación muy extraña, porque no tienen ningún tipo de ligazón laboral al Hospital sino que reciben una asignación. Se comprometen, en teoría, a hacer unas horas, que no cumplen generalmente. Muchos de ellos se hallan interesados en romper con esta situación y conseguir un contrato laboral que les permita dedicarse al Hospital.

—¿Cuáles son las diferentes categorías de médicos que existen en este Hospital, aparte de los médicos residentes?

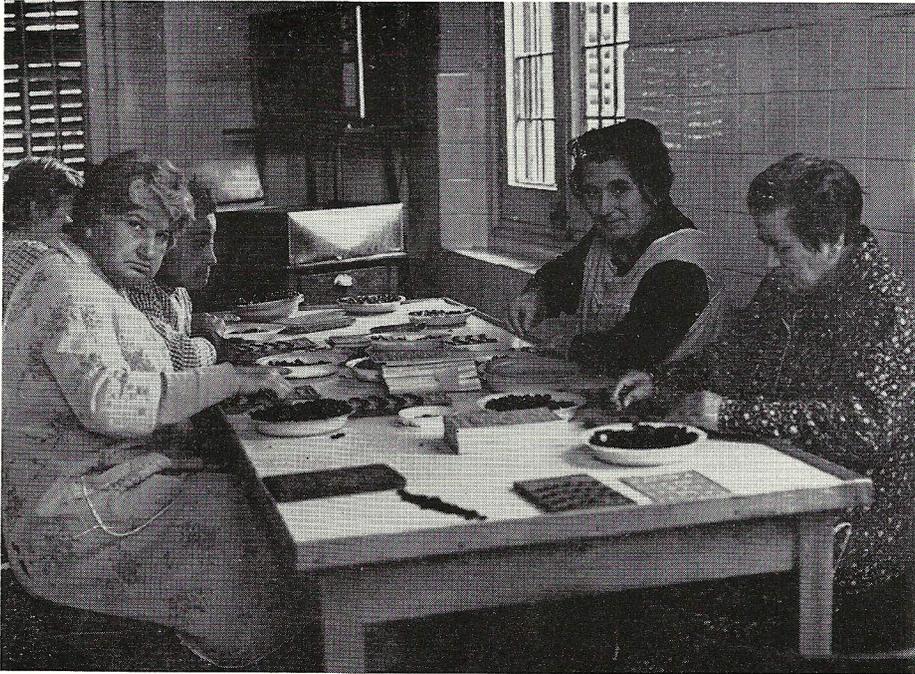
—Directores de servicio (en nuestro caso el director del Hospital por tratarse de una unidad especial), subdirectores y médicos adjuntos. Actualmente, aquí no hay ningún médico con contrato laboral, aparte de los residentes. Algunos se comprometen a hacer 4 horas por 10.000 pesetas y otros 3 horas por 5.000 pese-

tas. Todo esto es muy irregular y el cumplimiento en general muy escaso.

—En cuanto al personal no médico, los A. T. S. han estado siempre con contrato definitivo. La remuneración se regula por el convenio que hasta el presente ha sido provincial y ahora se está negociando uno de empresa. Esto sale a 7.500 pesetas mensuales. El personal antiguo trabaja 6 horas y el que entra nuevo 8 horas, lo cual supone una gratificación para igualar esta diferencia. Los cuidadores o empleados cobran unas 5.000 pesetas mensuales. Además, hubo una asistente social que venía a ganar unas 10.000 pesetas, pero se marchó. Nosotros propusimos otra, que no fue aceptada por razones, digamos, políticas; y la que hemos tenido hasta ahora no estaba interesada en trabajar aquí, ya que nos la habían impuesto porque estaba de excedencia en San Pablo. Dentro de pocos días volveremos a estar sin asistente social.

### EL TRABAJO DE LOS ENFERMOS

Dada la escasez de personal auxiliar, lo que se hace para cubrir las necesidades de la casa es recurrir a enfermos, especialmente enfermas, que cubren la mayoría de los servicios generales. Son personas que muchas de ellas podrían trabajar perfectamente fuera, pero por los problemas sociales y familiares que tiene un enfermo no hay manera de conseguirlo. La remuneración de estas enfermas empleadas variaba hasta ahora desde unas 75 pesetas mensuales hasta en algún caso excepcional 500 pesetas mensuales: lo normal eran unas 100 pesetas. Ahora se ha conseguido que a las que cobraban menos de 500 pesetas se las doblara la remuneración y a las que cobraban 500 se les subiera a 800. Esto se consiguió al plantear la posibilidad de que hubiera problemas con estas enfermas. El dinero ganado por estas enfermas lo tenían en una cartilla en la que firmaban ellas y la madre superiora de la comunidad. Esto suponía que si la enferma moría la comunidad podía quedarse con lo ahorrado.



Las mujeres consumen su tiempo cosiendo botones a un cartón. (Foto Borrás.)

En noviembre pasado, para cubrir las plazas vacantes, entró personal nuevo: dos A. T. S. y tres auxiliares. En principio se les prometió un contrato normal, o sea de cuatro meses de prueba y luego el contrato definitivo según el convenio. Sin embargo, a la hora de ir a firmar se encontraron con que se les ofrecía un contrato eventual de seis meses. Nos negamos a aceptarlo y el resto del personal las apoyó y se presentó en bloque cuando ellas tenían que ir a firmar a San Pablo. Se consiguió también el apoyo del jefe de la División Médica, recién nombrado, y parecía que iba a encontrarse una solución satisfactoria. Sin embargo, hoy mismo nos hemos enterado de que han vuelto a ofrecerles un contrato semejante y que no queda nada claro. Esto ha sido una novedad, porque hasta ahora todos los contratos del personal auxiliar habían ido por la vía reglamentaria.

—Hay que decir que el aumento del sueldo, pagado a las enfermas empleadas, se ha conseguido gracias a la presión de la asamblea del personal. Se está consiguiendo también que las enfermas puedan disponer de este dinero libremente. A pesar de que el aumento es irrisorio, hay que tener en cuenta que estas personas, por su condición de teóricas enfermas, están sujetas a unas presiones por parte no sólo de la Administración y de los estamentos tradicionalmente reconocidos como represores sino también de la comunidad religiosa, con todas las ambigüedades que arrastra, etc., con lo cual tampoco las enfermas estaban en condiciones de presentar unas reivindicaciones mucho más amplias. Por otra parte, se prevé que de aquí a un tiempo habrá que revisar su situación de nuevo.

—¿Pero es posible una postura reivindicativa por parte de las enfermas?

—Ellas dijeron que, si no se les doblaba el sueldo y no se les ponía a su alcance las cartillas, harían huelga. Y realmente, contando con el apoyo del personal sanitario, esta huelga podría ser muy peligrosa para el Hospital, porque afectaría a servicios fundamentales de limpieza, de cocina, prácticamente a todo.

—La enferma no podía disponer de su dinero; algunas no tenían idea de si existía la cartilla, de cuánto dinero había ganado. Si necesitaban comprarse algo, debían recurrir a la familia.

#### LA ASAMBLEA DE LOS MEDICOS

—¿De qué forma se halla institucionalizada la gestión de los problemas que tenéis planteados?

—Existe un Cuerpo Facultativo del Hospital de San Pablo que reúne a todos los médicos no residentes. Como representación existe una Junta Facultativa integrada por los directores y por unos cuantos representantes de cada servicio. Esta Junta Facultativa, cuya Comisión Directiva era la encargada de entenderse con la Administración, ha representado siempre los intereses de la alta clase médica de Barcelona, que era la que en definitiva controlaba el Hospital de San Pablo. Entonces las posibilidades de gestión eficaz de esta representación eran nulas. Recientemente, con el cambio de Administración y con los diversos movimientos que se han registrado, se previó una ampliación de la Junta Facultativa, de la cual entrarán a formar parte médicos residentes y personal no médico. Sin embargo, existen dos proble-

mas: que la representación del personal no médico no es proporcional a su número; y que en la Junta Facultativa predominan aquellos médicos que solo se dedican al Hospital como ocupación marginal y que más bien se preocupan de sus propios intereses. Estas contradicciones que existen en su seno hacen que la Junta Facultativa haya llegado casi a obstaculizar medidas renovadoras, en lugar de promoverlas o ayudarlas. Aparte de esto, los médicos residentes tienen una Comisión sólo en la cual últimamente están representados, aunque hay que tener en cuenta que la dirección de la misma la llevan médicos no residentes.

Las vías oficiales son bastante inoperantes. Cuando se ha conseguido algo en el «San Pablo» ha sido debido a la Comisión de Residentes, renovada, y a que en alguna ocasión sus directivos han sido comprensivos o colaboradores con los médicos residentes, o bien ha sido por vías marginales. Nosotros, en el Instituto Mental, tenemos una Asamblea que funciona desde el encierro que hicimos en solidaridad con Madrid y que es nuestra vía de comunicación con los organismos superiores. Además, y dadas las peculiaridades de la asistencia psiquiátrica, estas instituciones de tipo colectivo, asambleas, etc., son convenientes para convertir los hospitales en instituciones verdaderamente terapéuticas. La Asamblea tiene, pues, este doble aspecto como embrión de estructuras colectivas terapéuticas y como organismo reivindicativo y rector de las posturas del personal. Ha actuado decretando el encierro en solidaridad con Madrid, decidiendo la presentación colectiva en el «San Pablo» para hacer presión sobre determinadas peticiones que se hacían; en noviembre pasado decretó un paro para conseguir —y se logró— que se diese el contrato a una auxiliar a quien se la negaba por haber participado en una asamblea, etcétera.

—¿Se puede decir que vuestra Asamblea está reconocida por la Dirección?

—La Dirección del Hospital de San Pablo intenta ignorarla. Solamente ante el hecho de su presencia física allí, cada vez que se plantea un problema, tienen que soportarla. La Dirección actual del Instituto Mental de una forma más o menos tácita sí la reconoce o al menos nunca se ha opuesto claramente a ella, incluso en algún momento ha colaborado.

—Aquí nos hemos negado sistemáticamente a aceptar otra vía de comunicación que no fuese la Asamblea, a pesar de que repetidas veces se ha intentado buscar una comunicación por grupos, etc. La Asamblea es rechazada, pero cuando se impone no tienen más remedio que aceptarla. En cuanto a la actuación de la Dirección, quizá si no se opone es porque no puede. A las asambleas la Dirección asistía en un principio, pero actualmente no, mientras que en las reuniones de carácter más terapéutico participa regularmente. Una vez por semana se realiza una reunión colectiva, que la Asamblea ha impuesto que sea de todo el personal y de enfermos, y entonces la Dirección no tiene más remedio que asistir. Creo

que ésta favorece de alguna manera el eliminar la Asamblea o crear otros cauces.

#### TEMARIO DE LAS REUNIONES

—En estas reuniones que hacéis una vez por semana, ¿de qué se discute? ¿Qué carácter tienen?

—Hasta ahora, tal como van las cosas, nosotros planteamos los problemas que hay y el director nos responde de las gestiones que ha hecho respecto a nuestras peticiones.

—La Asamblea se ocupa, por una parte, de problemas concretos, tanto asistenciales como laborales; y por otra, tiene sus ojos puestos en el problema fundamental de la supervivencia del Hospital.

—Habéis hablado antes de una participación de los enfermos en la Asamblea. ¿Esta participación es meramente pasiva?

—No, es una participación relativamente activa. Lo que ocurre es que los enfermos participantes no pueden considerarse como representativos del conjunto de los enfermos. Son unos enfermos que, por sus características especiales de conservación, de posibilidades de expresión, han colaborado desde el principio de modo activo.

—¿Y su papel en la Asamblea cuál es?

—Aportan ideas. Participan en las votaciones y en las deliberaciones e incluso en algún momento han colaborado en tareas concretas de tipo técnico.

—Han colaborado también en tareas de tipo estratégico. Un poco por parte de ellos, y llevada por ellos, surgió la idea de hacer asambleas por secciones para crear una inquietud por cuanto acontecía. Se ha hablado también de hacer asambleas con las familias de los enfermos. Dentro de sus posibilidades han colaborado muy activamente.

—Aparte de esto, una de las primeras propuestas que hizo el nuevo director fue la de nombrar un jefe clínico para el departamento de hombres y otro para el de mujeres. Como contrapropuesta planteamos el hacer unas comisiones gestoras en cada departamento, formadas por un representante elegido en cada estamento. Esto en principio se aceptó, aunque el director se reservó el derecho de imponer algo que sería como el jefe clínico colocado por encima de los comités gestores. En la práctica, estos comités hacen un cierto trabajo de estudio, aunque su operatividad está en cuarentena desde el momento en que están reconocidos pero sin determinarse cuál será su función.

#### PERSPECTIVAS PARA EL PORVENIR

—Pasando a uno de los problemas capitales del Hospital: el anuncio de su completo derribo para otoño de 1973. ¿Qué perspectivas esperan al Instituto Mental en relación con ello?

—Se plantea la posibilidad de que se construya un pequeño servicio de unas 120 camas, aunque posiblemente sean menos, y que sería simplemente una unidad de agudos que no podría atender ni tan sólo a los enfermos agudos que tenemos aquí, porque necesitaría tener plazas disponibles para permitir una rotación de nuevos ingresos.

—En el caso de que esta posibilidad se llevase a cabo, ¿cuál sería el destino de los enfermos que actualmente están aquí?

—De momento, es completamente desconocido. Ha habido algún rumor de si en el Hospital Psiquiátrico de Santa Co-

loma podían hacerse cargo de 100 o 150. Por otra parte, se habla de trasladar enfermos al edificio del Hospital de San Lázaro, que el Hospital de San Pablo tiene en Horta. Es un lugar muy apartado del centro de la ciudad, donde las posibilidades de inserción social se verían eliminadas. Pero todo esto está en el aire y, dado que los centros de la provincia están sobrecargados de enfermos, lo más posible es el traslado a grandes distancias fuera de la provincia. Si en Barcelona aún es posible el trabajo del enfermo en el exterior, fuera, con un enfermo desarraigado y en un hospital con características medievales, no habría nada que hacer.

—Estos traslados no son algo nuevo.



Aspecto de uno de los patios del Instituto Mental. (Foto Borrás.)

Hay toda una historia de auténtico tráfico de enfermos mentales en otras instituciones, y tenemos la sospecha de que pueda ocurrir aquí. Las distintas Diputaciones provinciales pagan diferentes cantidades por cada enfermo mental hospitalizado, según lo ricas que sean las diferentes provincias. Entonces, ocurre a veces que enfermos de una provincia rica van a una provincia media pagando la Diputación de la primera a la de la segunda una cantidad. Entonces la Diputación de la segunda provincia los manda a su vez a una provincia pobre en la que se paga menos, de forma que los enfermos mentales van creando una plusvalía. A esto se le puede calificar en cierta forma de auténtico genocidio. En hospitales psiquiátricos de Madrid se encuentran contingentes de enfermos mentales catalanes que, entre otras cosas, se encuentran con problemas de comunicación, de idioma, etc. Sin embargo, éstas son sólo posibilidades. Estamos esperando que la Administración del «San Pablo» se defina.

—La Asamblea habló con el administrador de San Pablo cuando vino aquí y le planteó tres puntos a los que exigía respuesta: que se reconociese a la Asamblea como interlocutor válido para evitar los contactos unilaterales con el director; que se explicara qué había ocurrido con el patrimonio del Hospital en cuanto a la venta de los terrenos; y que se diera cuenta de la situación económica del Hospital para ver qué proyectos eran posibles. Posteriormente, se añadieron dos puntos más: que se dieran explicaciones de cuál era el futuro de los enfermos, para poder informar a las familias; y que se dieran garantías de la continuidad laboral del personal que trabajaba aquí. De este último punto dijeron que nadie se preocupara, pero a los demás puntos no ha habido respuesta desde septiembre.

—¿Qué líneas debería seguir un proyecto de edificios e instalaciones para que el Instituto pudiese prestar una asistencia eficaz?

—Desde un punto de vista arquitectónico existe el proyecto elaborado por la Comisión de Asistencia Psiquiátrica que, siguiendo las normas de la O. M. S., concibe al nuevo Hospital como descentralizado, con pabellones, «hospital-village», etcétera. Aunque no lo conocemos muy bien, creemos que sería muy aprovechable. En cuanto a la orientación teórica y práctica, se va hacia un intento de socialización del enfermo por medio de instituciones intermedias: dispensarios, hospitales de noche, hospitales de día, talleres protegidos, etc. También se va hacia la gestión colectiva a nivel de salas, secciones, departamentos y de todo el hospital con la participación de enfermos y empleados a todos los niveles, de forma que se puedan organizar relaciones terapéuticas comunitarias. Ahora bien, las posibilidades de realización de todo esto dependen de lo que vaya a pasar con el Instituto Mental.

## ENTREVISTA CON EL DIRECTOR MEDICO

El doctor Delfín Abella, director médico del Instituto Mental, es un hombre que habla lentamente, con prudencia. La Administración le encargó la dirección médica del Hospital en octubre del año pasado y desde entonces, aparte de las tareas específicas de su cargo, tiene la misión de mantener las buenas relaciones entre el personal sanitario y la Administración. Con él mantuvimos la siguiente conversación:

—Con las actuales instalaciones del Instituto Mental, después de la reducción de espacio que ha habido, ¿qué tipo de asistencia es posible prestar?

—La misma que se podía prestar en tiempos pasados, con alguna deficiencias

(mayores en la sección de hombres), debido a que se han tenido que arbitrar soluciones no del todo satisfactorias. Se dan condiciones superiores de falta de espacio, de hacinamiento, problemas higiénicos, etc., que se procuran paliar. La situación de los pacientes se ha visto menoscabada, pero no en un grado dramático. Quizá deberíamos tener más en cuenta la situación anterior que ya era precaria, especialmente por la falta de personal. No obstante, frente a las dificultades se ha producido una reacción de carácter renovador y en este sentido se ha dado un replanteamiento de las necesidades de personal. Se está procediendo a aumentar el número de médicos residentes de 6 a 8; el personal de enfermería en 6 u 8 personas más; y se habla de contratar de forma fija a la plantilla médica.



Lúgubre e inhóspito aspecto de una de las salas donde se reúnen los hombres. (Foto Borrás.)

—¿Podría detallar los diferentes tipos de asistencia que se prestan en el Hospital y las variaciones que han sufrido?

—No hay gran diferencia. En esta institución existen un 80 % de enfermos crónicos y sólo un 20 % de enfermos agudos, que son los tratados en las secciones de observación. Estas secciones, en las que la estancia de los pacientes se halla más agilizada, no han sufrido variación. Tampoco en el trabajo médico de carácter asistencial ha habido variación.

—¿Se puede hablar de que en el Instituto Mental se practican unas técnicas terapéuticas que permiten la curación de los pacientes, o únicamente se limita el centro a un «almacenamiento» de enfermos?

—Respecto a los pacientes crónicos, podemos decir que no han habido posibilidades de curación, porque estamos dentro del nivel en el que se mueven la mayoría de los hospitales psiquiátricos españoles y, por tanto, muy lejos de lograrla. Ahora bien, en las secciones de observación, en las que se tratan a los enfermos agudos, sí que ha existido un nivel de curaciones satisfactorio. Lo que hay que conseguir es ampliar estas secciones piloto de observación que ahora trabajan con un sector muy reducido de enfermos.

#### FUTURO DEL HOSPITAL

—¿Cuál es el futuro de este Hospital Psiquiátrico?

—La reducción de espacio forma parte, en principio, de una operación financiera destinada a obtener recursos para la construcción de un nuevo edificio. No puedo hablar ahora de las perspectivas concretas, porque estoy pendiente de que la Administración del Hospital se pronuncie sobre los diferentes planes posibles. Pero, sin duda alguna, hay una promesa cierta de que se van a proporcionar unas instalaciones adecuadas. Por otra parte, y esto quisiera que constase,

## DECISIONES DE LA JUNTA DE GOBIERNO DE LA M. I. A. DEL HOSPITAL DE SAN PABLO

Este informe ha sido realizado cuando aún no se conocían las decisiones de la Junta de Gobierno de la M. I. A. del Hospital de San Pablo sobre el futuro del Instituto Mental. Sin embargo, antes de cerrar el presente número estas decisiones han sido dadas a conocer por la Junta de Gobierno en un escrito remitido a los medios informativos. El escrito, entre otras cosas, dice así:

«Después de haber considerado y estudiado ambiciosos proyectos y de haber ponderado detenidamente todas las soluciones realmente posibles, se va a construir en lugar reservado dentro del recinto hospitalario (del Hos-

pital de San Pablo)— un Servicio de Psiquiatría con capacidad total aproximada de 120 camas (40 para enfermos agudos y 80 para enfermos recuperables), así como un consultorio capaz para atender a 250 nuevos casos mensuales.

El problema de los actuales enfermos ha sido objeto de primordial atención. Las actuales instalaciones no serán demolidas en tanto no se haya garantizado y realizado el correcto traslado de todos los enfermos sin excepción, bien a las nuevas instalaciones del Hospital, bien a otras adecuadas Instituciones barcelonesas, después de estudiar todos los casos individualmente.»

el Instituto Mental se encuentra con los problemas que afectan a la asistencia psiquiátrica española en general, y especialmente con el que hace referencia a los costes de mantenimiento. Al no hallarse la asistencia psiquiátrica entre las prestaciones de la Seguridad Social, con los recursos económicos que ésta podría aportar, los costes de mantenimiento son muy difíciles de sostener a un nivel adecuado. Entonces, los enfermos mentales crónicos se mantienen en concepto de beneficencia y con unas pensiones diarias muy reducidas aportadas por las Diputaciones, que en Barcelona se hallan sobre las 150 pesetas diarias por enfermo, cuando lo necesario sería que fuesen de 800-900 pesetas por enfermo y día.

—¿Cuál es la participación del personal sanitario en la gestión del centro?

—En principio, la Dirección colabora con el personal sanitario. Existen unas reuniones que se realizan los sábados con la participación del personal sanitario

a todos los niveles y en las que todo el mundo tiene voz. En estas reuniones se plantean proposiciones, se debaten cuestiones y en principio la Dirección procura ceder, o mejor, compartir la autoridad con el grupo. Por ahora no existe ningún problema de autoridad o de límites en las competencias.

—¿Se halla institucionalizada alguna forma concreta de participación?

—No, no existe, salvo algunos atisbos a nivel únicamente interno, como la creación de unos comités de gestión dentro de la organización de las secciones. Pero no creo que hubiese ningún inconveniente en que existiese. Es decir, el clima, los contactos entre el personal y la Dirección, es bueno.

AUGUSTO PUNCERNAU