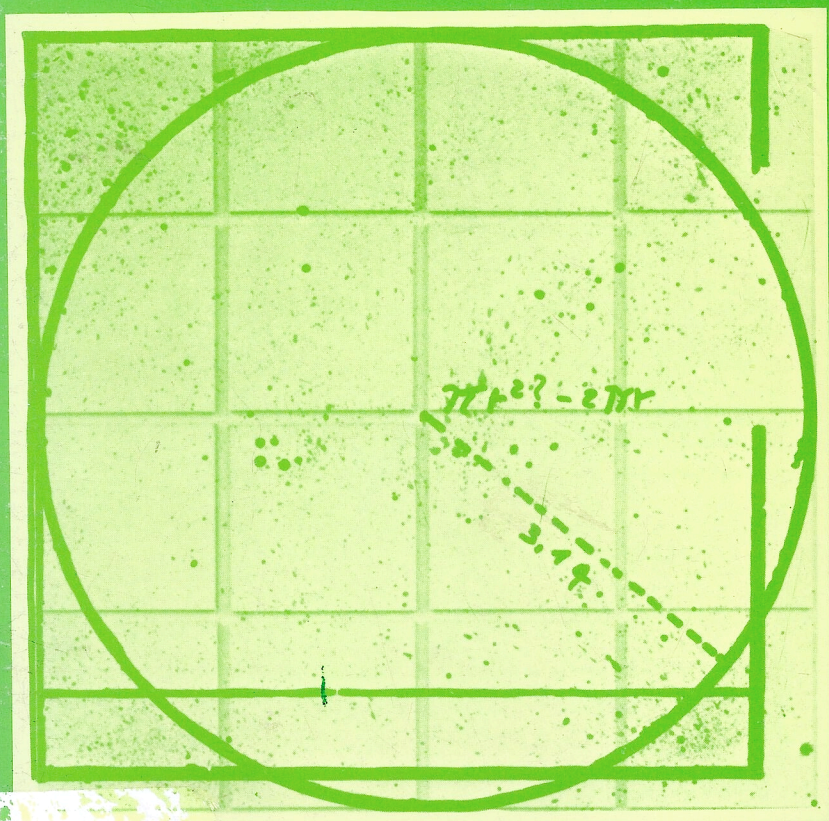


# LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y DESARROLLO DEL ESTADO  
EN LA ESPAÑA CONTEMPORÁNEA

Josep M<sup>a</sup> Comelles



**Colección**  
*Sociedad-Estado*

**Dirigida por**  
*Roberto Bergalli*

005651

**LA RAZÓN Y LA SINRAZÓN**  
**ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y DESARROLLO DEL ESTADO**  
**EN LA ESPAÑA CONTEMPORÁNEA**

**J.M. Comelles**

*Presentación a cargo de*  
*Roberto Bergalli*  
*Prólogo de*  
*D.J. Greenwood*

**PPU**  
**Barcelona, 1988**

## PRESENTACIÓN

*Mientras el tratamiento de la perturbación psíquica se mantuvo vinculado al ineludible internamiento institucional y a unas prácticas médicas que sólo tenían en cuenta la defensa de la sociedad, ante el peligro que encerraba el paciente, la psiquiatría estuvo anclada en la custodia y curación del cuerpo del enfermo.*

*En esa perspectiva, como se sabe, las bases sociales que eventualmente hubieran gestado la perturbación fueron escasamente exploradas, con lo cual la relación de la psiquiatría con las otras disciplinas de la conducta y con las que se preocupan de estudiar aspectos estructurales y del conjunto de la sociedad prácticamente fue inexistente.*

*Concentrado el saber psiquiátrico de esa manera, se favorecieron los poderes del médico curante indudablemente y su imagen social adquirió contornos de verdadera autonomía en el plano de su responsabilidad. En ese marco, el control de las prácticas institucionales era casi imposible y la cosificación de la figura del interno adquirió características patéticas. Pero, en este caso, la ausencia de control debe relacionarse con la concepción de una sociedad que debía ocuparse en procurar satisfacción a los deseos individuales mientras sus integrantes no lesionaran la convivencia con sus pares, todo lo cual se correspondía plenamente con la presencia de una forma-Estado liberal burguesa.*

*Con el tiempo, y hasta no hace mucho, ha ido cambiando notablemente la actitud cultural frente al cuadro que sólo he esquematizado. Hoy día, sin desconocerse el estatuto científico de la psiquiatría, a la que se deben no pocos avances desde su propio interior, la cuestión de la perturbación psíquica y de la conducta desviada que ella provoca es encarada desde una globalidad que incluye muchos otros saberes científicos.*

*Primero, surgió el concepto de protección como forma de invalidez del paciente que debía ser asistido, lo cual coincidía con la lógica del Estado asistencial como resultado de la con-*

1ª edición 1988

No podrá reproducirse total o parcialmente el contenido de esta obra, sin la autorización escrita de PPU.

© Josep M. Comelles

© PPU

Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.  
Marqués de Campo Sagrado, 16  
08015 Barcelona

I.S.B.N.: 84-7665-287-8

D.L.: B-27921-88

Imprime: Limpergraf, S.A. Calle del Río, 17. Nave 3. Ripollet (Barcelona)

quista del derecho a la asistencia por los ciudadanos, derecho que sin embargo no llega a afectar la base de la desigualdad social y más bien la confirma mediante la invalidación del asistido. De tal forma, es verdad que creció la preocupación por una atención más integral de la perturbación psíquica, lo que acarrió la participación de otros especialistas dentro y fuera de la institución manicomial, relacionándose así la cura psiquiátrica con el seguimiento de los vínculos familiares y sociales del paciente. Pero éste, no obstante semejante progreso, continuó siendo el problema central y atrayendo el interés de las disciplinas que pasaron a involucrarse en su curación, a pesar incluso del duro ataque dirigido contra el manicomio y las prácticas institucionales.

Recientemente, como lo acaba de señalar Franca Ongaro-Basaglia (v. Tutela, diritti e disuguaglianza dei bisogni, en: M.<sup>a</sup> G. Giannichedda y F. Ongaro-Basaglia —a cura di— «Psichiatria, Tossicodependenze, Perizia — Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio», Franco Angeli-Centro Studi e Iniziative per la Riforma dello Stato, Milano, 1987, 38-52, esp. 39), el reclamo por la tutela de la salud como derecho debería suponer, en cuanto tal, según la última definición de la Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa (noviembre de 1986), algunos prerequisites indispensables, tales como: «la paz, un techo, la instrucción, el alimento, la remuneración, un ecosistema estable, la continuidad de los recursos, la justicia y la equidad social. Todo progreso en el campo de la salud (continúa la declaración de la OMS) debe estar necesaria y sólidamente vinculado a estos requisitos».

Lo que acabo de transcribir significa, como lo piensa Franca Ongaro-Basaglia, que el derecho a la salud, extendido para todos por un servicio sanitario nacional, debería vincular al Estado —particularmente en su forma social y democrática— a garantizar estos «requisitos» y, por consiguiente, a comprometerse en reducir la desigualdad social.

El arribo a una situación semejante es por ahora meramente declarativo y teórico. No obstante, me parece evidente que únicamente se ha podido llegar a este punto a través de un «crecimiento» y una conciencia crítica desarrollada por medio de un conocimiento complejo y articulado de los distintos saberes involucrados.

Quiero pensar que con las reflexiones vertidas han quedado

expuestos los aportes realizados para contribuir a semejante crecimiento por disciplinas tales, como la antropología médica y social, la historia, la teoría del Estado o la economía política, las cuales han afirmado el propio desarrollo interno de la psiquiatría.

Por todo cuanto he expresado, entiendo que quedan debidamente explicados los motivos por los cuales la obra de Josep Maria Comelles que aquí presento se publica en la colección Sociedad-Estado, si se recuerda cuanto dije en Al comienzo... —v. Serna Alonso, J., Presos y pobres en la España del XIX (La determinación social de la marginación), PPU, Barcelona, 1988, n.º 1, I- IV.

En lo que atañe a la personalidad del autor de este volumen y a su rica como completa formación que le consiente encarar los temas de su obra con gran solvencia, poco puedo yo agregar aquí. Josep M.<sup>a</sup> Comelles es ya vastamente conocido en los ámbitos de la investigación médico-antropológica, en los cuales ha revelado una rara versatilidad. Su preparación como médico psiquiatra se consolidó con sus estudios de psicología y antropología cultural en Barcelona, lo que profundizó con su doctorado en la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Paris, 1977). Es actualmente profesor titular de la Universidad de Barcelona, en el área de antropología social, con asiento en el Departamento de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de Tarragona. Posee una rica y variada producción investigadora y es autor de numerosas publicaciones que la difunden.

Yo pienso que la obra de Comelles que ahora se publica, no sólo atestigua los valores que antes he señalado. Al mismo tiempo, este libro da una contribución esclarecedora sobre el empleo de la psiquiatría y del manicomio en el pasado español. Pero, seguramente, lo que más deseo aquí resaltar, es su firme aporte al convencimiento de que una sociedad democrática y un Estado que le corresponda se construyen sobre el respeto de los derechos de los ciudadanos entre los cuales destaca el derecho colectivo e integral a la salud. Para llegar a esta conquista es bueno tener presente otros usos instrumentales que se han hecho de las ciencias médicas y entiendo que esto ha sido muy bien elaborado por Comelles.

ROBERTO BERGALLI



## PRÓLOGO

*Es para mí un gran placer personal y profesional prologar este libro y presentar a Josep M. Comelles, antropólogo que lo ha llevado a cabo. Habiéndole conocido hace algunos años, he tenido el singular placer de leer la mayor parte de cuanto ha escrito. Y digo placer con sinceridad porque, a mi juicio, es uno de los más creativos antropólogos de su generación, y pienso que su obra traza nuevos derroteros en la antropología de las sociedades complejas. Comelles, médico, psiquiatra y antropólogo, combina su conocimiento profesional y su experiencia como médico con una aproximación antropológica que es muy innovadora en cuanto relaciona Antropología, Historia y Economía política.*

*La Antropología de la Medicina es un campo que únicamente se ha encontrado verdaderamente a sí mismo en los últimos años. Sin haber dejado de lado su interés por las medicinas no occidentales, ha vuelto su mirada hacia las instituciones médicas de occidente. Nuestro sistema médico en sí mismo, con su inmenso poder hegemónico es percibido como un conjunto complejo de creencias culturales y adaptaciones institucionales susceptibles de interpretación antropológica. La Antropología de la Medicina nos ayuda a ver lo «exótico» de nosotros mismos a través de la lente de la Antropología.*

*Este proceso por sí solo crea un grado considerable de estímulo intelectual, pero puede también degenerar en demostraciones repetitivas sobre las bases culturales en la Medicina. Una vez esta lección ha sido aprendida es esencial ir más allá para descubrir las más complejas dimensiones de los sistemas médicos, su institucionalización, y cómo se estructuran y cambian a través del tiempo. Está también claro que debemos diseñar estrategias para intervenir en una mejora de la eficiencia de nuestros sistemas médicos.*

*La dimensión singular de la obra de Comelles es haber relacionado no sólo la Antropología a la Medicina, sino la Antro-*

pología, la Historia social, la Economía política y la Medicina. Tal ligazón es muy deseada, pero casi nunca conseguida, porque los requerimientos teóricos y empíricos son muy duros. Y la buscamos porque tenemos muy claramente presente que la Medicina existe en un conjunto de contextos culturales, políticos, económicos y sociales. Lo que nos faltan son paradigmas antropológicos que nos permitan estudiarla desde esta perspectiva conjunta.

Este es un problema genérico que hallamos en el estudio antropológico de las sociedades complejas donde la evidencia documental de la Historia, de la Ciencia Política, de la Sociología, o de otros campos no sólo está disponible sino que debe ser asimilada. La dificultad no es tanto hallarla para trabajarla sino seleccionar en el inmenso volumen de información, una línea de análisis que haga justicia a la complejidad de la escena, que emplee efectivamente la documentación disponible y que, sin embargo, permanezca como un documento etnográfico vivo.

Esto es lo que Comelles ha realizado en «La razón y la sinrazón». Ha articulado un destacable estudio etnográfico sobre un hospital psiquiátrico, con un análisis de la integración del conjunto del sistema de asistencia psiquiátrica y de su ideología en una secuencia de contextos nacionales e internacionales. Comelles demuestra, como pocos han sido capaces, los lazos directos y temporales entre cuanto sucede en el nivel microsocial y lo que sucede a escala nacional e internacional. Y de esa articulación dibuja un análisis que es a la vez etnográficamente relevante y revelador para desarrollar nuestra comprensión del desarrollo social y político de España durante el periodo que estudia.

Uno busca en vano otra obra que iguale este alto nivel y que abra tantas líneas productivas de investigación específica. Comelles ha producido un modelo de metodología para la Antropología de las sociedades complejas. En tanto este libro sea leído y discutido, creo que marcará un nuevo curso a seguir por ella.

DAVYDD J. GREENWOOD

John S. Knight. Professor of International Studies; Professor of Anthropology & Director of the Center For International Studies.  
Cornell University, Ithaca, Nueva York.

«... ne manquerais-je pas d'abord d'y décrire les hommes (cela dut-il les faire ressembler à des êtres monstrueux) comme occupant une place si considérable, à côté de celle si restreinte qui leur est réservée dans l'espace, une place au contraire prolongée sans mesure — puisqu'ils touchent simultanément, comme des géants plongés dans les années, à des époques si distantes, entre lesquelles tant de jours son venus se placer — dans le Temps»  
(MARCEL PROUST, *Le temps retrouvé*).

*A Pere Ribera Ferran*

## PREFACIO

«La razón y la sinrazón» es la primera publicación en forma de libro de una serie de estudios que vengo realizando desde hace doce años sobre las disciplinas y las profesiones que se ocupan de categorías específicas de seres humanos. Tanto la Psiquiatría como la Antropología social, que son las dos profesiones que ejerzo, constituyen excelentes ejemplos históricos en ese sentido.

Este libro pretende dar una visión de conjunto de la historia de la asistencia psiquiátrica en España, y precede cronológicamente a otro en el que a través del análisis de una sola institución, el *Institut Mental de la Santa Creu*, tratará de ejemplarizar las líneas maestras de esta disertación introduciendo, con mucho mayor peso, la dimensión etnográfica.

Aunque el orden de ambos sea éste, han sido escritos a la inversa: primero preparé la monografía sobre el *Institut Mental* (Comelles, 1979), más tarde el estudio que aquí presento (1981). La razón para esta ordenación tuvo cierta lógica: la monografía sobre el *Institut* fue un trabajo fallido porque le faltaba el marco global de «La razón y la sinrazón». Escrito éste, que tienen en sus manos, puedo reescribir la monografía y darle sentido. Ambas investigaciones se alimentan la una con la otra y se implican.

Empecé a trabajar el campo de la asistencia psiquiátrica cuando empecé a interesarme como antropólogo, entonces *amateur*, por lo que los antropólogos habían dicho de los manicomios. Probablemente lo hice porque ejercía de psiquiatra en una circunstancia crítica de mi vida, y la antropología me abrió puertas a la comprensión de mi propia tarea. Más tarde, cuando deshojaba la margarita en relación a profesionalizarme



como antropólogo, y relegar a segundo plano mi profesión de psiquiatra, este libro fue emergiendo, primero solapadamente cuando buscaba mi identidad antropológica, más tarde a la luz del día cuando una vez adquirida más o menos ésta, quise comprender mi otra circunstancia.

Inevitablemente, en ese doble proceso que me ha llevado a interesarme por el universo de la asistencia psiquiátrica, y que me ha conducido a convertirme en antropólogo, el mérito no es tanto de uno mismo como de lo que debe a la interacción con los demás, unas veces manifestada en forma de ayuda moral cuando llegan los tiempos duros, otras veces de información, otras veces de sugerencias o críticas, otras que derivan de la hostilidad que nos generan algunos y ante los cuales reaccionamos.

La idea inicial de que trabajase como antropólogo temas psiquiátricos me fue sugerida en 1973 por Claudi Esteva. Entre 1973 y 1982 trabajé en el *Instituto Mental de la Santa Creu* en Barcelona; hasta 1976, como psiquiatra, desde 1977 como antropólogo. En una primera etapa, que concluyó en 1979 con la presentación de una tesis en la E.H.E.S.S., me interesé sobre todo por el análisis de un conflicto en un manicomio contextualizado durante la crisis del tardofranquismo y el inicio de la Transición en Barcelona. El resultado no fue bueno, en parte porque esa investigación jugó un papel esencial en mi formación de antropólogo y se supeditó a ello, y porque carecía de una visión de conjunto de la problemática y me dejé tentar demasiado por las dimensiones etnográficas del conflicto.

Con todo, aquella experiencia ha sido fundamental para la definición posterior de «*La razón y la sinrazón*», hasta tal punto que la redacción de ésta pudo hacerse a partir de una serie de materiales parciales que derivaban del estudio del *Institut Mental*. Por ello, creo que debo extender los agradecimientos que podrían llenar varias páginas a cuantos me ayudaron en aquella época, especialmente a Josep Canals, Pere Bonet, Pilar Natali, Montse Boquer, Antonia Rodríguez, Carles Lupresti, Carme Albert, Rosa Cuyás, y al personal de la institución. También me beneficié de la inestimable ayuda de Miquel Casas y Enric Álvarez, de Carles Velat y de Delfí Abella. Del trabajo y de las entrevistas con todos ellos surgió mi interés por la historia de la asistencia psiquiátrica que me condujeron a los primeros borradores de este libro. Durante el tiempo de la realización de mi tesis sobre el Instituto Mental, he de agradecer a

Claude Veil su apoyo y su esfuerzo por comprender no sólo los problemas académicos que me planteaba la investigación, sino sobre todo por percibir los problemas personales en que me hallaba involucrado en busca de una nueva identidad profesional. A él y al seminario de Gorges Lanteri-Laura debo mi pasión posterior por la historia de la asistencia psiquiátrica.

El origen inmediato de este libro fue la preparación de una tesis de doctorado en Medicina bajo la dirección del profesor Carlos Ballús, que se avino en una circunstancia difícil a sumirla cuando ya estaba casi realizada, en una prueba de confianza y comprensión que he de agradecerle.

El objeto de esa tesis era explorar las relaciones entre el Estado y los psiquiatras en torno del problema global de la institucionalización del estado contemporáneo, y que tuvieron como punto de partida las investigaciones de Ignasi Terradas sobre la privatización de las incumbencias del Estado en el siglo XIX en Cataluña. En ese sentido mi deuda con Ignasi es enorme en tanto que de sus análisis y sus comentarios a algunas partes de este texto surgió la idea directriz del mismo. He de citar también la ayuda inestimable en esta época de Josep Danón, de Felip Cid y de Carmen Larrucea, esta última abriéndome los archivos del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*.

Pero sin duda ninguna, este libro es el fruto de las muy especiales características del Área de Antropología Social de Tarragona. Sin la amistad y la comprensión de Dolors Comas, Joan Prat, Joan Josep Pujadas, Oriol Romaní, Jordi Ferrus, Marta Allué, Serra París y Agustí Andreu, sin olvidar a los estudiantes y los postgraduados que han debido sufrir, no sé cuántas veces, reflexiones en voz alta sobre los problemas que me planteaba su elaboración. Pero, la responsabilidad última de que la tesis se convirtiera en libro fue el estímulo y las discusiones con Davydd Greenwood, al cual le agradezco muy en especial el que en un momento de depresión me incitase a escribirlo, y que aceptara prologarlo.

Pero no es suficiente escribirlo, es necesario también contar con la confianza de los editores, y en ese sentido debo agradecer el entusiasmo de Roberto Bergalli por el manuscrito que va a permitir culminar un tan largo proceso. En un momento en que parece que el interés por la psiquiatría remite y en que la edición universitaria en nuestro país se halla semiparalizada, uno no puede menos que saludar estas iniciativas y

agradecer asimismo al editor Joaniquet su esfuerzo y su comprensión.

Y al final, no quisiera sustraerme a mi circunstancia personal, porque incluso con los filtros y las reglas que impone la tradición académica, las virtudes y los defectos de las obras son sobre todo el fruto de la peripecia de uno mismo. Sobre todo cuando los temas que aborda le pertenecen y se remontan a influencias de muy atrás, cuando empecé a interesarme por la historia y las ciencias sociales. Y es por ello que he querido dedicarla a quien probablemente se la debo, y que sabrá reconocer tanto aquello que de ella tras tantos años le pertenece, como la confianza que me otorgó. Me refiero a Pere Ribera, director de la sección de bachillerato del Liceo Francés de Barcelona.

## 1. LA PSIQUIATRÍA Y EL ESTADO

*«a première vue, la folie n'aurait dû poser qu'un problème social mineur: (...). Pourtant les aliénés ont "bénéficié" de la première prise en charge systématique (...) sanctionnée par une loi qui anticipe de plus de cinquante années sur toute la législation sociale à venir»* (ROBERT CASTEL, 1976: 36-37).

### 1.1. COYUNTURAS GENERALES Y PARTICULARISMOS HISTÓRICOS

*«L'enfer, c'est les autres»* (SARTRE, *Huis Clos*, 1947).

El bajo nivel de calidad de la asistencia psiquiátrica en nuestro país es uno de los lugares comunes en las conversaciones sobre la asistencia sanitaria española. Suele afirmarse que tiene visos tercermundistas y que no se corresponde con el nivel de desarrollo socioeconómico de España, con su posición geopolítica o con su historia cultural.<sup>1</sup>

---

1. Existen muy pocos estudios de conjunto sobre la Psiquiatría en España. El mejor es el *reader* compilado por Manuel González de Chaves en 1980 a partir de las comunicaciones presentadas al XV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Aunque el conjunto tiene un desigual interés, efectúa un balance bastante completo de la situación de la asistencia, de las causas de la misma y de sus perspectivas de futuro. La documentación sobre este tema está recogida también en sendas publicaciones ya antiguas de González Duro (1975) y

En los últimos doscientos años, varios cientos de profesionales se han alzado contra este estado de cosas, pero hasta muy recientemente los medios de comunicación, las administraciones públicas e incluso amplios sectores de la población no se han hecho eco del mismo. En los últimos quince o veinte años esta progresiva toma de conciencia ha motivado cambios en la percepción social en relación a los enfermos mentales, a las instituciones y a los profesionales de la asistencia psiquiátrica.<sup>2</sup> Estos cambios han supuesto la aparición de movimientos críticos sobre las condiciones de la asistencia, la aparición de posturas y planteamientos reformistas, pero muy poco trabajo de investigación sobre las causas o las condiciones en que se ha producido el desarrollo y la evolución de la asistencia psiquiátrica durante ese período.<sup>3</sup> Por regla general, los distintos autores han estado más interesados en presentar modelos alternativos procedentes de experiencias foráneas, y destinados a hacer borrón y cuenta nueva de cuanto aquí existía, que por intentar averiguar el marco en el que se ha producido la aparición de la asistencia psiquiátrica y los obstáculos que han determinado y siguen determinando su desarrollo y evolución.<sup>4</sup>

El propósito de este libro va por este camino. No me inte-

Serigó (1975), pero que siguen siendo útiles como punto de referencia. Un análisis sociológico de la Psiquiatría en España está todavía por hacer, posiblemente porque las fuentes estadísticas en este campo no son fáciles de obtener. Una aproximación a la problemática puede verse en Amando de Miguel (1973).

2. Desde mediados de los años sesenta y hasta fines de los setenta, la Psiquiatría, y en general los temas psiquiátricos, gozaron de un interés creciente en distintos sectores de la sociedad española. El número de publicaciones aumentó notablemente y su presencia en los medios de comunicación social se producía con cierta regularidad. En los últimos tiempos parece haber disminuido.

3. Durante los años setenta menudearon las publicaciones críticas o de denuncia de la situación de la Psiquiatría en España. Contribuyó a ello el eco que le procuró la prensa progresista a los conflictos de aquellos años. Véase González Duro (1978), Álvarez y otros (1975), Corcés y otros (1978), Bugallo y otros (1978), González de Chaves (1978), García (1979), entre otros.

4. Esta tendencia que se ve reflejada en las obras citadas en la nota 3, más recientemente puede seguirse después de 1980 en la colección de la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* que aparece desde 1980 y es la única revista de Psiquiatría del país que encara de un modo dominante la problemática derivada de la reforma de la asistencia psiquiátrica, así como temas asistenciales.

resa *explicar*, en un sentido historiográfico, las causas de tal o tal otro acontecimiento de la historia de nuestra asistencia psiquiátrica sino tratar de *comprender* qué sentido tiene el conjunto de esa historia en el contexto de la historia contemporánea de nuestro país. Es decir, a la disertación erudita, construida a base de acumular datos, voy a oponer un análisis de conjunto tratando de extraer un hilo conductor que permita, aplicado a nuestra circunstancia actual, abordar con otras luces la situación actual de este sector.<sup>5</sup>

La distinción que hago entre *explicar* y *comprender* es importante. *Explicar* significa en lo fundamental intentar investigar causas y efectos en base a criterios que en mayor o menor medida pueden considerarse «objetivos». La *comprensión*, en cambio, se mueve en el terreno más resbaladizo por más «subjetivo» de los motivos, de las posibilidades, de las contextualizaciones que dan sentido a los hechos aunque no los expliquen totalmente (Terradas, 1985:6-7).<sup>6</sup>

5. Carecemos todavía de una historia general de la Psiquiatría en España. La historia general más antigua es el libro de Ullesperger (publicado en 1871), editada en castellano en 1954 con un prólogo de Vicente Peset (1954). A pesar de sus deficiencias técnicas e historiográficas es una fuente de primera mano para el siglo XIX. Más recientemente se han publicado dos monografías: la más importante es la tesis de Fernando Álvarez-Uría (1983) que efectúa un análisis penetrante de las relaciones entre la Psiquiatría y el Estado en España. Utiliza sobre todo fuentes madrileñas y por ello el tratamiento que hace de la periferia es convencional. Es un libro que introduce en España la metodología genealógica puesta en pie por Robert Castel y por la sociología histórica. El libro de Bernardo y Casas (1983) referido únicamente a Cataluña es un breve compendio bibliográfico que presenta algunos documentos interesantes pero fácilmente accesibles acerca de la Psiquiatría catalana hasta 1939. A pesar de que sus autores dicen haber utilizado entrevistas con supervivientes, los datos proceden sobre todo de documentación. En el libro hay errores de bulto y un nulo balance crítico de la documentación utilizada. El reciente libro de Klemens Dieckhöfer (1983) es una breve historia de la Psiquiatría española que se pierde por falta de rigor y por el recurso casi exclusivo a fuentes vinculadas a J. J. López Ibor. Parece como si su condición de extranjero y posiblemente su relación exclusiva con sectores muy concretos de la Psiquiatría española le hiciesen perder visión de conjunto, lo cual se traduce en afirmaciones muy peregrinas y carentes de base científica, como circunscribir *toda* la Psiquiatría española actual al conocido catedrático. Véanse, asimismo, Chamberlain (1966), Le Bow (1964), Ferrer y Hombravella (1948), Fuster (1961), Merenciano (1950), Ferrer (1948). Como obra de referencia es indispensable Laín Entralgo y otros (1971).

6. La discusión sobre el problema de la *comprensión* y la *explica-*

Al intentar abordar el estudio de un proceso general como es la evolución de la asistencia psiquiátrica en España desde el caso de Cataluña, me sitúo en el marco de lo *local* —utilizando *local* en oposición a *general*—, para *comprender*, que no *explicar*, un proceso general. Y del mismo modo, el caso *general*, es decir el español, es percibido como otro fenómeno *local* que contribuye a la comprensión de un proceso a su vez más general, como ha sido la implantación en los países occidentales de un modelo determinado de gestión de la asistencia a los enfermos mentales.

Escoger perspectivas más localizadas entra plenamente dentro de la tradición de lo que algunos llaman *Antropología histórica*, un campo en curso de definición que trata de conciliar la capacidad comprensiva de una Antropología nacida en torno al estudio de las formas particulares del discurso humano, y la capacidad explicativa de la historiografía. Es obvio que este tipo de postura, a caballo entre varias disciplinas, puede producir en el lector no azeado cierta perplejidad relativa a los modos como le son presentados los datos. Incluso puede parecer un procedimiento banalizador para aquellos historiadores más celosos de los datos y más escépticos ante la conjetura. Los mismos sujetos de la investigación, los psiquiatras, pueden percibirla erróneamente como un panfleto destinado a minar su prestigio profesional y su *status* social. No se trata de eso. La posición del antropólogo social ante la Psiquiatría no puede ser ni la del historiador, ni la del psiquiatra.<sup>7</sup> El antropólogo ha sido entrenado en técnicas que privilegian la comprensión y la empatía con sus sujetos de observación a través del trabajo de campo, y la capacidad de análisis que proporciona trabajar so-

ción está en Terradas (1985). Los antecedentes histórico están en la teoría sobre el estudio de casos que se remonta a la antropología de los años cincuenta (cfr. *Epstein*, 1967). La significación de los estudios locales y de los particularismos históricos la desarrolla Terradas en el estudio de una colonia industrial (1979) y en su reciente estudio sobre la masía en Cataluña y su significación (1984).

7. Según una afirmación de Sarró (1970), la Historia de la Psiquiatría únicamente podrían escribirla los psiquiatras porque son los únicos capaces de comprenderla. Según esto, los historiadores de la política habrían de ser los políticos. Sarró, de modo muy contradictorio con otras afirmaciones suyas, niega la interdisciplinariedad y con ello restringe la historia de la Psiquiatría a una forma de historia conmemorativista. Vale la pena contrastar sus afirmaciones con el lúcido artículo de V. Peset (1961).

bre discursos y sus contextos en unas condiciones en las que ni él ni sus informantes pueden permanecer ajenos el uno al otro. Por esta razón, cuando no trabaja en sociedades exóticas, según es costumbre, sino que lo hace sobre su propia sociedad se sumerge inevitablemente en un viaje a los infiernos de su realidad personal. Confrontado a algo que también le pertenece es inevitable que en su interpretación haya de deslizarse —y por tanto haya de ser tenida en cuenta—, una dosis importante de ambivalencia, y que el resultado final concilie la necesidad de transmitir una información, unos datos, unas interpretaciones a los demás con la de hacerlo para sí mismo.<sup>8</sup>

Vicente Peset (1961), en un artículo que hoy aparece como adelantado a su tiempo sobre las condiciones sobre las cuales habría que edificar una historia de la Psiquiatría en España, destacaba esa ambivalencia como historia de un saber y de una praxis que por su ubicación son ellas mismas ambiguas y engendran contradicciones y conflictos entre los profesionales. En su propuesta, Peset señalaba que no necesariamente había que responder según los criterios y los intereses de éstos, sino ubicando los problemas en contextos más amplios y comprensivos.

Esta es también mi posición: no negaré que como psiquiatra me aproximé a este campo por curiosidad profesional, para explicar en parte lagunas que enturbiaron la comprensión de mi propia praxis; tampoco negaré que la Antropología social me ha permitido ganar la distancia necesaria y me ha proporcionado los instrumentos para obtener respuestas a muchas de mis preguntas. Y aun añadiré que la reflexión sobre mi antigua profesión me ha proporcionado los medios para plantearme un camino semejante en relación con mi actual profesión (cfr. *Comelles y Prat*, 1988).

Entre 1973 y 1979 había trabajado en una investigación sobre un conflicto sociolaboral en un manicomio, examinando las relaciones entre los estamentos profesionales entre sí y entre ellos y los enfermos, el modo cómo el conflicto las sesgaba y cómo el conjunto de la institución se veía afectado por el mismo en relación con el contexto social en que se ubicaba (*Comelles*, 1979, 1984, 1986). La monografía que de ello resultó quedó a medio camino de sus objetivos iniciales porque no se articu-

8. El papel del antropólogo en su terreno ha sido descrito magistralmente por Lévi-Strauss (1955) en *Tristes trópicos*. Una reelaboración de este tema puede verse en Sperber (1982).



ló adecuadamente con las variables históricas que han determinado las peculiaridades de la asistencia psiquiátrica en España. El manicomio no podía estudiarse como un ente fuera del tiempo, o medio fuera de él. Era indispensable reescribir aquella monografía teniendo en cuenta esas variables, y para ello era necesario construir previamente un modelo general al que articular ese caso particular, ya que era necesario comprender no sólo las peculiaridades que había tenido el desarrollo de la asistencia psiquiátrica en Cataluña, sino entender también el caso de España dentro del concierto de las naciones avanzadas. Y no porque Cataluña pudiera ser postulada como el ejemplo a través del cual se infiriese el conjunto, sino porque precisamente el contraste entre el desarrollo particular de la Psiquiatría en Cataluña y en el resto del Estado es uno de los fenómenos que hacen del caso español un particularismo histórico, y qué justifica la falta de respuesta a preguntas como: ¿qué sentido puede tener el desarrollo atípico de este campo en Cataluña y el infradesarrollo en el resto del país? ¿Por qué España, que redacta la tercera constitución liberal del mundo no transforma ni adecua su estructura asistencial desarrollada durante la Ilustración en un equipamiento moderno? ¿Es acaso ese infradesarrollo el fruto de la oposición de curas y carcas o de poderes fácticos, o responde a motivaciones más profundas y más complejas?

Con cierta frecuencia se piensa que la evolución de las disciplinas que componen la ciencia contemporánea, y mucho más aquéllas que se refieren a las ciencias o a las técnicas aplicadas, están regidas por leyes casi cósmicas de progreso o de desarrollo a las que se someten los casos particulares. El grado de desarrollo económico o técnico se mediría, según este criterio, por la etapa que un país estuviese cruzando en un momento determinado. Estas etapas han sido establecidas en base a paradigmas pretendidamente universales, pero que han sido elaborados habitualmente a partir del caso británico o norteamericano. Esta visión unilineal del desarrollo es consecuencia de la hegemonía política y cultural del mundo anglosajón, y la pregunta que hemos de hacernos es si también en esos casos estamos ante una concatenación de variables determinadas por adaptaciones particulares. Si el caso anglosajón es un particular, aun cuando reconozcamos en él procesos similares a los que se han producido en otros países con cronologías distintas, ¿podremos acaso aceptarlo como paradigmático, o hemos de

deducir el paradigma de la comparación entre casos y de la inferencia posterior de leyes generales?<sup>9</sup>

El problema reside en el enfoque y en el significado que queremos atribuirle al estudio de lo microsocioal, de lo local. Éste sólo tiene un sentido si contribuye a que acrecentemos nuestra comprensión sobre las coyunturas generales en las que se asienta, pero no tanto como modelo o ejemplo del todo. El estudio microsocioal es sobre todo válido como forma de comprender a través de la complejidad, y la variedad de los fenómenos sociales particulares, los procesos que siguen las grandes transformaciones históricas. Inevitablemente, cuando analizamos un sector limitado de la vida social: una red institucional, una corporación profesional, un sector de actividad, estamos operando con un subsistema discreto de un sistema más amplio y complejo. El significado de ese subsistema no debe ser percibido como una función de los parámetros macrosociales, sino como una adaptación dialéctica a los mismos sesgada por variables encadenadas en procesos históricos generales y particulares, pero también vinculadas a variables como el aislamiento geográfico, el clima, las características estructurales de las redes sociales de los individuos que forman parte de ellas, e incluso el azar, entre otras. La comprensión de los procesos particulares, a su vez, no puede permanecer anclada en sí misma. Quedaríamos atrapados en una historia local sólo apta para locales, pero incapaz de contribuir al conocimiento general. Las vicisitudes locales son fundamentales para comprender cómo se perciben en el nivel microsocioal coyunturas generales y contextos específicos, y permiten comprender esas adaptaciones con el resto de variables. No voy a negar que los enfoques exclusivamente microsociales han tenido, a menudo, razonadas críticas, y tienen a veces mala imagen: la historia reciente de la Antropología es buena muestra de ello. Su crisis ha venido, precisamente, del cuestionamiento de unos métodos y unas técnicas que privilegiaban exclusivamente el estudio de unos escenarios limitados, aunque para ello hubiese que trazarles fronteras artificiales que pasaban por encima de una evidencia histórica que mostraba la interrelación entre los pueblos. Pero se

9. Véase, a este respecto, el *reader* de Kellenbenz y otros (1981), especialmente las aportaciones al mismo de Rondo Cameron y de Jacques Godechot.

hacía porque mediante ese tipo de delimitación del objeto de estudio se soslayaba el problema que suponía el análisis de la subjetividad del propio investigador, al suponer que la unidad de estudio existía en la realidad y que *no era* un artefacto metodológico.

¿Y por qué el antropólogo, y no el historiador o el psiquiatra hablando de sí mismo? Porque el papel del antropólogo en nuestra sociedad ha sido el de traductor de la sociedad primitiva a un lenguaje que fuera compatible con su destinatario, la sociedad occidental: ofrecía un discurso lleno de ambivalencias, que oscilaba entre un relativismo que buscaba presentar al *otro* al mismo nivel que los occidentales, al tiempo que permitía a éstos apuntalar una maltrecha identidad ofreciéndoles las claves de su diferencia respecto a esos otros. En los estudios locales, en el folklore de las sociedades avanzadas, por el contrario, el autor habla para *nosotros* desde el *nosotros* como un mecanismo esencial para *reforzar* las señas de identidad del colectivo. Pese a esa diferencia de posición, las consecuencias de ambos modos de hacer son parecidas: el antropólogo selecciona aquellos datos que refuerzan la dimensión idílica, la perfección formal de unas sociedades en las cuales las más de las veces no están presentes ni la enfermedad ni la muerte, y en la que se disimulan los desastrosos resultados del contacto intercultural. Pero esas sociedades se presentan tan *distintas* que no caben dudas sobre su posición inferior en relación a nosotros, y así podemos reafirmar por comparación nuestro grado de civilización. El erudito local que construye la biografía del prócer, la historia de su comunidad o de sus instituciones, evita aquello que pueda mancillar la memoria personal o colectiva, que pueda cuestionar la imagen que la colectividad tiene de sí misma. Con ello adopta consciente o inconscientemente la posición y la imagen presuntamente apolíneas de Jekyll disimulando con ello la figura dionisiaca e inquietante de Hyde. Pero Hyde está también en el propio investigador. Existe la tendencia en pensar que el científico es un notario fiel de la realidad más allá de cualquier sospecha. En aras de una técnica y un método supuestamente rigurosos puede pensar que puede liberarse de Hyde, legitimado por su posición social, de la misma manera que libera a sus sujetos de observación de los rasgos que estorban a la imagen que de ellos quiere presentar, de todo aquello que está detrás de sus fobias, de su bagaje social, de su clase, de sus bajezas, de sus apetitos. El investi-

gador se convierte en una especie de semidiós porque su imagen es la de alguien que carece de vida personal o porque se le supone capaz de disociar la una de la otra. Pero ni las ciencias naturales ni mucho menos las ciencias humanas escapan a esos condicionamientos ideológicos; mucho más en aquellos campos del saber en los que el contenido metafórico del objeto de estudio resulta ineludible.

¿Podemos pensar, acaso, en estudiar la asistencia psiquiátrica sin pensar en la significación que tiene la locura en la sociedad? ¿Podemos pensar en los psiquiatras como en unos seres desprovistos de sociabilidad, autómatas que se desgajan de su cultura cuando se sientan en sus despachos? O por el contrario hemos de percibir a los locos, a los psiquiatras, a la concepción que tenemos de la locura como personas o concepciones que pertenecen a sociedades históricas, en las que comparten creencias y símbolos. Si la sociedad teme a la locura, o teme a la muerte, ¿es ajeno ese temor a los profesionales que se hallan en contacto con ellas?

El abordaje que proponemos, acercarnos a unos fenómenos difícilmente aislables y que forman parte de nuestra propia vida, no está tampoco exento de crítica ni de peligros. Inevitablemente, hemos de apoyarnos en conjeturas y deducciones para llenar las lagunas que producen la complejidad y la imprecisión de los límites. Hay que recurrir a menudo al uso de conceptos tales como el miedo, la locura, la muerte, que no tienen definiciones operativas porque se manifiestan con significados en permanente transformación y sobre los que estamos siempre tentados de proyectar nuestra propia subjetividad. Pero es necesario asumir estos riesgos para poder abordar aquellas dimensiones de la vida social en las que las proyecciones de la subjetividad matizan con un grado extremo de variación las determinaciones económicas, sociales o políticas. El grado de indeterminación que ello supone, contra lo que han pretendido a menudo las posturas más reduccionistas en ciencias sociales, no es un obstáculo al abordaje de los problemas macrosociales. Es la garantía de comprender esos procesos desde la diversidad a través de la interpretación de los desajustes, de los desafíos a las leyes que parecen inmutables. En un libro reciente, Jorge Wagensberg señala que la ciencia suele proponer leyes por si la naturaleza se digna obedecerlas (1985:16). En el comportamiento social suelen ser los hombres quienes muchas veces de modo absolutamente consciente se proponen desafiar las

leyes sociales, las normas, los controles e inevitablemente generan otros que serán a su vez sistemáticamente cuestionados. Por ello no podemos entender lo microsocioal como una adaptación mecánica y mimética a lo macrosocioal, y al mismo tiempo no podemos comprender las grandes transformaciones de lo macrosocioal sin comprender los ajustes que se producen en el seno de las colectividades particulares.<sup>10</sup>

## 1.2. DISCIPLINAS Y PROFESIONES: LA INSERCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS PROCESOS ASISTENCIALES

«C'était bien lui, ce fou, cet insensé sublime» (GÉRARD DE NERVAL, *Les Chimères*):

La historia de la Psiquiatría se ha centrado, hasta hace pocos años, en aquellos aspectos que se refieren a la historia de las ideas psiquiátricas y a su transmisión. Con menor frecuencia en las condiciones de aparición de esas ideas, y en las *praxis* o los modelos de gestión de los llamados sucesivamente *locos*, *alienados* o *enfermos mentales*.<sup>11</sup> Las ideas pueden ser vehiculadas más o menos libremente, pero el paso a la acción, la *praxis*, no puede ser analizada sin situarla en contextos específicos y en coyunturas generales. La historia de las ideas compromete poco si no se efectúan juicios de valor e interpretacio-

nes que suelen ser mal vistos en los medios «científicos». La historia de las *praxis* pone en evidencia y cuestiona las dimensiones éticas y las contradicciones de los actores sociales. Es mucho más peligrosa políticamente.

En una sociedad de las características de la nuestra, cualquiera puede pensar sin otros condicionamientos que las determinaciones del inconsciente... mientras lo haga en privado. Siempre habrá quien descubra algún día unos manuscritos que puedan ser invocados como la prefiguración de tal o tal otra teoría. Otra cosa es que se plantee el estudio de qué sucede con estas ideas cuando se hacen públicas pero están en contradicción con las ideas dominantes en ese momento, o que se plantee el análisis o la adaptación a su contexto de las *praxis* vinculadas a esas ideas.<sup>12</sup> Los biógrafos de Thomas Alva Edison (y los *biopics* en los que Spencer Tracy le encarna), muestran al inventor bondadoso, pero ocultan su dimensión de empresario en un período de capitalismo salvaje contratando pistoleros para dominar su cuota de mercado. Cuántas y muy brillantes ideas han permanecido en anaqueles polvorientos, han sido aseptizadas o simplemente destruidas. Únicamente aquellas que podían ser articuladas con una *praxis* compatible con los intereses económicos y sociales del momento han podido insertarse en él y desarrollarse.

Voy a partir para desarrollar mis argumentos de una distinción harto radical entre *disciplina* y *profesión*: la primera como *corpus* sistemático de conocimientos sobre un campo determinado, la segunda como *praxis* reconocida socialmente que es susceptible de monopolizar legalmente ese campo en un país determinado y que cuenta con un aparato institucional que le permite la producción intelectual y la reproducción de profesionales. Si una disciplina puede desarrollarse al margen de su

10. Las claves de este debate las debo a Anthony Leeds (1981), Davyd Greenwood (1982), Ignasi Terradas (1984) y Jorge Wagensberg (1985).

11. La palabra *gestión* refleja con precisión la existencia de tareas encadenadas que constituyen procesos y en los que hay que tomar decisiones complejas entre alternativas múltiples. Este término, que es en cierta manera una traducción del *to manage* anglosajón, ha sido utilizado por Castel (1981), y, entre nosotros, por Allué (1985) y Comelles (1985, 1985a). En este libro utilizaré en un sentido muy próximo *gestión asistencial* y *proceso asistencial*. Al hablar de gestión me referiré más a la dimensión administrativa que al conjunto de actos que rodean el itinerario del *asistible* y que llamo *proceso asistencial* (1985, 1985a). Véase también nota 15.

12. Mi postura está muy influida por la obra de Foucault (1976, 1979), y en general por la sociología histórica (cfr. Castel, 1979, 1981). Los antropólogos no se han interesado demasiado por las profesiones contemporáneas pese a que han elaborado una rica literatura en torno a la micropolítica de los grupos corporados que han aplicado ocasionalmente al estudio de instituciones psiquiátricas (cfr. Stanton y Schwartz, 1954; Goffman, 1961; Rubenstein y Laswell, 1967). Un primer esbozo de este tipo de estudio lo he aplicado al estudio de los conflictos psiquiátricos españoles (1979, 1986) y al estudio del desarrollo de la profesión de antropólogo en España (Comelles y Prat, 1986). Véase también el uso que hace Canals aplicado a la profesión de enfermera (1984).

reconocimiento oficial, y como veremos en Psiquiatría es precoz en casi todas partes, el desarrollo de una profesión no puede disociarse del contexto histórico en el que ésta se produce.

En las sociedades liberal-capitalistas el desarrollo científico adopta la imagen de un proceso de institucionalización de las profesiones, que suele ir parejo al desarrollo económico e industrial. Ello incluye que los profesionales se agrupen corporativamente y ocupen o creen instituciones que sirvan a sus intereses formativos y profesionales. Incluye su articulación con las disciplinas científicas fundamentales, la de las instituciones con los saberes, el funcionamiento adecuado de la comunicación científica internacional, y la ubicación de la disciplina en un marco sociocultural y político que posibilite su permeabilidad hacia la sociedad (cfr. López Piñero, 1964).

El nacimiento, el desarrollo y la diversificación de las disciplinas superiores es el fruto de los cambios que han seguido a la Revolución Industrial y a la implantación del Estado liberal-capitalista. Los historiadores sociales han analizado la aparición de la figura del profesional a lo largo del siglo XVIII como fruto de la necesidad, por parte del estado de expertos capaces de ofrecer soluciones a problemas de gestión social, económica, política o jurídica<sup>13</sup> (cfr. Foucault y otros, 1979). Profesiones que, en la medida en que el Estado iba creciendo, disponían de campos cada vez más amplios y diversificados de actuación (cfr. Castel y otros, 1980): en una primera etapa el experto ofrecía soluciones basadas en sus conocimientos; en la segunda, adquiriría el monopolio sobre un espacio institucional que le permitía el desarrollo de su papel, la formación de nuevos expertos y aumentar los conocimientos sobre esa parcela de actividad; en una última etapa, los profesionales se organizaban en movimientos corporativos para defender sus intereses.

En el desarrollo de la Psiquiatría como disciplina y como profesión, hay que tener en cuenta su peculiar situación entre las ciencias biomédicas y las sociales. Probablemente, en la inclusión de la Psiquiatría en la Medicina han pesado más intereses corporativos o políticos que las características de los respectivos saberes. De ahí que a lo largo de su historia los psiquiatras hayan oscilado entre ambos polos según las épocas, sin llegar a identificarse plenamente con ninguno de ellos.

13. Sobre la *necesidad del otro*, vg.: Lévi-Strauss (1955), Gauchet y Swain (1980), Leach (1970, 1980), Comelles (1981), Peset (1983).

Esta posición responde a una lógica histórica. La Psiquiatría, asociada al desarrollo de un discurso sobre la locura que identifica a ésta con la enfermedad, es hija de la Ilustración, cuando por el contrario el origen de la Medicina contemporánea enlaza con una trayectoria secular. Es la inclusión corporativa de los psiquiatras dentro de la Medicina, a través de la identificación entre locura y enfermedad, que les hace médicos, pese a que su discurso se aleje sustancialmente del que manejan o elaboran sus colegas, y de que su práctica se vincule a una institución —el manicomio— tan absolutamente específica que para descubrir la disciplina que en ella se aplicaba se acuñó en el siglo XIX el término «ciencia especial».

La ambigüedad del saber psiquiátrico es en buena medida la consecuencia de su proximidad al de aquellas disciplinas, que también durante la Ilustración se atribuyen como objetos de estudio categorías muy bien definidas de personas a las que se postura como *diferentes*, y que se proponen establecer las bases de la *normalidad* a partir, precisamente, de la caracterización científica de aquello que es *distinto* (cfr. Comelles, 1981a). Los *locos*, los *criminales*, los *salvajes*, los *marginados* se convierten en objetos de estudio autónomos. Se les confina o se les observa en terrenos de observación en los que constituyen especie homogéneas: la *tribu*, la *reserva*, el *manicomio* o la *penitenciaria* y en ellos a partir de una descripción clínico-entomológica se describen sus rasgos diferenciales, y se construyen taxonomías clasificatorias.<sup>14</sup>

En el terreno de la caracterización científica de los locos, llamados eufemísticamente *alienados* u *orates*, los psiquiatras ocupan el lugar de los expertos que pueden engendrar un discurso administrativamente pertinente acerca de su reubicación en el nuevo modelo de sociedad que se está creando, a partir de una tarea previa de clasificación destinada a establecer, con la mayor precisión posible, los límites entre la locura y la normalidad.

En toda lógica, este papel administrativo del psiquiatra debe corresponderse con los patrones de desarrollo específico de la administración en los distintos Estados. Las historias nacio-

14. Este modelo, emparentado con el desarrollado por Álvarez-Uribe (1983), puede aplicarse al desarrollo de la Antropología, cuyas concomitancias con la Psiquiatría son bastante obvias, vg.: Peset (1983), Comelles (1981, 1986).



nales de la Psiquiatría nos muestran posiciones muy diversas de los profesionales en cada uno de ellos. Suelen compartir un *status* hegemónico en los dispositivos asistenciales destinados a gestionar una amplia serie de situaciones sociales, que van desde la profilaxis de las toxicomanías a la planificación familiar, pasando por el *counseling* en problemas sociales de inadaptación y por la terapéutica de los trastornos psicóticos. A esta situación, cuya expansión ha motivado el que se acuñe la noción de *psiquiatrización*, se ha llegado tras profundos ajustes desde un estadio inicial en que el psiquiatra se ocupaba casi exclusivamente de la detección, clasificación y custodia de enfermos monomaniacos.

Este modelo resulta difícil aplicarlo a España, ya que la *psiquiatrización* se manifiesta de modo mucho más reducido que en los demás países occidentales, y la imagen del psiquiatra sigue muy vinculada a la del *loquero*, a la del *médico de los locos*, que ejerce fundamentalmente en un manicomio.

El objeto de este libro es tratar de comprender las razones que se ocultan tras esa situación. Parte de la idea que el modelo de sociedad y de Estado edificados en España tras la caída del Antiguo Régimen, no se dieron las condiciones para que la Psiquiatría ocupase el lugar que en teoría le correspondería por comparación con los modelos específicos de algunos de los países occidentales, es decir, el de un discurso sobre la diferencia, y el de una *praxis* que asegure una gestión políticamente adecuada de la misma.

Por regla general, la gestión de las distintas categorías de *otros* puede encomendarse unas veces a los poderes públicos, otras a la iniciativa privada, y aun en muchos casos adoptar formas mixtas o complementarias de gestión. En general, la gestión pública de los sectores de asistencia social que se refieren a las categorías más extremas de *otros* (locos, salvajes o criminales y pervertidos), suele estar separada de la gestión particular, porque en el Estado moderno abroga de la jurisdicción privada, característica del Antiguo Régimen, porque es muy difícilmente controlable desde los poderes públicos. Rota la estructura feudal es imposible mantener los conflictos que puedan provocar graves problemas sociales en la única esfera de la gestión familiar o vecinal. De ahí la aparición de profesiones cada vez más diferenciadas y de instituciones cada vez más complejas para la gestión, y que van desde la construcción de

redes de instituciones que cubren el territorio del Estado hasta la creación de cuerpos policiales de ámbito estatal.

En el caso de España, me interesa comprender por qué si bien los psiquiatras españoles hablan, sin tanto retraso como se ha pretendido en ocasiones, de lo mismo que sus colegas de Europa o de América, no son en cambio capaces de alcanzar el *status* que esos mismos colegas tienen en sus países de origen, ni consiguen edificar un aparato de asistencia psiquiátrica comparable al de cualquiera de ellos.

Para hacerlo no voy a partir de un análisis exhaustivo de los factores causales, sino del examen de una serie de casos particulares, de situaciones que ilustran desajustes en relación a los modelos de evolución y desarrollo de la asistencia psiquiátrica que han sido descritos en Francia, Gran Bretaña o los Estados Unidos. Para ello es indispensable combinar tres tipos de instancias: dos de ellas macrosociales, la otra microsociales. La primera se refiere a la coyuntura general, es decir, la construcción del capitalismo; la segunda, a la dimensión que adquiere la Psiquiatría en relación al Estado, como pieza de esa construcción. Lo microsociales viene caracterizado por el significado del *loco*, del *alienado* o del *enfermo mental*, en las distintas sociedades como expresiones que traducen metafóricamente la existencia de discursos alternativos sobre esa condición humana.

En segundo lugar, la propia consideración del loco como enfermo y, por tanto, como individuo susceptible de ser incluido en un *proceso asistencial*, implica el establecimiento de procedimientos idiosincráticos de evaluación y diagnóstico que no corresponden únicamente a los profesionales, sino también al conjunto de la sociedad.<sup>15</sup> Aun en aquellos períodos en los que los alienistas reclamaban para sí exclusividad en la gestión de los locos, habían de asumir la posibilidad de la gestión doméstica de los mismos (cfr. *Álvarez Uría*, 1983:105-110). La condición de *asistibilidad* del loco no ha sido nunca un pasaporte hacia el manicomio, sino por el contrario la actualización

15. El desarrollo de las nociones de *proceso asistencial*, *asistencia*, *asistible* y *asistibilidad* las he desarrollado en otro lugar (1981, 1982, 1985a, 1985b). Están influenciados por el concepto de *carrera moral* elaborado por Goffman (1961) y por los más recientes *help-seeking process* (Chrisman, 1977) y de *health care system* (Kleinman, 1980). Para una presentación general de estos conceptos y tendencias, véanse Young (1982) y Comelles (1987).

de caminos asistenciales diversos, vinculados al significado que la sociedad atribuye a los distintos trastornos psicopatológicos. En el Estado moderno, los particulares habrían de delegar en el perito esas decisiones, pero la realidad es muy otra a pesar del creciente intervencionismo de los psiquiatras. En un mundo presidido por la razón, la sinrazón no habría de tener lugar, mucho menos cuando los límites entre la una y la otra se difuminan peligrosamente y se presenta a ésta como la fuente de las perturbaciones sociales. La caracterización precisa de la sinrazón es, por tanto, la mejor garantía para evitar esa ambigüedad, pero debe poder ser ejercida por el conjunto de la población y no únicamente por los profesionales. Si la locura y el loco son presentados metafóricamente como agentes contaminantes como consecuencia de su ambiguo *status* científico, podemos preguntarnos si a esa metáfora se ha respondido del mismo en distintas circunstancias históricas, y si la sinrazón produjo el mismo efecto entre los intelectuales ilustrados, o entre los campesinos pobres de las Españas anclados en sistemas de creencias y en prácticas centradas razonablemente, y he ahí la paradoja, en lo irracional.<sup>16</sup>

### 1.3. PSIQUIATRÍA Y DESARROLLO DEL ESTADO EN LA SOCIEDAD CONTEMPORÁNEA<sup>17</sup>

«Si el manicomio ha triunfado hoy de la superstición, la ciencia frenopática debe ser vencedora mañana de las preocupaciones sociales: debe guiar y corregir la humanidad desde la infancia.» (CARLOS RONQUILLO, 1883, *Primer Certamen Frenopático Español*.)

16. La necesidad de un discurso sobre el *otro* sería una consecuencia de una sociedad que en virtud de los principios del liberalismo, y en especial de la noción de igualdad jurídica, pierde muchas de sus señas y referencias de identidad. Véase Peset (1983), Gauchet y Swain (1980), Comelles (1981) y Leach (1970, 1980).

17. Una primera versión de este capítulo fue presentada en el *Seminario de Historia de la Psiquiatría* que se celebró en Valencia en abril de 1984. Con algunas modificaciones ha sido publicado recientemente (Comelles, 1985c).

La influencia directa o indirecta de los profesionales de la Psiquiatría sobre el conjunto de la sociedad, es un fenómeno irreversible en múltiples ámbitos de la vida social, y es percibido como un rasgo más del progreso, fruto de la complejidad creciente de la vida contemporánea, y consecuencia lógica de la intervención aparentemente irreversible de la ciencia y la tecnología en nuestra cotidianeidad.

Si hace años esta imagen, en buena medida idílica, podía ser presentada como hegemónica; en los últimos años voces cualificadas la han cuestionado y han demostrado como no era una simple consecuencia mecánica de la influencia de la ciencia, sino algo mucho más complejo. Lo demuestra el que se abandonan alternativas *a priori* tan viables como las que se eligieron, y que lejos de tratarse de un fenómeno inevitable, fruto de la lógica de los adelantos científicos, ese progreso era consecuencia de procesos de articulación ideológica, de opciones políticas y de su intervención en el desarrollo de técnicas y modelos de control social.<sup>18</sup>

¿Por qué, podemos preguntarnos, con muchos otros, movieron a tan grande y rápida intervención unos pocos millares de locas, cuando la atención a los vagabundos, a los enfermos en general, a los analfabetos no fue ni mucho menos tan precoz? ¿Por qué razón una sociedad como la nuestra ha tenido ese especial prurito por intervenir sobre los locos?<sup>19</sup>

Hasta principios de los años sesenta no existió un gran interés fuera de los círculos profesionales en relación con la problemática de la asistencia psiquiátrica. En algunos países una cierta cultura psiquiátrico-psicológica había impregnado cier-

18. El estímulo a estas investigaciones nació de la polémica que engendró entre historiadores, historiadores de la medicina y psiquiatras, la publicación de Michel Foucault de su clásico *Histoire de la folie* (1961). En Francia son de destacar posteriormente las aportaciones del propio Foucault (1976), Foucault y otros (1979), Castel (1971, 1976, 1981), F. Castel y otros (1980), así como las de Lantéri-Laura (1972, 1979), Lamarche Vidal y Préli (1978), Gauchet y Swain (1980), Charuty (1985), Ripa (1986), entre muchas otras. En los Estados Unidos, Rothman (1971), Grob (1966, 1973, 1982), Rosen (1974). En Gran Bretaña, Parry Jones (1972), Skultans (1979) y Scull (1979, 1981), Ignatieff (1978) y Digby (1985).

19. En Francia, la ley de 1838 precede en cincuenta años a la legislación escolar de la III República y es anterior también a las disposiciones en relación con la pobreza, la orfandad y la viudedad (cf. Castel, 1976).

tos sectores de la sociedad y el Psicoanálisis tuvo una influencia asistencial e ideología evidente en Francia y los Estados Unidos desde los años diez (cfr. *Castel*, 1971; *Castel, F. y otros*, 1979). Para su popularización incipiente hay que esperar a los años cuarenta, pero sin duda su difusión generalizada no se produce sino durante los sesenta cuando los locos y la locura, los hospitales psiquiátricos y los psiquiatras se convirtieron en temas relativamente prodigados en los medios de comunicación social: en parte, por el desarrollo de dispositivos de atención comunitaria susceptibles de intervenir en algunos campos de la vida cotidiana que habían estado anteriormente gestionados en la esfera doméstica; en parte, por los avances de la psicofarmacología que ponían al alcance de la población fármacos susceptibles de un uso más o menos cotidiano y sin aparentes riesgos.<sup>20</sup>

Desde otro punto de vista, los tópicos relativos a la Psiquiatría en general recibieron la tención de científicos sociales porque ofrecían posibilidades de trabajo interdisciplinario. Posiblemente fueron los libros clásicos de Michel Foucault (1961) y de Erving Goffman (1961), aquellos que han tenido mayor influencia en la investigación, y en el interés por este campo.

Los autores que se han ocupado del tema han ido esclareciendo las condiciones de aparición durante la Ilustración, de un discurso específico sobre la locura cuyas raíces se encontrarían en el Renacimiento, y que dio lugar a un proyecto utópico-filantrópico de gestión de esos locos, basado en la manipulación terapéutica institucional de los mismos que se llamo

20. Puede rastrearse esta influencia en la existencia de un subgénero cinematográfico sobre «locura y manicomios». Desde los años cincuenta se han producido varias películas sobre el mundo manicomial: «Shock corridor», de Fuller (1983); «La tête contre les murs» (1959), de Franju, que más adelante se convierten en historias de enfermos mentales; «Lilith», de Rossen (1964); «David & Liza» (1964), de Perry, y más tarde actúa como demostración de los principios de la antipsiquiatría «L'ospite» (1972), de Liliana Cavani; «Family Life», de Kenneth Loach (1974), o «Matti da slegare» (1975), de Bellocchio. También se utilizó el manicomio en clave simbólica en «Alguien voló sobre el nido del cuco», de Milos Forman (1974). No hay que olvidar tampoco las películas sobre tema psicológico-psiquiátrico, desde «Recuerda» y «Psicosis», de Hitchcock, hasta la larga serie de historia de terror sobre psicópatas asesinos que han seguido a esta última, y de las cuales quizá las mejores hayan sido «El estrangulador de Boston», de Fleischer, y «El estrangulador de Rillington Place», de Preminger.

*tratamiento moral*. Muestran cómo ese proyecto es el que mejor pudo articularse con su época, y cómo su desarrollo posterior estuvo relacionado con la capacidad de los alienistas en ofrecer una lectura política de su *praxis* asistencial y en asumir el monopolio de la gestión sobre la locura. Ponen, asimismo, de manifiesto la íntima correlación que existe entre ese nivel de desarrollo y el crecimiento del Estado liberal-capitalista en los países europeos, percibiendo aquél como una esfera más, aunque sea particularmente significativa de la presencia de éste en la vida social.<sup>21</sup>

De una manera convencional, la influencia del Estado en la vida social de los países capitalistas puede dividirse en cinco períodos. En una primera etapa de naturaleza revolucionaria, el papel del Estado queda bien diferenciado de la esfera del negocio privado. La función de aquél es la de asegurar la paz y libertad de las transacciones entre particulares, la integración y la paz del mercado, el orden público, y la libre circulación de mercancías. Suponía destruir todas aquellas trabas que existían durante el Antiguo Régimen y que limitaban la circulación de mano de obra y la liberación de las fuerzas productivas. La acción revolucionaria supuso la desamortización de los bienes de la Iglesia y de las Obras Pías, pero también de los bienes comunales entre los que se incluía el patrimonio de las instituciones de asistencia benéfica. En el nuevo orden de cosas, el Estado asumía la tutela de las instituciones de beneficencia como una de sus competencias fundamentales.

Una segunda etapa corresponde al maquinismo y a la expansión imperial. Dio lugar a crecimiento demográfico, trasvases brutales de población, elevados niveles de conflictividad social y condiciones de vida infrahumanas para amplios sectores de la población. El Estado incrementó su intervención en múltiples sectores de la vida social, en la construcción de infraestructuras, en la gestión de servicios sociales que tenían que ver

21. En otro lugar he desarrollado una clasificación de estas orientaciones (cfr. *Comelles*, 1981a). Un primer grupo se refería a la historia de las ideas sobre la locura, como un fenómeno social sometido a cambios históricos y en el que se apreciaba un viraje muy claro con la eclosión del Pensamiento Ilustrado (cfr. *Foucault*, 1976; *Skultans*, 1979; *Gauchet y Swain*, 1980). Una segunda orientación incide mucho más en la dimensión política de la asistencia psiquiátrica y sus relaciones con la toma del poder por la burguesía y con el desarrollo del capitalismo (*Lamarche Vadel y Préli*, 1978; *Castel*, 1976, 1971, 1981, y *Castel y otros*, 1979).

directa o indirectamente con el orden público: lucha contra las epidemias, acción higiénico-sanitaria, control de la asistencia benéfica, operaciones urbanísticas, establecimiento de sistemas de enseñanza públicos. Al mismo tiempo frenaba las reivindicaciones sociales.

Una tercera etapa se inicia con la crisis de 1917, y termina con la Segunda Guerra Mundial. Es un período de transición durante el cual el modelo de Estado decimonónico debe adecuarse a una nueva correlación de fuerzas entre las clases que detentan el poder y las clases populares: de ahí las experiencias de modelos de intervención comunitaria que se pusieron en marcha en los países democráticos, pero que estuvieron presentes también en las experiencias colectivistas de la URSS o en las actuaciones de los regímenes fascistas en Italia o Alemania.

Tras la Segunda Guerra Mundial se produce un fuerte incremento de la intervención del Estado en la vida social, como consecuencia de la aplicación de los modelos económicos propuestos por Keynes y sus discípulos, y que se ajustaban a un período de enorme crecimiento económico en los países occidentales. Los gastos del Estado crecieron en proporción geométrica en torno a las políticas de bienestar social.

Este crecimiento se puso en entredicho a partir de la crisis del petróleo de 1973. En distintos Estados, a partir de esa fecha, se asiste a una revisión de los principios de economía política inspirados por el modelo keynesiano. En una coyuntura de crisis de la producción y, por tanto, de reducción de ingresos del Estado y de crecimiento de su déficit, algunos economistas y políticos propugnan un retorno a los modos del liberalismo de finales del siglo XVIII, es decir, al desmantelamiento del aparato estatal de asistencia social, a la desaparición o a una fuerte limitación de su papel como agente económico, a políticas de privatización del sector público y a actuaciones tendentes a recortar los gastos de inversión. En el campo de los servicios sociales, atezados por los déficits de las respectivas cajas y tesorerías de los sistemas de la Seguridad Social, entran en crisis los modelos de actuación *a toda la población* que habían caracterizado la etapa del Estado del bienestar. Se proponen reajustes en la distribución de los fondos que se enfocan ya no de manera general, sino dirigidos a aquellos grupos de población que parecen representar el mayor grado de peligrosidad, los llamados grupos de alto riesgo (cfr. Castel, 1981).

Con este esquema no he pretendido otras cosas que establecer de modo sintético el ciclo de la coyuntura económica, sin entrar en la interpretación de las causas de tales transformaciones del sistema capitalista. Posiblemente, tal y como aquí ha sido descrito este proceso no se ha dado en ningún país, pero al mismo tiempo sus rasgos, con cronologías distintas, son reconocibles en los países occidentales. Tampoco he entrado en las causas de estos procesos porque nos alejarían sustancialmente, por su condición macroeconómica, de la problemática de la asistencia psiquiátrica. Baste destacar como puntos de referencia el proceso de internacionalización y de interdependencia de los sistemas económicos, las crisis coloniales y la descolonización, el impacto de la implantación del socialismo en algunos países y como no, el proceso de endeudamiento de la mayor parte de países del Tercer Mundo.

Resulta sugestivo hacer corresponder a este esquema, los cambios que ha sufrido la asistencia psiquiátrica a lo largo de estas etapas.

Los modelos contemporáneos de asistencia a la locura, es decir, lo que es gestión clínico-médica de la misma, nacen en el siglo XVIII. Foucault (1961) y Macdonald (1984), entre otros han analizado el modelo anterior para que volvamos sobre ello. Baste señalar que la Ilustración convirtió al loco en enfermo, y con ello lo sacó de las manos del carcelero para ponerlo en las del médico. Considerar al loco como enfermo implicaba una definición *médica* de la locura, y el establecimiento de un *modelo médico de gestión* de la misma que no podía ser únicamente el encierro, sino algún tipo de medida terapéutico-rehabilitadora, en instituciones específicas.

Estas medidas habían de inscribirse en un modelo ideológico que permitiese elaborar una *praxis* que condujese al enfermo a un proceso de reeducación, de base pedagógica. Es lo que suele conocerse como *tratamiento moral*, y que deriva de los proyectos de Bentham (1981) y de los filántropos del siglo XVIII, así como de las experiencias de Tuke, Pinel y de Esquirol. El *tratamiento moral* implicaba reeducación, tutela y protección asegurada por el Estado a través de los alienistas que actuaban como sus agentes.<sup>22</sup> El loco debía ser excluido del mundo, como individuo incapaz de entrar en el juego contrac-

22. Sobre el tratamiento moral en España, véanse Pi i Molist (1860), Espinosa (1966) y Alvarez-Uría (1983).



tual en que se basaba el modelo liberal; pero como ciudadano enfermo debía ser protegido de él mismo, y de los demás al mismo tiempo en que debía protegerse a los demás de él. Esta tutela únicamente podía ejercerla el Estado. El dispositivo de asistencia benéfica, que incluía la tutela de la locura, fue asumido por él como competencia exclusiva, aunque cediendo su gestión a los profesionales, que aparecen como una instancia reformadora en relación a los modelos de gestión del Antiguo Régimen.<sup>23</sup>

El modelo *moral*, incardinado en una visión filantrópica y optimista de la ciencia capaz de conseguir la felicidad de la humanidad, tardó mucho en implantarse. El modelo liberal de Estado hubo de luchar contra la persistencia del absolutismo, y salvo en algunos países, como Norteamérica o la Gran Bretaña no se consolidó hasta mediados de siglo. De ahí que los manicomios inspirados por este modelo no se construyeran en el período de su máxima efervescencia teórica, sino a partir de mediados del siglo XIX. La aplicación limitada del modelo moral mostró sus debilidades cuando se incrementó el número de personas susceptibles de internamiento, y a medida que los alienistas comprobaban que un porcentaje mayoritario de los internados eran incurables.<sup>24</sup> La presión social, los grandes mo-

23. Existe una polémica entre historiadores sobre si el dispositivo institucional decimonónico era una instancia humanitaria o de control. Vg. Scull (1981). Esta polémica se da en Francia, entre Lantéri-Laura (1972) y Castel (1976). Lantéri-Laura (1972) y Rothman (1971) están de acuerdo con el carácter revolucionario de las nuevas prácticas morales. Castel, en cambio, rechaza esta postura porque la represión estaba igualmente presente en los manicomios modelo. Entiendo que esta crítica de Castel es algo demagógica por cuanto la innovación no estaba en la *praxis* sino en el replanteamiento de las relaciones entre la locura y la sociedad a través de la intervención de un experto que la convertía en enfermedad, y unas instituciones que se proponían una terapéutica. La práctica concreta en las instituciones no puede evaluarse en modo absoluto sino en relación al contexto o a los antecedentes.

24. Este segundo período únicamente puede calificarse como *custodial* con reservas. No es tanto una delimitación temporal como un modelo de praxis atemporal, y que subsiste todavía en mayor o menor grado en buena parte de instituciones de reclusión. La mejor descripción del custodialismo está en Goffman (1961). Sobre el tránsito al custodialismo es indispensable Rothman (1971), y resulta útil Lamarche-Vadel y Préli (1978). Véase también Murard y Furquet (1975), Frémerville (1978) y el reciente libro de Yannick Ripa (1986) sobre la situación de las mujeres en el manicomio del siglo XIX.

vimientos de la población que tuvieron lugar durante el siglo XIX al socaire de la industrialización engendraron nuevos tipos de desórdenes que se presentaban como atentados directos al orden público, como el alcoholismo y sus secuelas degeneradoras.<sup>25</sup> De ahí que desde mediados del siglo XIX el inicial optimismo terapéutico de los padres del tratamiento moral se convirtió en un fuerte escepticismo en relación a la terapéutica que dio lugar a que el único significado del internamiento fuese la reclusión y que el principal interés de la misma no fuese la curación, sino la posibilidad de utilizar al internado como objeto de observación clínica (cfr. Lantéri-Laura, 1972).<sup>26</sup>

El papel del Estado en este período se encaminaba a construir o consolidar una red de instituciones de titularidad pública o semipública (según los países), que permitiesen ubicar a los alienados, inspiradas todavía por los principios del tratamientos moral, pero construidas cuando los alienistas ya no creían en sus virtudes terapéuticas. En esas condiciones, las administraciones públicas, que precisaban grandes inversiones para su construcción trataron de disminuir los costes de mantenimiento y cuestionaron la praxis sugerida por los alienistas: se hacinó a los enfermos por encima de los máximos previstos en los proyectos de construcción, se contrató personal de nula cualificación y se desarrollaron formas de explotación de los internados derivadas de las aparentes ventajas que ciertas tareas productivas parecían aportar a la rehabilitación.<sup>27</sup>

Los alienistas aceptaron esas condiciones porque les procuraban indudables ventajas: el control indiscutido de los centros, la posibilidad de un escaso control de su gestión en asi-

25. Sobre el proceso de alcoholización y la construcción histórico-social del alcoholismo en la Europa del siglo XIX es particularmente útil Menéndez (1985).

26. El cambio de coyuntura se halla perfectamente ilustrado por la política seguida por el barón Haussmann durante el Segundo Imperio en Francia (cfr. Lamarche Vadel y Préli, 1978). Distinguía entre la instalación de *unidades de observación* para casos agudos en las grandes ciudades, y el establecimiento de manicomios para crónicos en el campo. Sobre la situación de los manicomios en el siglo XIX, véanse las monografías de Giordana Charuty (1984), sobre un manicomio privado departamental en el Sur de Francia, o el estudio de Ann Digby (1985) sobre el *York Retreat*. Asimismo, puede consultarse también Parry-Jones (1972) o Scull (1979).

27. Sobre la explotación económica de los manicomios, véanse Donzelot (1981), Lantéri-Laura (1972), Comelles (1980), Charuty (1985).

los ubicados en general en el campo y alejados de las ciudades, el disponer de grandes masas de pacientes para la observación clínico-psicopatológica. Como contrapartida, el manicomio de la segunda mitad del siglo XIX era una institución aislada del mundo y muy alejada de las posibilidades de promoción e intervención social, que suponía para un médico la vida en la ciudad. De ahí que a lo largo de este período muchos alienistas cuestionasen la separación *de facto* que existía entre Medicina y «ciencia especial». Buscaron una aproximación a sus colegas médicos a través de la elaboración de un discurso de carácter anatomo-clínico que se alejaba de los postulados sociológicos que habían caracterizado la edad de oro del tratamiento moral.

Pero el cambio más sustancial en este período consiste en la aparición de un nuevo ámbito de gestión en la asistencia psiquiátrica: el que corresponde a aquellos trastornos afectivos y personales relacionados con las condiciones de vida y de relación social. Para éstos el espacio natural de su gestión es el dispensario, el consultorio o el dispositivo exterior. Entre ellos se sitúa un problema clásico del siglo XIX como el alcoholismo, pero también los trastornos tenuróticos, las depresiones o las adicciones a fármacos. Son aquellos campos sobre cuya cotidianeidad llamarán la atención Freud y los psicoanalistas, y que constituirán lo que algunos han llamado la *segunda revolución psiquiátrica*.<sup>28</sup>

Desde principios del siglo XX, se inician en Europa y en Norteamérica una serie de experiencias propiciadas en gran parte por el impacto del psicoanálisis y por el desarrollo de la epidemiología psiquiátrica, que suponen la ampliación de los servicios psiquiátricos a problemas comportamentales de la vida cotidiana. Enlazan con el desarrollo del movimiento mutualista entre las clases populares, como acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de la población, entre ellas la higiene mental, así como el conjunto de problemas que había producido la nueva sociedad nacida de la industrialización. Este proceso, que se inicia solapadamente en el primer tercio del siglo, dará lugar a partir de la Segunda Guerra Mundial a la generalización de la asistencia psiquiátrica a las distintas capas de la población.<sup>29</sup>

28. Sobre esta segunda revolución y sus implicaciones sociopolíticas resultan indispensables Castel (1971) y Castel y otros (1979).

29. Véase Castel y otros (1979), Comelles y otros (1981) y González de Chaves y otros (1980).

Esta transición indujo un cambio en la actitud de la población en relación con la noción de trastorno mental. Ésta, inicialmente, incluye una concepción del loco asociada a la idea de internamiento y con un contenido metafórico muy importante, que sustituyó al horror a la tuberculosis o la sífilis, y un segundo tipo de trastornos que componen un campo mal delimitado que unos llaman *enfermedades de los nervios*, o *desórdenes psicológicos*, cuyos límites en relación con la situación de salud son imprecisos, pero que son percibidos como consecuencias inevitables de la vida moderna.<sup>30</sup> El psiquiatra, el psicólogo, y en general los distintos profesionales que trabajan sobre ellos se convierten en una especie de ingenieros de la conducta, cuyo papel es interpretado por unos como la transformación del rol que jugaban en otras épocas los directores espirituales, y para otros como el de unos expertos en la resolución de conflictos humanos, agentes de una nueva forma sutil y sofisticada de control social (cfr. Castel, 1979, 1981).

Son estos trastornos y su modelo de gestión los responsables de la aparición de un conjunto complejo de dispositivos de atención «a pie de obra» que han modificado sustancialmente no sólo los procesos asistenciales de las personas que los padecen, sino también los procedimientos de detección y clasificación de los mismos por los propios pacientes, por sus deudos o por su red social. Ha provocado en los países de la CEE, en Estados Unidos y en menor medida en nuestro país, un crecimiento enorme del consumo de servicios psiquiátricos, de los procedimientos de intensificación psicológica y del consumo y uso de sustancias psicotropas.<sup>31</sup>

Sin embargo, los desarrollos tecnológicos en el campo de la Psiquiatría que se vienen realizando desde finales de los años sesenta: desarrollo de neurolepticos, antidepresivos y tranquilizantes, la implantación de técnicas de modificación de conducta operativas, indican un progresivo cambio de óptica que se ajusta a las políticas neoliberales de contención del gasto sanitario, y suponen la liquidación de un ciclo histórico en ma-

30. En esta delimitación interviene la interacción entre el conjunto de actores sociales que establecen un campo de *saberes* que no se corresponde exactamente con la ideología (teoría) médica, ni con las reglas de la praxis.

31. Véase para un análisis de conjunto Castel (1981). Para un caso específico en España de tránsito a las nuevas formas de asistencia intensiva, véase Comelles (1986).

teria de asistencia psiquiátrica y de concepción del papel de la locura y del psiquiatra. Castel (1981:199), señala que las principales direcciones a que apunta el nuevo reparto de papeles serían un retorno al objetivismo médico y al positivismo científico; la promoción de nuevas técnicas de gestión de las poblaciones problemáticas o de alto riesgo (es decir, de aquellos que plantean problemas a los responsables del orden social e ideológico); y el desarrollo de técnicas de intensificación psicológica más allá de la separación entre lo normal y lo patológico.<sup>32</sup>

Frente a los modelos de gestión basados en criterios de apoyo, de *counseling* o de protección, se fomentaría un modelo de relación mucho más *intervencionista* y medicalizado, con una importante participación de la tecnología en el diagnóstico y en la terapéutica (psicodiagnóstico, analítica, monitorización de psicofármacos), que supondrían un regreso a una etapa de fuerte medicalización de una Psiquiatría que durante casi treinta años habría sostenido un discurso fuertemente influido por los sociólogos.<sup>33</sup>

Técnicas que medidas en términos de costes reales resultan mucho más económicas que los viejos modelos comunitarios de atención, sobre todo porque las cargas salariales de éstos no corren parejas con su presunta productividad, mientras que las aportaciones de la tecnología concentradas exclusivamente sobre pacientes de *alto riesgo*, gozan de niveles de productividad y rentabilidad elevadas.<sup>34</sup>

El desarrollo de estos modelos está lastrado por la existencia de grandes poblaciones de internados crónicos en los centros hospitalarios. Locos que pasan a segundo plano, sostenidos por criterios de subsistencia y en cierta manera renunciándose a cualquier tipo de activación, ni siquiera mínima de su estado.

32. Especialmente la modificación de conducta y la monitorización de psicofármacos. La investigación fundamental en Psiquiatría desde hace unos años se centra en neurobioquímica.

33. Véase, a este respecto, el renacimiento de la Psiquiatría biológica y la revisión de procedimientos terapéuticos clásicos como la neurocirugía o el *electroshock*.

34. Sin embargo, el fracaso del modelo médico más biologicista ha dado lugar en algunos tipos de afecciones como el alcoholismo y las toxicomanías al desarrollo de técnicas de *self-help* y de comunidad terapéutica servidas, sorprendentemente, por no profesionales. Sobre el significado de estas corrientes, véase Menéndez (1984).

Es la consecuencia del escepticismo en relación a la curabilidad de la locura, y la consecuencia de un tipo de institución con una enorme capacidad de engendrar comportamientos específicos e inevitables.

Esta periodización no es más que un modelo general, indispensable para comparar las características del desarrollo de la asistencia psiquiátrica en el caso de un país de la *periferia* del sistema capitalista que ha realizado tarde y atípicamente la revolución industrial, y que presenta un nivel de desarrollo del Estado inferior al de los demás países de su área geográfica, un nivel muy bajo de eficiencia, de productividad administrativa, y de calidad en el equipamiento público. Simultáneamente, examinaremos, desde la óptica de la particularidad, el desarrollo específico de la asistencia psiquiátrica en el territorio de ese país que clásicamente ha sido invocado como el único que efectuó un desarrollo industrial durante el siglo XIX, con el objeto de comparar ambas periodizaciones y extraer conclusiones al respecto.

## 2. EL DESCUBRIMIENTO DEL MANICOMIO

«Un manicomio es una obra consagrada de la ciencia médica, a cuyos progresos coadyuva; es una casa de caridad abierta al infortunio; es un establecimiento de curación y asilo de incurables, por lo que tiene el doble carácter de hospital y de hospicio; es una institución necesaria para el perfecto gobierno del Estado y constituye uno de los ramos más interesantes del servicio nacional.» (PI I MOLIST, 1860:13.)

### 2.1. LA CRISIS DE LA ASISTENCIA A LOS LOCOS AL TÉRMINO DEL ANTIGUO RÉGIMEN<sup>1</sup>

La atención a los locos durante el Antiguo Régimen es un fenómeno complejo que está lejos de ser esclarecido en su totalidad. Autores como Foucault (1961), y más recientemente Skultans (1979) y Macdonald (1983), han señalado las distin-

---

1. El mejor estudio sobre la locura durante el Antiguo Régimen sigue siendo, a pesar de las controversias que ha suscitado desde su publicación, la *Historia de la locura en la época clásica* (Foucault, 1961). Resultan también muy útiles Rosen (1974), así como los estudios sectoriales de Macdonald (1983) y Skultans (1979). Sobre el significado de la beneficencia y la caridad es indispensable Shelp y otros (1983)). Sobre España, véanse Ullesperger (1954), Fuster (1961), Vicente Peset (1961) y Espinosa (1969). Sobre la caridad durante el Antiguo Régimen deben consultarse las *Actas de las Primeras Jornadas Luso-Españolas de Historia Medieval* (1973), Jiménez Sales (1958), Carasa (1985), Martínez Shaw y otros (1986); como obra de referencia, Lain Entralgo y otros (1971).

tas formas de percibir al loco y la variedad de atenciones que recibía. La distinción que el padre Jofre apuntaba entre *ignoscents, folls i aurats* revela la existencia de criterios de clasificación, probablemente menos monolíticos de lo que podemos pensar (cfr. Dieckhöfer, 1983:79-84). Y eso, sin tener en cuenta la existencia de fenómenos psicopatológicos que escapaban a esa consideración, y que suponían caminos distintos para los pacientes: la brujería, que conducía a la hoguera, o los delirios místicos que conducían a la beatificación y a la santidad, son dos ejemplos de esa multiplicidad. Por ello, al hablar de la locura en este período, hay que mantener una postura prudente en espera de investigaciones que aclaren los conceptos. En cualquier caso, la cifra de locos internables en esta época había de ser necesariamente muy reducida.

En cambio, el dispositivo asistencial a la enfermedad o al desvalimiento durante el Antiguo Régimen constituía un sistema extremadamente complejo, que eventualmente podía aceptar locos. La multiplicidad de recursos era extraordinaria ante cualquier situación que supusiese el que un individuo hubiese de ser atendido: el más elemental de estos recursos estaba compuesto por la red de relaciones sociales del propio individuo, por su familia, su parentela, sus amigos y sus vecinos. La segunda posibilidad era el recurso a multitud de especialistas de muy diverso origen: médicos, curanderos, sanadores, etc... Una tercera la constituía el recurso a las diversas instituciones de asistencia: hospicios, hospitales, asilos o las *sopas del pobre* que servían las distintas congregaciones.<sup>2</sup> Finalmente podía re-

2. En los últimos años proliferan las monografías sobre hospitales medievales y modernos, posiblemente como consecuencia del interés por la historia local y la historia de las mentalidades. No conozco una obra de síntesis sobre la génesis y el significado del hospital medieval ni sobre las transformaciones de éste en el tránsito del feudalismo al capitalismo. Algunas hipótesis muy interesantes y sugerentes están en Foucault y otros (1979) en torno a la problemática engendrada por el incremento de la mortalidad intrahospitalaria durante el siglo de las Luces. Pero falta un análisis sobre el significado económico de la institución hospitalaria. A partir de una sugerencia de Ignasi Terradas respecto al significado de los beneficios religiosos en la Edad Moderna, existiría cierto paralelismo en relación con las fundaciones pías y las obras hospitalarias (1984). El mejor estudio sobre el tránsito de las instituciones del Antiguo Régimen al nuevo orden es posiblemente un libro reciente de Carasa (1985) en que revisa exhaustivamente las bases económicas, asistenciales y políticas del mismo.

currirse a una enorme variedad de santuarios de reconocida solvencia en el tratamiento de muy diversos trastornos y que jalaban la geografía del país.<sup>3</sup> Estos recursos no deben ser percibidos como sistemas independientes entre sí, sino como una oferta compleja que podía ser utilizada por los pacientes de infinitas maneras, en función de criterios étnicos, culturales, religiosos, geográficos o de clase.<sup>4</sup>

En la Península Ibérica, la red de instituciones fue muy densa y la variedad de especialistas y santuarios enorme. Es la consecuencia de la diversidad cultural del país, de la existencia de áreas relativamente mal comunicadas entre ellas, o de distancias-tiempo enormes por rutas terrestres en despoblados inseguros, por la existencia de rutas de peregrinación continentales que traían masas considerables de extranjeros, por la coexistencia de distintos sistemas religiosos hasta el siglo XVII. Aun en pueblos muy pequeños es posible ver el antiguo hospital u hospicio que acogía a los pobres y los menesterosos del lugar (cfr. Carasa, 1985).

Estas instituciones no tenían exclusivamente funciones asistenciales: lo prueban las controversias y las luchas por dominar sus patronatos. A menudo eran obras pías dirigidas por seglares, pero gestionadas por religiosos, en las que coexiste personal no cualificado junto a médicos y boticarios, en organigramas a veces complejos y con procedimientos de gestión económica avanzados.<sup>5</sup> Las investigaciones realizadas sobre su estructura económica, muestran contabilidades que las aproximan mucho más a corporaciones de servicios que a la imagen de unos centros que subsistían penosamente del cepillo de las limosnas. ¿Cuál era el papel de estas instituciones capaces de movilizar influencias, de recaudar legados importantes, de movilizar capitales notables por su volumen, y poner en pie sistemas complejos de redistribución?

3. El significado sanitario de estas instituciones queda muy claro en Bensa (1978), en Santos Sanadores (1949), y en el caso de España, en Christian (1976) y Lisón (1979).

4. Para un desarrollo más amplio de este modelo, véanse Kleinman (1980), Chrisman (1977) y Comelles (1985, 1985a).

5. En Cataluña son útiles la monografía sobre el *Hospital de la Santa Creu* de Danón (1978), y el libro de Curet (1983) sobre la asistencia en general. Para Tarragona puede verse Sánchez Real (1959). Carasa (1985) distingue dos grandes tipos de instituciones según su finalidad y su dependencia administrativa.

Una serie de investigaciones recientes han puesto en entredicho la imagen tradicional de estas instituciones, y han abierto el camino a pensar en un modo de actuación de las mismas que las acercaría al de las cajas de socorro mutuas, o incluso al papel de instituciones de marcado carácter financiero, lo cual supondría una subversión considerable del papel que tradicionalmente se les atribuía. Y si es cierto que en determinadas fases de su existencia se nutrieron de legados extraordinarios de la Corona o de la nobleza, también lo es que acumularon patrimonios a veces inmensos y rentables, y que buena parte de su sostén económico parece vinculado a la recaudación de capitales a cambio de censales o laudemios vitalicios.

Una reciente investigación sobre los hospitales valencianos en el siglo XIV (*Rubio Vela*, 1984) ha puesto de manifiesto que los ingresos de esas instituciones por la vía del limosnero apenas representaban un 6 % de sus ingresos totales, mientras que la mayor parte de los mismos provenía de las rentas del *censal de la ciutat*, es decir, de la existencia de un préstamo al Ayuntamiento que éste remuneraba. De confirmarse este tipo de estructura económica, se reforzaría la idea del significado fundamentalmente económico de estas instituciones, y quedaría plenamente explicado el interés y los esfuerzos de los poderes civiles a partir del siglo XIV por sustituir a los eclesiásticos en la gestión y la administración de las instituciones.<sup>6</sup>

Si los hospitales u los hospicios tenían como una de sus finalidades la capacidad recaudatoria que se justificaba por su papel asistencial en relación con pacientes o internados procedentes de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, puede entenderse cómo su función era fundamentalmente ofrecer comida, protección y refugio. Por ello, los criterios de clasificación de los internados no tenían porque ser muy elaborados,

6. El estudio que ha realizado recientemente Alain Saint-Denis (1983) sobre el *Hôtel-Dieu* de Laon (Lorena) es particularmente atractivo. Efectúa un excelente análisis sobre la economía de la institución entre 1150 y 1300, en la que destaca su significado financiero: recibía capitales a cambio de censos vitalicios al donador y asumía un cierto grado de riesgos como si se tratase de una institución bancaria. El riesgo financiero provenía de la existencia de cláusulas que podían suponer derechos de los herederos del donador sobre los censos. En Narbonne, Caille (1978: 82-87) muestra un modelo de financiación basado en los censos enfitéuticos pero de características similares.

en consecuencia, estas instituciones tendían a ese abigarramiento que tan bien ha descrito Foucault (1961).<sup>7</sup>

La frecuente confusión entre *asistencia* y *terapéutica* ha propiciado que se haya aplicado sobre esas instituciones una mirada *médica*, que ha pretendido buscar, y cuando ha querido ha hallado, la nosología científica en períodos en los que los criterios nosográficos tenían probablemente poco que ver con los actuales. Esto es particularmente importante en lo que hace referencia a la asistencia a los locos en los períodos anteriores a la Ilustración. Foucault ha puesto de manifiesto las características y las limitaciones del encierro a los locos en la Edad Moderna, por lo que nos parece absurdo proseguir en la vía de algunas de las estériles polémicas abiertas en nuestro país por algunos historiadores sobre la primacía en las fundaciones psiquiátricas.<sup>8</sup> Las descripciones de sus características las alinean con las instituciones del resto de Europa, y su escaso número y el no menos escaso número de locos que albergan, hacen pensar que su gestión no iba más allá de la custodia.

Desde finales del siglo XVII y durante el siglo XVIII, las instituciones específicas destinadas a locos se hacen más frecuentes en Europa. La Península Ibérica no es ajena a un fenómeno que ha sido destacado en Francia por Foucault (1961), y en Gran Bretaña por Parry-Jones (1972), Macdonald (1983) y Skultans (1979: 17-51). Fenómeno que supone el que a medida que se reducen las creencias y los procesos por brujería, y en que una nueva mirada racionalista se extiende por las clases ilustradas del continente, la gestión de las distintas formas de locura se

7. Está claro que le existencia de un importante dispositivo institucional de asistencia en la Edad Moderna estaba enfocado a la gestión de una masa de población asistible que no podía ser atendida en la esfera doméstica o vecinal: la *sopa boba* podía actuar entonces como un procedimiento de control de la población que no hallaba lugar en los circuitos productivos, o que por medidas de seguridad no podía seguir siendo confinada en *ghettos* del tipo *corte de los milagros*. Las mejores descripciones de esa transformación están en Foucault (1961), Foucault y otros (1979), y para España en Alvarez-Uría (1983).

8. Esta polémica, estéril como pocas, es quizás el tema más tratado en la historia de la Psiquiatría española. Los mejores textos al respecto son los de Fuster (1961), que a pesar de sus deficiencias historiográficas sigue conservando interés, y sobre todo el artículo de Vicente Peset (1961) en el que partiendo de esta polémica propone un marco de análisis muy sugestivo para el estudio de la Psiquiatría en España. Véase también Merenciano (1950).

van sustrayendo de la jurisdicción doméstica o religiosa para ser entregadas a formas de gestión secular que presuponen la intervención de expertos científicos bajo la tutela de las autoridades judiciales.<sup>9</sup>

En la España del siglo XVIII, la introducción del discurso higiénico-social y la definición de un campo de intervención del Estado en cuestiones de salubridad, posibilita que dentro de las políticas de la época, las instituciones especializadas en locos reciban reformas sustanciales tanto en lo que se refiere a la gestión económica, como a la de los procesos asistenciales. Los elogios de los viajeros extranjeros a los hospitales de locos de Zaragoza y Toledo, dan razón de un nivel asistencial muy correcto para lo que era común en la época. Y aunque quepan dudas sobre la fiabilidad de los testimonios, cabe pensar que ese nivel no era inferior al de instituciones homólogas en los demás países de Europa.

Sin embargo, el número de internados en instituciones específicas era muy bajo. El censo de 1797 registra un total de 905 locos en España (485 varones y 420 mujeres), de los cuales 605, es decir, el 66,85 % en el territorio de la antigua Corona de Aragón (cfr. *Espinosa*, 1966:169). Esta cifra, que comparada con las más de 40.000 plazas de instituciones psiquiátricas actuales puede parecer muy baja para un país que tenía un cuarto de su potencial demográfico actual, no se desvía mucho de las cifras francesas o inglesas de su tiempo. A fines del siglo XVIII, los trastornos psicopatológicos que podían suponer internamiento eran mucho más limitados que en la actualidad. La progresiva hegemonía del manicomio como pieza central en los procesos asistenciales de los alienados hubo de estar relacionada con el crecimiento urbano y con los trastornos sociales y culturales de la industrialización, pero sobre todo por un nuevo discurso médico sobre la locura que iba a orientar los

9. El tema de las relaciones entre brujería y psicopatología ha engendrado una inmensa literatura: destaco la obra de Caro Baroja (1967), que no ha perdido un ápice de interés, así como un reciente estudio sobre el siglo XVII británico de Macdonald (1983) y la excelente síntesis de Hirst y Wooley (1982). Sobre el significado de la locura durante la ilustración, véanse Foucault (1961), Peset (1961), Gauchet y Swain (1980), y, entre nosotros, Alvarez Uría (1983) y Espinosa (1969, 1983). Sobre la locura en la sociedad colonial norteamericana durante el siglo XVIII debe verse Rothman (1971).

procesos asistenciales de los locos hacia instituciones específicas como el manicomio.<sup>10</sup>

La medicalización de la asistencia a los locos no era una novedad, ya que los hospicios para locos del siglo XVIII la tenían en cierto grado. Se consideraba al demente como enfermo, se obligaba a los médicos a «pasar visita» y a asegurar unas atenciones mínimas a los internados y la organización de las instituciones tenía ciertas semejanzas con el modelo de asistencia «moral» que estaría en vigencia a principios del siglo XIX (*Espinosa*, 1966a:193-197). He aquí, por ejemplo, cómo describían los regidores del hospital de Zaragoza las características de ese hospicio:

«Desde el tiempo más antiguo, se halla adoptada la costumbre de destinar a los dementes, cuya situación lo permite, unos a las tareas del campo, otros en las obras de los edificios, otro, en las faenas interiores de la casa, graduando la prudencia de los directores la fuerza y el estado de cada uno. La ocupación de estos trabajos es de suyo la distracción más cómoda que se puede presentar al entendimiento humano cuando se halla en angustia o trastorno; ella se apodera con una fuerza inconcebible del ejercicio de las potencias, y ella entona el sistema mecánico de los nervios y excita un sueño pacífico que en la inacción no podría conciliar toda la medicina; y por este término logra restablecer el orden perdido en lo físico y de cuya pérdida suele resultar el desorden intelectual.

La experiencia en siglos enteros ha enseñado al hospital que los dementes destinados a estos objetos logran volver en su razón, al paso que los que no pueden por su situación seguir este método, son muy pocos los que curan.» (Cit. por *ESPINOSA*, 1966a:200.)

Aun aceptando que la asistencia a los alienados a fines del siglo XVIII en España, pueda estar idealizada,<sup>11</sup> parece probado

10. Sobre la influencia de la presencia del manicomio en el incremento del número de casos, véase Charuty (1985) y Rothman (1971).

11. El propio Espinosa (1966a) es muy escéptico al respecto. La polémica sobre la calidad de la asistencia es uno de los temas de controversia: para unos es la consecuencia del reformismo (*Lantéri-Laura*, 1974; *Rothman*, 1971), para otros forma parte de un proyecto destinado esencialmente a racionalizar el control social (cfr. *Castel*, 1976; *Melossi* y *Pavarini*, 1980). Fréminville (1978) comenta no sin cierta ironía los distintos procedimientos de contención mecánica empleados en el periodo



que las desamortizaciones realizadas antes de 1800 y las guerras napoleónicas contribuyeron a degradarla: en primer lugar por causa de la desamortización de Godoy (1797), la venta de patrimonio, en especial del cultivado o explotado directamente por los hospicios, hubo de redundar en un empeoramiento de las condiciones de vida de las instituciones, tanto por su repercusión en el sostenimiento físico de los enfermos como por la imposibilidad de seguir ofreciendo trabajo a los internados; en segundo lugar, la guerra supuso la crisis de las fuentes tradicionales de financiación de las instituciones y el cercenamiento de su capacidad financiera; en tercer lugar, la crisis bélica de 1808-1813 contribuyó a desplazar internados, a hacinar los enfermos y a destruir instituciones (cfr. *Espinosa*, 1966a: 198-201).<sup>12</sup>

Las consecuencias económicas de la guerra fueron muy importantes no sólo por las destrucciones, las incautaciones de hospitales o los saqueos de sus patrimonios muebles, sino porque se desarticuló el sistema de compensación puesto en pie por la Desamortización. Se basaba en la transformación del patrimonio en obligaciones al tres por ciento que se ocupaba de liquidar una Caja de Amortización. A partir de 1808 y al socaire del colapso del Estado durante la guerra, las liquidaciones llegaron tarde y mal o no llegaron, de tal modo que se acentuó la penuria de los hospicios en un período de crisis generalizada, en la que este sector hubo de estar más penalizados que otros. Carentes de medios, los rectores de las instituciones no sólo no podían sostenerlas adecuadamente, sino tampoco subvenir a los gastos de mantenimiento.

Junto a los problemas financieros hay que destacar como un factor suplementario de crisis su indefinición jurídica tras la Desamortización. Parece lógico pensar que de no haberse producido la guerra napoleónica, el Estado hubiese ido legislando sobre esta materia. De alguna manera, ello era perceptible con anterioridad: en 1804 se habían eliminado los derechos jurisdiccionales de los hospitales y hospicios, y tanto los afrancesa-

filantrópico en las instituciones psiquiátricas. No se diferencian demasiado de los instrumentos de tortura actuales, si excluimos el uso de la electricidad.

12. Sobre las desamortizaciones puede verse Herr (1972), Álvarez Uría (1982) y Espinosa (1966). López Piñero no se hace eco de este hecho, para él la crisis venía de la medicina, no estaría asociada a las instituciones asistenciales, sino a las crisis de los centros de formación: escuelas y medios de difusión y comunicación.

dos como los doceañistas se propusieron establecer instrumentos legales que asegurasen la tutela del Estado sobre los hospitales. Sin embargo, las sucesivas crisis políticas entre 1814 y 1843 impidieron llevarla a cabo hasta la Ley de Beneficencia de 1849, con lo cual, prácticamente durante medio siglo las instituciones quedaron confiadas a su suerte (cfr. *Álvarez Uría*, 1983).

La crisis fue también ideológica y política. La primera se prolongó al socaire de la crisis general del Estado durante el período fernandino. La reacción absolutista no retrocedió las propiedades desamortizadas en 1797 y 1804, ni reorganizó la Caja de Amortización. Por el contrario, creció la corrupción y la ineficacia de esta institución paralelamente a la bancarrota del Estado (cfr. *Fontana*, 1971).

Pero hay también razones ideológicas y políticas que agravaron y prolongaron la crisis. El nacimiento de la Psiquiatría moderna había estado ligado al ideario ilustrado, y aunque Pínel fuese muy ambiguo en sus posturas políticas, no hay duda del jacobinismo de los autores franceses, ni de su papel de vanguardia reformista (cfr. *Lantéri-Laura*, 1972; *Castel*, 1976, *Gauchet* y *Swain*, 1980). Estas innovaciones, que habían llegado a España antes de 1808 —la «*Nosographie Philosophique*» de Pínel se publicó en castellano en 1804— habían de parecer muy sospechosas a los ojos de las autoridades como lo prueban las constantes depuraciones —incluso la del valetudinario Gimbernat— y la emigración masiva de profesionales.<sup>13</sup>

A la crisis ideológica se añadió la crisis del Estado derivada de la guerra, de la Emancipación de las colonias americanas que constituían su soporte financiero, y de la crisis política durante la reacción absolutista y la Guerra de los Siete Años (cfr. *Fontana*, 1971). Durante este período existió un esbozo de debate sobre la necesidad de reforma del sistema asistencial del país, en el que se incluyó el problema de la asistencia a los locos. Este debate, las más de las veces teórico, se centró en

13. El exilio de profesionales está documentado en Guerra (1969), López Piñero (1969) y Espinosa (1966). Guerra destaca la posición reformista de los médicos y su conexión con las ideas liberales. Señala que en el reinado de Fernando VII hubo dos depuraciones, una en 1814 y otra en 1824 que significaron ambas remociones de cargos. La influencia principal en los exiliados fue sobre todo francesa, porque los obstáculos religiosos en Inglaterra eran considerables. López Piñero (1964) analiza la influencia del exilio en la comunicación e introducción de novedades, así como la influencia política del radicalismo en los médicos.

tres aspectos: la solución a la indefinición jurídica de las instituciones para la cual propugnaban fórmulas como las utilizadas en Francia; la problemática jurídica relativa a la tutela del loco y a sus derechos, que es un problema central de la teoría jurídica en el marco del liberalismo; y en tercer lugar, la mejora, reforma y organización bajo el dominio facultativo de la *praxis* asistencial de los hospitales.<sup>14</sup>

## 2.2. EL FRACASO DEL REFORMISMO JACOBINO EN ESPAÑA<sup>15</sup>

«¿Qué hizo la psiquiatría española mientras acontecía esa enorme gigantomaquia en torno a la enfermedad mental? nada.» (PEDRO LAÍN ENTRALGO, en PERAZA DE AYALA, 1947: XIII). XIII).

En algunos períodos del siglo XIX, durante el *Trienio Constitucional*, durante la regencia de María Cristina y durante la *década moderada* se abrió en España una discusión teórica sobre la problemática de la asistencia a los alienados, presidida por dos tipos de consideraciones: unas teórico-ideológicas y otras prácticas que pueden resumirse en el rechazo de las condiciones infrahumanas de la asistencia en los hospicios de la época, y el crecimiento del número de alienados que precisaban internamiento sin que el equipamiento de la época pudiera absorberlos. En este período una serie de autores propugnan modelos asistenciales, proponen leyes establecen proyectos, sin que sus intenciones, que hay que enmarcar en el filantropismo,

14. La presentación de estos debates puede seguirse en Peraza de Ayala (1947), Espinosa (1966) y Alvarez Uría (1983). La influencia del liberalismo en la sanidad puede verse en López Piñero (1964), Granjel (1983) y en los textos de Mateo Seoane (1984). La bibliografía de la época está recogida por Rey (1981, 1982a).

15. Sobre los avatares jurídicos de la locura en España son útiles Bercoff (1976) pese a que no analiza toda la legislación, Casco (1980) y Espinosa (1966). La polémica jurídica puede seguirse en artículos publicados por psiquiatras en revistas médicas durante los siglos XIX y XX. Véanse, por ejemplo, Giné i Partagás (1903) y Rodríguez Méndez (1903).

obtengan otros resultados prácticos que ir creando un cierto estado de opinión, limitado a cenáculos intelectuales, que propicie realizaciones en el futuro.<sup>16</sup>

El fracaso de estos propósitos suelen atribuirse convencionalmente a los «malos gobiernos», a la «intolerancia religiosa» o a los lugares comunes que pretenden explicar el «fracaso de la ciencia española». Ciertamente que éste puede atribuirse en parte a alguno de estos tópicos, pero cabe añadir algunos aspectos relacionados con las características específicas de lo que se vino a llamar «la ciencia especial», es decir, la disciplina que se ocupaba de la locura o alienación. Las vicisitudes de la misma traducen el modo como se articulan en el curso del desarrollo del Estado liberal capitalista una serie de variables ideológicas, económicas, sociales, políticas o culturales.

Los nuevos modelos de gestión e interpretación de la locura que se implantan en la Europa de la primera mitad del siglo XIX, y en especial el llamado *tratamiento moral* no son el fruto exclusivo de un cambio de titularidad jurídica, sino la consecuencia del significado que adquiere en la nueva sociedad el loco, o el alienado como individuo *no-racional*. Criterio fundamental en un mundo que gira en torno de la idea de *racionalidad*, indispensable en una sociedad que se fundamenta en la noción de contrato entre personas igualmente racionales (cfr. Castel, 1976). El loco era un obstáculo que únicamente podía ser eliminado mediante el establecimiento de criterios científicos sobre los límites de la locura, que permitiesen la clasificación de los individuos sospechosos. La función del alienista era fundamental: en sus manos estaba la posibilidad de identificar aquellas personas que no podían intervenir en los procesos mercantiles, industriales o administrativos reservados para aquellos que están en sus cabales. Era el garante de la seguridad jurídica de aquellas transacciones a las que no podían acceder aquellos cuya capacidad de raciocinio no estuviese asegurada. Hacía derivar su posición de su papel como experto en aquellos casos de diagnóstico más impreciso, en

16. Prácticamente toda la literatura citada sobre esta época recoge documentos de este tipo. Puede verse Pi i Molist (1858-1886), Seguí (1883) y sobre todo Ullesperger ([1871]1954). Giné i Partagás [1886]1903 insiste en la necesidad de algún tipo de educación sanitaria de la población en relación a la locura: en el sentido de la *vulgarización* de su concepto y de la concienciación de su curabilidad.

los que se estrellaban los criterios diagnósticos del sentido común.<sup>17</sup>

Los intentos de reforma liberal en España de las competencias sanitarias, son complejos y con una cronología que no se corresponde con la de los países anglosajones o con la francesa. Aunque el Estado considere ese terreno como su incumbencia, esto no significa actuaciones inmediatas. Para explicarlo, se han invocado argumentos económicos, ideológicos, y la militancia progresista de casi todos los grandes teóricos de la salud pública del siglo XIX y del primer tercio del siglo XX. La desconfianza de los poderes públicos respecto a esta clase de intelectuales se tradujo habitualmente en su relegamiento: su papel en los manicomios se verá disminuido, pero ante las crisis de esas instituciones a lo largo del siglo, las críticas se centrarán más en ellos que en la administración. La consecuencia será el reforzamiento del escepticismo y la desconfianza, el desplazamiento de la tutela de los locos a manos de los jueces y la hegemonía de las administraciones y de los no profesionales en las instituciones.

### 2.2.1. El Reglamento General de Beneficencia Pública de 1822

La reacción absolutista entre 1814-1820, fue seguida de un breve período de vigencia de la Constitución de 1812, el *Trienio Constitucional*. Los exiliados en Francia por la represión fernandina recuperaron posiciones de poder, y una de sus más relevantes actuaciones consistió en el desarrollo de los mandatos constitucionales relativos a la asistencia benéfico-caritativa. La Ley y el reglamento promulgados en 1822 establecieron un marco jurídico de tutela a los establecimientos de beneficencia que pasaban a ser controlados por las Juntas Municipales de Beneficencia, mientras que la asistencia a los alienados se planteaba como una competencia exclusiva del Estado centrada en una

17. Giné i Partagás ([1886]1903) señala que para el vulgo los criterios diagnósticos en relación a la locura suelen ser válidos en cuanto al diagnóstico de la enfermedad física pero no el de la mental, e indica (1903: 332) que esos criterios se limitan a la agitación o a la incapacidad de discurrir, u otros al candor o la inocencia. Una cierta idea de lo que podía representar el mundo de los locos en el siglo XIX lo da el curioso libro de J. M. Escuder (1895), *Locos y anormales*, en el que describe ese mundo desde una perspectiva periodística.

red coherente de instituciones públicas (cfr. Espinosa, 1966; Álvarez Uriá, 1983).

El «*Reglamento General de Beneficencia*» (1823) recogía algunos de los rasgos del *tratamiento moral*, no en vano uno de sus promotores, Ruiz Luzuriaga, había sido discípulo de Esquirol durante su exilio en París. Se apuntaba el principio de la ubicación de las instituciones en el campo, la descentralización y la abolición de las coacciones físicas y del trabajo forzado. Sin embargo, dejaba para desarrollos posteriores la regularización de las admisiones y de las estancias, punto éste fundamental porque había de ir asociado al papel de los profesionales en relación al diagnóstico de la locura.

Los principios generales de la Ley y Reglamento iban dirigidos hacia la construcción de una red de instituciones específicas, con lo cual el legislador entraba en una polémica bastante viva en la época sobre la mejor alternativa en relación a la gestión de los procesos asistenciales: si aquella había de basarse en un modelo de atención domiciliario o en un modelo hospitalario (cfr. Álvarez Uriá, 1983:105-107). Esta alternativa que se plantea en todos los campos relacionados con la salud se decantó mayoritariamente hacia el segundo punto porque el modelo hospitalario mejoraba las posibilidades de control y de gestión técnica y política, mientras que el domiciliario suponía una gestión más dispersa que hacía más difícil su supervisión. Sin embargo, en España, que a principios de siglo y aun durante el mismo no tuvo una corporación médica tan fuerte como otros países y en la que los dispositivos consuetudinarios seguían teniendo un peso considerable, la adopción de una opción no medicalista era posible. En el ánimo del legislador, durante el siglo XIX, hubo una evidente resistencia a aceptar el monopolio de los médicos sobre este campo hasta el punto que en la legislación el poder de decisión en relación con la alienación osciló entre las competencias atribuidas a las familias y las que se reservaron las autoridades judiciales y gubernativas.

La aplicación de la ley quedó en suspenso a poco de su promulgación. El Reglamento ni siquiera llegó a aplicarse, y la situación financiera y política del país entre 1823 y 1835 dejó pendientes las actuaciones en este terreno. No fue hasta 1835, con el regreso de los exiliados y el acceso de los liberales al poder, que pudo abrirse un tímido debate, lleno de buenas intenciones, pero con escasa transcendencia práctica, que sirvió para

que se introdujese en España la literatura sobre los nuevos modelos de manicomios, y para una toma de conciencia respecto al problema que empezaba a plantearse a las autoridades municipales en relación a donde colocar los alienados que se pretendía internar (cfr. *Pi i Molist*, 1860). Las críticas al hacinamiento y a las malas condiciones higiénicas de los hospicios de locos impulsaron iniciativas para la construcción de manicomios modelo. En Barcelona, el Ayuntamiento solicitó a Felip Monlau la traducción del *Manual* de Brierre de Boismont e hizo algunos esfuerzos por mejorar la situación de los internos en el *Hospital de la Santa Creu*, en Zaragoza se acometieron obras de reconstrucción pendientes desde el sitio de 1808.

En este período, que corresponde a la Regencia de María Cristina, surgieron intentos de una estadística general de dementes, propuestas de construcción de un manicomio modelo en Leganés, cerca de Madrid. Alienistas como Rubio y Villargoitia insistieron de nuevo en la necesidad de reformas:

«Tal vez España, otro tiempo señora del mundo, está próxima a incurrir en este vergonzoso oprobio para que el siglo XIX sea de todos lados época de baldón (...) si por más tiempo se ha descuidado objeto de tan alta importancia, no podemos constatar, ni razonada, ni victoriosamente a los que nos están llamando los africanos de Europa.» (VILLARGOITIA, cit. por ESPINOSA, 1966:55.)

Los esfuerzos de esta generación, y las presiones que se ejercieron desde diversos sectores de la sociedad, dieron lugar a la sustitución del texto legal de 1822 por el de 1849.

### 2.2.2. La Ley de Beneficencia de 1849

La *Ley de Beneficencia* de 1849 pretendía solucionar de una vez por todas no sólo la problemática vinculada a la locura y a la beneficencia, sino también la mendicidad y el desbarajuste económico en que se encontraban las instituciones asistenciales. El proyecto encontró mucha oposición en el propio partido del gobierno y fue enmendado sustancialmente en las Cortes. La oposición provenía de su carácter secularizador que ya había sido la crítica más sustanciosa que se había hecho a la ley de 1822. Se llegó a afirmar en público que el proyecto era pagano. En realidad, la oposición trataba que la Iglesia

siguiese teniendo una posición destacada en la gestión de los centros para evitar que la Beneficencia pública se convirtiese en una obligación del Estado.

La actitud timorata del gobierno y la modestia de sus opciones eran tales que el Ministro de la Gobernación contestó así a la interpelación de un diputado:

«Este proyecto está encaminado sólo a regimentar las casas de Beneficencia que ya existen, pero si se tratara de algo más amplio, ya vendría en caso de ocuparse de ese principio de que habla el señor diputado, porque la consignación de estos principios morales, ha costado mucha sangre a la humanidad, y no es por cierto entre nosotros donde deban consignarse esos principios; entre nosotros donde por fortuna no ha cundido ese contagio ni entre las clases del pueblo, ni entre los hombres políticos (...) desde el momento en que ese principio se consigna lo explotan los trastornadores de las masas.» (Cit. por ESPINOSA, 1969:182.)

La ley respondía a la necesidad de resolver la crisis económica de las instituciones, pero era al mismo tiempo un intento de precisar un marco lo menos comprometedor posible para el Estado. A diferencia de lo que sucedió en Francia, con la ley sobre alienados de 1838 que precedió a las demás leyes de beneficencia, en España se incluyó a los dementes y a los establecimientos para dementes como un caso más, y no de los más importantes, dentro de ella. Al mismo tiempo la ley sustrajo a los establecimientos de la anterior tutela de Ayuntamientos y Diputaciones para atribuirlos al Estado, aunque aceptando el auxilio eventual de las corporaciones locales.<sup>18</sup>

Las previsiones de la ley relativas a la asistencia a los locos se centraban en el proyecto de construcción de una red de seis manicomios modelo. Se revelaron utópicas por razones económicas.<sup>19</sup> Ni siquiera se intentó copiar el modelo mixto

18. La vicepresidencia de las Juntas de Beneficencia a partir de 1849 las ostentaban los Obispos y había en ellas dos eclesiásticos más (Espinosa, 1966:130). Se intentó en 1862 que los manicomios pasasen a las Diputaciones pero el consejo de Estado dijo que no había razón para ello (Espinosa, 1966:126). Algo más adelante se cedió interinamente la gestión a las Diputaciones hasta que en 1926 se les atribuyeron de pleno derecho. Prácticamente desde fines del siglo XIX existía *de facto* esa atribución.

19. Sobre la fundación del *manicomio modelo*, vg. Espinosa (1966). El Estado se reservaba Leganés, que tenía pensado ampliar. En reali-

francés que atribuía la gestión a los Departamentos y la inspección al Estado, y que hacía posible la descentralización de las inversiones.

La ley consagró el principio del carácter subsidiario de la asistencia pública, en una perspectiva según la cual la locura no era curable y el aparato de asistencia había de tener otras finalidades:

«al erigir y organizar casas de locos, la sociedad ejerce la beneficencia, en muy alto grado al paso que provee a otra obligación no menos interesante y esencial: la de garantizar la seguridad de las personas y de las propiedades.» (ARRÁZOLA, cit. por Espinosa, 1966:183.)

Estaba en juego el control de las instituciones y su modelo económico, es decir, si habría la inversión del Estado o si éste debía limitarse a firmar conciertos con las instituciones caritativas privadas para asegurar su sostén económico. Conciertos que iban a convertirse en un negocio saneado, como tendremos ocasión de ver, y que motivaron inversiones importantes por parte de la Iglesia, órdenes religiosas, o sociedades privadas.

La ley de 1849 consagró la privatización de la asistencia psiquiátrica al aceptar el papel subsidiario del Estado. Privatización que no sólo debe entenderse en los términos en que se producía la gestión de las instituciones durante el Antiguo Régimen (obras pías, patronatos, etc...), sino en términos de gestión empresarial de las mismas como empresas de servicios con ánimo de lucro.

Los efectos de la ley sobre la asistencia consistieron en favorecer a los propietarios de los centros, marginar a los médicos y liberar a los poderes locales de sus responsabilidades. Esta situación se mantuvo mientras el gobierno no apreció las grandes ventajas que se podían derivar del traspaso a las Diputaciones de esas competencias, aunque entre 1849 y 1885 hizo cuan-

dad, hubo de habilitar una sala de dementes en el Hospital Penitenciario del Puerto de Santa María, porque los locos delincuentes no podían ser alojados en aquella institución por falta de plazas (Riera, 1969). Seguí (1883:460) califica de muy deficientes a los hospitales públicos. Considera que todos los hospitales provinciales, salvo el nuevo de Zaragoza, eran inaceptables. Leganés distaba mucho de lo que podía considerarse adecuado. Sus críticas alcanzan también a la organización y a la práctica médica.

to pudo para remediar su error (Espinosa, 1966). Así, mediante los decretos de 1864 transfirió «provisionalmente» la asistencia a los dementes a las Diputaciones, pero sin decir qué tipo de asistencia de control o de inspección debía prestarse. La única medida en ese sentido era confiar la inspección en la persona de los gobernadores civiles. Ante este panorama, la mayor parte de las Diputaciones iban a seguir la ley del menor costo (González, 1977:46).

El grave deterioro de la calidad de la asistencia que se percibe a lo largo del siglo motivó reclamaciones de los alienistas más conscientes ante el gobierno del Estado, ya que las actuaciones judiciales entraban frecuentemente en contradicción con los principios científicos que hacían valer los alienistas. Uno de ellos, en una comunicación presentada el *Primer Certamen Frenopático Español* de Barcelona (1883), decía:

«Ni la dignidad del Manicomio ni los intereses sanitarios y morales de los enfermos, ni la seguridad de las personas cuerdas, consienten que la ley permanezca muda en asunto de tan vital interés; por lo cual es indispensable que desde este momento, sea llamada la atención del Estado hacia tan interesante punto (...). Es de absoluta necesidad que la administración pública tienda a preservar a las personas de razón sana de ser recluidas como locos y ser privadas del goce de sus derechos y libertades a que, dentro del perímetro de las leyes son acreedores todos los ciudadanos honrados y sensatos, evitando que se den casos de que, por error o mala voluntad, y so pretexto de enfermedad de la mente, se cometan detenciones ilegales.» (GINÉ I PARTAGÁS, 1903:337.)

### 2.3. LA PRIVATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN CATALUÑA<sup>20</sup>

La asunción por parte del Estado de una fórmula mixta de gestión de la asistencia psiquiátrica, estableció un marco legal que permitía la construcción de manicomios privados.

20. Para el primer tercio del siglo XIX en Cataluña son indispensables Espinosa (1966, 1969), Fuster (1960, 1971), que reconstruye con muchas lagunas y considerable desorden expositivo el período aludido,

Hay que distinguir dos etapas en este período: una primera, se desarrolla entre 1840 y 1870 y consagra un modelo de privatización de carácter filantrópico promovido las más de las veces por los propios alienistas que crean instituciones basadas en el *non-restraint* inspiradas de sus homólogas británicas o francesas. En una segunda etapa, que se inicia en 1870-1875, las instituciones ya construidas se debaten entre su conversión en clínicas privadas o en manicomios destinados a una clientela mixta por el procedimiento de arrendar plazas a las Diputaciones Provinciales. En las nuevas construcciones existen aún iniciativas de carácter filantrópico (Manicomio de la Santa Cruz), pero también otras destinadas a acoger enfermos del sector público.

El primer período corresponde al desarrollo y esplendor de la ciencia especial en Cataluña y al liderazgo de alienistas catalanes como Antoni Pujadas, Joan Giné i Partagás i Emili Pi i Molist en la Psiquiatría española. La segunda corresponde a la conversión de las instituciones al custodialismo y a la presencia hegemónica de la Orden Hospitalaria como gestora de manicomios.<sup>21</sup>

El desarrollo de instituciones privadas dentro de los esquemas teóricos del tratamiento moral es particularmente interesante por dos razones: la primera porque se inscribe, tanto en tiempo como en espacio, en un proceso mucho más generalizado de privatización de competencias reservadas al Estado, pero no ejercidas por él por inhibición expresa o falta de medios

pero sobre todo la introducción de Pi i Molist a su *Proyecto Médico Razonado* (1960), el opúsculo dedicado al *Manicomio de la Santa Cruz* (1886), así como el manuscrito de Terrades y Domingo (1901). El volumen de las *Actas del Primer Congreso Internacional de Historia de la Medicina* (1970) contiene una buena colección de artículos sobre este período. Marginalmente puede verse Álvarez Uría (1983). Una buena parte de este capítulo aparece, aunque con muchas modificaciones y con una intencionalidad distinta en publicaciones previas del autor (*Comelles*, 1979, 1980, 1982).

21. La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios construyó Ciempozuelos y Palencia pero no adquirió *Sant Boi* hasta el saneamiento económico del mismo a fines del siglo XIX. Obviamente, la Orden no podía comulgar con la ideología moral de la Psiquiatría de la época, y sus centros eran muy criticados por los psiquiatras (*Seguín*, 1883; *Galcerán*, 1889). Se denunció la existencia de un exceso de enfermos, que si bien curados seguían en la institución para seguir cobrando las pensiones públicas (*Diputación*, 1911).

económicos y que cubren un amplio espectro de servicios sociales, sanitarios, de protección social y culturales. Esta privatización es muy característica en la Cataluña de la segunda mitad del siglo XIX.<sup>22</sup> La segunda razón es que la privatización de la asistencia psiquiátrica es coetánea a la desprivatización de la misma en Gran Bretaña, y si bien esta última es consecuencia de las críticas que a ella se hacen de malas condiciones de asistencia en relación con los parámetros del tratamiento moral, los nuevos manicomios privados catalanes se fundan precisamente con las mismas orientaciones teóricas y terapéuticas de los manicomios públicos europeos.

El primer período de privatización es casi coetáneo a los esfuerzos realizados por el Ayuntamiento de Barcelona y el *Hospital de la Santa Creu*, por dotar a la ciudad de un manicomio público modelo que resolviese el problema del internamiento de los enfermos de beneficencia. El retraso en su construcción y las vicisitudes del mismo, que examinaremos más adelante, fueron parejas a la construcción de una serie de centros privados que ejercieron ese papel.

### 2.3.1. El fracaso de la iniciativa pública en Barcelona

La asistencia a los locos en la Cataluña del primer tercio del siglo XIX se realizaba casi exclusivamente en las salas de alienados del *Hospital de la Santa Creu*. Esta institución los albergaba desde 1401.<sup>23</sup> Con el paso de los años, el *Hospital* se había degradado por la expansión de la ciudad y a principios del siglo XIX se halla en el límite de su capacidad: las salas de

22. El proceso de privatización de las incumbencias del Estado ha sido estudiado brillantemente por Terradas (1978, 1979). Algunos de los que parecían sus postulados iniciales han sido revisados recientemente por él mismo (1984).

23. La documentación sobre los *orats* del *Hospital de la Santa Creu* es muy escasa entre 1401 y 1800 (*Fuster*, 1960:203; *Danón*, 1978:104). Se trata de documentos muy dispersos, y difícilmente sistematizables. Parece ser que la asistencia era de pago, y que los enfermos se dividían entre hombres y mujeres. Hay referencias sobre las condiciones materiales de esas secciones, y sugerencias sobre oficios o trabajos realizados por dementes, entre los que destaca el actuar como sepultureros de los cadáveres del hospital. En 1797 contábanse 110 internados, y hacia 1860, más del doble. Hasta 1840 el número de alienados atendidos en otras instituciones de Cataluña era mínimo.

locos provocaban comentarios unánimes relativos a sus condiciones inhumanas. Las descripciones que nos han llegado son poco halagadoras, aunque no peores que las de otros centros de la misma época (cfr. *Espinosa*, 1966a, 1969; *Rodríguez López*, 1980; *González Duro*, 1975a). A pesar de algunas mejoras puntuales, su situación empeoraba como consecuencia del aumento de internados y de las dificultades de alojarlos (cfr. *Danón*, 1978; *Fuster*, 1960).

En 1836 el Ayuntamiento de Barcelona, al cual la Ley de Beneficencia de 1822 otorgaba competencias en materia de asistencia a dementes, planteó la posibilidad de construir un manicomio de nueva planta. A diferencia de lo que se había hecho con la reconstrucción de Nuestra Sra. de Gracia en Zaragoza (cfr. *Rodríguez López*, 1980), propuso hacerlo de acuerdo con las nuevas directrices científicas. Como primer paso, encargó a Felip Monlau la traducción de un folleto de Bierre de Boismont sobre la técnica de construcción de manicomios, al tiempo que establecía una serie de contactos con el gobierno de Madrid para que cediese el convento desamortizado de los Capuchinos de Sarriá con intención de convertirlo en manicomio. El gobierno rehusó y el Ayuntamiento hubo de archivar el tema, en lo que influyó quizá la crisis política que vivió Barcelona entre 1840 y 1842 (cfr. *Pi i Molist*, 1886).<sup>24</sup>

El papel del Ayuntamiento había de ser necesariamente limitado. Chocaba con una filosofía que cedía al Estado todos los poderes en materia de asistencia. Su papel no podía ser más el de elevar peticiones o realizar gestiones. Es por ello que, entre 1840 y 1892, la acción en pro de un manicomio público en Barcelona la llevó adelante la Muy Ilustre Administración del Hospital de la Santa Creu.<sup>25</sup>

El Ayuntamiento se limitaba a recordar a la administración del Hospital el problema que suponían los alienados, sin que adoptase otras iniciativas que las derivadas del apoyo institu-

24. La intervención de Monlau es significativa del sesgo político que había detrás de estas intenciones. Monlau era en la época un progresista. (Véanse *Monlau*, 1984, y *Granjel*, 1983).

25. El Hospital de la Santa Creu estaba administrado por dos concejales y dos canónigos que constituían la llamada MIA (*Muy Ilustre Administración*). Su estatuto de fundación pública de beneficencia controlada por el ayuntamiento le confería una notable capacidad de gestión (*Comelles*, 1980), pero desde las desamortizaciones se hallaba en una situación jurídica muy poco clara.

cional al hospital. Éste se vio por su parte obligado a tomar una serie de decisiones provisionales con cargo de sus propios fondos como fueron la rehabilitación de algunas masías en el Pla de Barcelona y que permitieron resolver el problema de la acogida de nuevos internados hasta la década 1850-1860 (*Fuster*, 1971, 1960). Sin embargo, existía cierta consciencia entre las clases ilustradas de la necesidad de un manicomio como lo prueba la convocatoria en 1840 por la Sociedad Barcelonesa de Amigos del País, de un concurso de proyectos para la construcción de un asilo modelo, que ganó Pi i Molist, discípulo de Monlau.

Cuando la administración del Hospital planeó construir un manicomio nuevo en 1854, recurrió a dicha Sociedad, la cual propuso como técnico a Pi i Molist, el cual se encargaría de redactar el proyecto definitivo (*Pi i Molist*, 1858, 1860).<sup>26</sup> Para documentarse, realizó dos viajes por Europa y visitó algunos de los hospitales más avanzados técnicamente de la época. En su segundo viaje le acompañó el arquitecto Oriol i Bernadet y los proyectos de ambos se presentaron a la MIA a fines de 1859.

El proyecto de Pi i Molist es coetáneo a la fundación de tres manicomios privados basados en los modelos del *non-restraint* británico, pero cuya teorización es menos elaborada que la del primero que se inscribe dentro del esquema del tratamiento moral tal y como lo habían propuesto Esquirol y los franceses. Por su volumen y su rigor preferimos referirnos a él sin olvidar otras aportaciones sustantivas como las de Pujadas (1877) o de Giné i Partagás (1903).

### 2.3.2. El tratamiento moral en España: el «Proyecto Médico Razonado» de Emili Pi i Molist<sup>27</sup>

«Pronto lucirá el día en que el forastero que entre en la llanura de la Ciudad Condal (...) divisará un edificio de longitud

26. La trayectoria política de Pi i Molist no se parece a la de Monlau. Debe ser considerado como un conservador aunque mantuvo posiciones asistenciales avanzadas.

27. Sobre Pi i Molist han escrito todos los tratadistas de la Psiquiatría del siglo XIX. Hay que decir que no se le hace justicia, por cuanto se ignora sistemáticamente su obra capital (1860), que queda relegada detrás de los textos ideológicos, sobre todo en los *Primores del Quijote*. Vg. Sancho de San Román (1959), W. Coroleu (1968), Coll



inusitada, que cautivándole al instante la atención, le llenará de asombro por la esbeltez de sus líneas (...). Quizás acontezca que el forastero (...) dirija a un compatriota nuestro estas candorosas palabras:

«—Hágame su merced la de decirme: ese edificio que allá al pie del monte está sentado delante de un bosquecillo de pinos, sobre viñedos y campos de verdura ¿es el sitio de algún magnate o el palacio de algún príncipe?»

«Y el compatriota responda:

«—No es palacio, aunque lo parece; es el Manicomio de la Santa Cruz.» (PI I MOLIST, 1885:47.)

Pi i Molist es el autor de la más importante obra que sobre asistencia psiquiátrica se haya escrito en este país: el «*Proyecto médico razonado para la construcción del Manicomio de la Santa Cruz*». Este libro no ha sido suficientemente valorado ni por los historiadores ni por los biógrafos de Pi i Molist, a pesar de que es fundamental para comprender la Psiquiatría de su época. Oscurecido durante muros años por la obra «literario-teórica» de Pi i Molist y por la brillantez formal de los ensayos de Giné i Partagàs, el «*Proyecto*», que no era más que una memoria para construir un manicomio, es una obra de un rigor y de una precisión admirables que alinean al autor con los grandes tratadistas del manicomio moral.

Pi i Molist se inspiró sobre todo en los franceses, no en vano se consideró toda su vida un discípulo de Esquirol,<sup>28</sup> aun-

y Pujol (1875), Rodríguez Morini (1932), Espinosa (1966), Ullesperger (1954), Doménech y Corbella (1975), Coroleu (1983), Peset Llorca (1954). Una primera versión de este capítulo fue presentada al XVII Congreso Internacional de la Historia de la Medicina (Comelles, 1981).

28. Su francofilia era proverbial entre los alienistas, y le distanciaba de Giné i Partagàs. El modelo del *Manicomio de la Santa Creu* está muy próximo, salvo ciertos detalles constructivos, del que se construyera en Charenton en base a las ideas de Esquirol entre 1835 y 1885. Giné i Partagàs (1874) elogió sin embargo el proyecto. Su fidelidad a los presupuestos esquirolianos la mantuvo hasta su muerte en 1892. Por ello el Manicomio de la Santa Cruz, que se terminó entre 1905 y 1919, ha sido probablemente el mejor ejemplo arquitectónico de manicomio moral que ha habido en España. Esa misma fidelidad marginó frecuentemente a Pi i Molist del conjunto de sus colegas y dejó en manos de Giné i Partagàs el liderazgo de la Psiquiatría Catalana. Sobre el manicomio, véase Sereñena (1886).

La adhesión de Fuster (1960) o Torras (1961) a Pi i Molist no pasa de ser una afinidad vinculada a la institución. Probablemente el único discípulo de Pi i Molist fue Antoni Sivilla (1845-1915). La crisis del

que conoció las experiencias británicas así como las de la Europa Central. Pi i Molist era escéptico frente a lo que se denominó *modelos nacionales*, es decir, aquellos modelos de manicomios que los distintos Estados habían promovido con el objeto de establecer redes unificadas de centros.

Destacó la necesidad de una crítica sistemática a cada uno de ellos, basada en datos empíricos, con la intención de crear un modelo alternativo adaptado a la realidad del país. Su proyecto, que se inscribía en la ortodoxia del *tratamiento moral*, sentaba las bases de la teoría general de lo que debería ser la red estatal de manicomios. Se trataba de concebir unas instituciones que fuesen capaces, más allá de la simple custodia, de intervenir por ellas mismas sobre los comportamientos. El manicomio era un edificio en cuya forma y distribución estaba contenido el tratamiento: debía tener un significado terapéutico en sus paredes, en sus pabellones, en sus pasillos, y éste no sólo debía impregnar la atmósfera, sino intervenir en el modelo de organización del personal y en la vida diaria de la institución.

La articulación entre significado, estructura del edificio y tratamiento surgía de la voluntad del proyectista, y resumía una concepción de la terapéutica y de la clínica psiquiátrica. En el caso de Pi i Molist, ésta derivaba de su práctica clínico-asistencial en el Servicio de alienados del *Hospital de la Santa Creu* que había hecho reformar y que dirigió entre 1854 y 1892.

Pi i Molist reconoció el subjetivismo del modelo moral y parafraseaba a Esquirol cuando decía que no podía dejarse el edificio en manos del arquitecto (*Pi*, 1860:22), sino únicamente la ejecución de la obra (*Pi*, 1860:XXIII).<sup>29</sup> Para reforzar sus argu-

Manicomio de la Santa Cruz a la muerte de este último fue la constatación definitiva del fracaso del modelo asistencial de Pi i Molist. Derribado parcialmente en 1971, actualmente sólo subsisten del mismo una parte limitada reconvertida como Centro de Cultura por el Ayuntamiento de Barcelona.

29. Por su parte, Bentham decía, refiriéndose al Panopticon: «Dejadme construir una prisión con arreglo a ese modelo, y yo seré el carcelero de ella (...). Cuanto más pienso en ello tanto más me afirmo en que este proyecto es uno de aquellos cuya primera ejecución debe ponerse en manos del inventor» (1979:30-31).

Sobre el Panoptismo, véase Foucault (1976) y para su influencia en España, Miranda (1979). En 1835 Monlau tradujo un opúsculo de Brierre de Boismont sobre construcción de manicomios. Inspiró a Pi

mentos citaba a Falret, en cuya obra la articulación del espacio y la organización asistencial iban parejas. Porque el edificio era la realización de los principios de la medicina mental, de manera que una modificación de ésta entrañaría una modificación de aquélla. Pi justificaba así su posición:

«El manicomio es un establecimiento tan especial que difiere de cualquier otro de beneficencia (...). Influye poderosamente en el estado de ánimo de los enajenados produciendo una impresión favorable o adversa en su físico.

»Todas las partes del edificio con su particular disposición conspiran a la seguridad y comodidad del orate, encubriéndole hábilmente su reclusión y hablándole un lenguaje de caridad y esperanza.» (PI I MOLIST, 1860:XXIII.)<sup>30</sup>

Esta postura suponía una innovación con respecto al tipo de asistencia vigente en el país, en la que predominaba no tanto el custodialismo a ultranza como la falta de una teoría sistemática sobre la práctica asistencial.

Cuando Pi escribía, el modelo moral estaba en crisis superado el optimismo terapéutico del primer tercio del siglo XIX. El itinerario terapéutico a través de la institución que propugnaban los filántropos se había convertido, en razón de su ineficacia, comprobable por la masa de incurables que poblaban los asilos, en una serie de desplazamientos de los enfermos de pabellón en pabellón según su estado: el enfermo que se agitaba era remitido al pabellón de agitados, del cual volvía cuando se tranquilizaba, y así sucesivamente. Poco a poco, el edificio cuyo concepción implicaba una dimensión dinámica, tendía a

i Molist su primer proyecto, presentado en 1847 a la *Sociedad Barcelonesa de Amigos del País*.

30. Las similitudes entre el texto de Pi i Molist y el de Bentham, que se refiere a una prisión, son sorprendentes: «Si se hallara un medio de hacerse dueño de todo lo que pudiese suceder a un cierto número de hombres, de disponer de todo lo que les rodea, de modo que hiciese en ellos la impresión que se quiere producir, se asegurase sus acciones, de sus conexiones, y de todas las circunstancias de su vida, de manera que nadie pudiera ignorarle ni contrariar el efecto deseado, no se puede dudar que un instrumento de esa especie, sería un instrumento muy enérgico y muy útil que los gobernantes podrían aplicar a diferentes objetos de la mayor importancia» (*Bentham*, 1979: 30). A destacar, la palabra objeto en este contexto. En la construcción se tenían muy en cuenta los aspectos *estéticos* referidos a la regularidad de los edificios, a su simetría (cfr. *Pi i Molist*, 1860, *Sereñena y Partagás*, 1883).

convertirse en una teoría de pabellones autárquicos sin otra relación entre ellos que el vaivén de enfermos y servir de instancias de clasificación.<sup>31</sup>

Esta contradicción estaba parcialmente asumida por el propio Pi i Molist, cuando confesaba que la institución era a la vez un manicomio y un asilo (1860:70) y le reconocía una función *protectora y custodial*, como fruto de la inmovilidad que afectaba al 80 % o 90 % de los internados. Ante tal grado de ineficacia había de proponer otros argumentos que justificasen las elevadas inversiones que suponían los manicomios:

«Un manicomio es una obra consagrada de la ciencia médica, en cuyos progresos coadyuva. Es una casa de caridad abierta al infortunio, es un establecimiento de curación y un asilo de incurables (...) es una institución necesaria para el perfecto gobierno del Estado, y constituye uno de los ramos más interesantes del servicio nacional.» (PI I MOLIST, 1860:13.)

El orden en que se expresaba trata de justificar, no tanto la eficacia terapéutica sobre la cual había excecpticismo, sino aquellos otros aspectos que colocaban a la institución en el punto de mira del interés social y corporativo:

«Cuando el gobierno organice la asistencia pública habrá de crear con más o menos formalidades un cuerpo de médicos alienistas, formados en inmensos *teatros de observación* como son los hospitales para la medicina o para la cirugía (...). El manicomio prestará importantes servicios a la enseñanza de esta ciencia y favorecerá las altas miras del gobierno.» (PI I MOLIST, 1860:19.)

El manicomio era un teatro. Los domingos y fiestas de guardar, por un módico precio, las gentes bienpensantes podían contemplar el espectáculo del loco. Los demás días el manicomio era un escenario en el que se representaba ante el alienis-

31. En el proyecto de Pi i Molist los pabellones son concebidos como completamente autárquicos, y los pasillos tienen como única finalidad la de servir de galerías de servicio para el personal. Pi (1860) y Lamarche-Vadel y Préli (1978) han analizado su significado y hallan en ellas la reproducción de un modelo de organización de la sociedad. Entre 1971 y 1976 la rígida estructura del Manicomio de la Santa Cruz tuvo una importancia decisiva en la génesis de facciones entre el personal en conflicto (cfr. *Comelles*, 1979, 1986).

ta o el estudiante, una obra que servía como objeto de conocimiento, del mismo modo que el hospital general era el escenario en el que los médicos podían contemplar libremente la representación de la enfermedad, sin estar atados por la necesidad de secreto que exigía la práctica privada (cfr. *Prat et alii*, 1980). Centro de observación ciertamente peculiar en tanto que su modo de actuar no era exactamente el mismo que el del hospital general, en el cual «los enfermos son los sujetos propios de un curso experimental» (cit. por *Foucault*, 1978:84), pero en donde la función de observación, tal y como se formula al principio del siglo XIX, no es más que la transformación de algo que venía sucediendo de modo más o menos implícito desde mucho antes. El cambio esencial en el hospital del siglo XIX es lo que Foucault llama:

«El contrato entre riqueza y pobreza a la organización, y en el que la rentabilidad de la institución para la iniciativa privada, es devuelta en forma de espectáculo clínico.» (1979:85-86.)

En el manicomio no puede decirse que las cosas sean exactamente las mismas. Hay una doble ruptura, la primera entre las instituciones, hospitales y manicomios, en segundo lugar entre los roles. Se segrega al loco de la masa abigarrada de marginados, se le califica de enfermo, pero al mismo tiempo se le sitúa *fuera* del hospital general, y se les da a sus expertos, a los alienistas, un *status* distinto al del médico. Pi i Molist, director de un servicio de alienados, clamará por la necesidad de que los alienados salgan de él y sean trasladados a un centro adecuado en el que se den las condiciones de aislamiento requeridas:

«de haber de recurrir al aislamiento del mundo exterior, éste es raras veces completo y casi siempre ineficaz en un lugar que no sea el manicomio.» (Pi i Molist, 1860:19.)

Si el manicomio es concebido como un todo unitario no susceptible de excesivas variaciones en su estructura no se garantiza, siempre y cuando se siga aplicando el calificativo de *enfermo* al loco, la distinción entre *pobres* y *ricos*. En consecuencia, el manicomio será una institución en la que se clasificará al enfermo tanto por su estado, como por su nivel social: puede suponerse que el significado de la clasificación de enfer-

mos, no deriva tanto de la observación clínica como de la aplicación de un paradigma nacido de la observación de la estratificación de la sociedad.

Criterios que no suponen una equivalencia entre ellos, sino grados de acercamiento o de alejamiento de lo que supone una armonía plena. Así la clasificación por sexos, que implica para las mujeres tareas domésticas y para los hombres tareas productivas; la clasificación por niveles sociales que aleja de la entrada a pobres y delincuentes; y sobre todo, los conceptos empíricos de clasificación en *tranquilos*, *sucios*, *agitados* y *furiosos*, responden a criterios relacionados con procedimientos de clasificación social, y no tanto a rasgos clínicos.

A estos criterios de clasificaciones que responden a motivaciones económicas entre otras, se añaden otros que ponen en cuestión el principio de unidad y de regularidad que parecía ser uno de los fundamentos teóricos del tratamiento moral:

«El ambiente está bien organizado y regulado (...) para someter al enfermo a otras influencias que las que han causado su alienación; se arranca de sus costumbres la ociosidad, la falta de control de la conducta y se le somete a una disciplina de orden, actividad, tranquilidad y a un bienestar físico y moral (...). El aislamiento provoca una serie de reacciones morales preciosas para la curación de la locura (...).

»El aislamiento, el orden, la calma (...) le sugieren nuevas ideas y le preparan para una actitud tranquila y disciplinada. La reclusión (...) le provoca un deseo inagotable de libertad el cual, coordinado por un médico entrenado y hábil, es una ayuda importante para el tratamiento.» (Pi i Molist, 1860:7-8.)

Principio unitario que se apresuró a desglosar al dividir las terapéuticas en dos grupos: a) los tratamientos farmacológicos o *médicos*, y b) los tratamientos morales higiénicos o *administrativos*, que corresponderían respectivamente a los niveles de actuación sobre el individuo y sobre la colectividad. El autor indica el mayor peso del segundo, que considera específico de la enfermedad mental, el que puede generalizarse a cualquier caso y el de elección prioritaria (*Pi i Molist*, 1860:34).

¿Cuál era el significado de la división de pabellones, si el proceso de segmentación y de segregación interna es más fuerte que los mecanismos de fusión o integración? Parece que la clasificación corresponde fundamentalmente a la necesidad de organizar la segregación de modo lógico, a fin de evitar los con-

flictos y las tensiones, y al mismo tiempo, como un instrumento destinado al mantenimiento del orden:

«A consecuencia de esto, el manicomio ha de estar dispuesto de manera que permita la clasificación más natural, absoluta y metódica de los alienados, que facilite (...) la vigilancia de los subalternos sobre los enfermos, de los enfermeros sobre los subalternos y de la autoridad del asilo sobre todos.» (PI I MOLIST, 1860:16.)

El proyecto arquitectónico debería asimismo corresponder a las necesidades de vigilancia y tender a evitar las formas de interacción informal de los enfermos, que podrían dar al traste con las reglas institucionales. Era necesario que los enfermos se comportasen *naturalmente* para que el espectáculo que de ellos se esperaba no estuviese difuminado por artefactos derivados de aquellos modos de hacer que nacían del intersticio que deja la norma.

Se trataba de que el poder de control y de observación, la «mirada» médica alcanzase lo más recóndito, pero sin que para ello hubiese que caer en el panopticismo que Pi I Molist rechaza por carcelario. En el manicomio modelo se ejerce en forma delegada, pero se ejerce pensando un edificio homólogo a la estructura de su organización.

«que cada parte del edificio tenga una existencia aparentemente independiente, pero subordinada (...) a otro edificio principal en donde reside la dirección administrativa y económica, y que en conjunto y cada una de sus partes sea capaz el establecimiento de producir impresiones agradables en el ánimo de los enajenados suministrándoles calma, sosiego, bienestar (...). Incluso los detalles más insignificante tienen una gran importancia en la terapéutica psiquiátrica.» (PI I MOLIST, 1860:16-17.)

El modelo arquitectónico reproduce una estructura piramidal: el núcleo central es al director, como los pabellones son a los subalternos. El asilo es, como las catedrales góticas del medioevo, es el alienismo, la Psiquiatría de piedra, que busca como su precedente religioso presentar al que está sometido a ella un lenguaje divino representado por el discurso médico:

«El médico director será el jefe del manicomio y dependerá inmediatamente de la Administración (...), todos los demás

empleados estarán bajo su autoridad. Alma de la institución, motor de su vasta y complicada maquinaria, ha de reunir en su mano todos los poderes, notablemente en lo relativo a la medicación, educación y asistencia de los enfermos.» (PI I MOLIST, 1860:301.)

En estas condiciones se rompe uno de los principios básicos de la medicina decimonónica, el de la relación dual del contrato liberal por el cual el paciente adquiere mediante un pago el derecho de recibir los conocimientos elaborados en otro lugar. Crisis tanto más importante cuanto el alienismo, la Psiquiatría decimonónica *no puede* hacerse en el gabinete privado porque carece de los tres factores que caracterizarán el mismo: el caso individualizado, la psicoterapia y, más tarde, la farmacología. Psiquiatría que no puede ejercer más que en el seno de una institución en la cual la visita médica corresponde en propiedad a las reglas de cortesía o a las necesidades de observación más que a una intervención terapéutica que se ejerce exclusivamente en base a una presencia y una imagen.

La atención al enfermo no puede estar individualizada, porque el tratamiento moral es un tratamiento *colectivo*. En los grandes manicomos hay que abandonar al enfermo a su suerte, al no poder atenderle con cierta regularidad, y el alienista ha de confiar casi exclusivamente en la información que le suministran los subalternos. Estos, que conviven *realmente* con los enfermos carecen de un estatuto que regule su tarea, su función se asimila a la del mobiliario: debe estar en algún lugar, pero no tiene establecido un tipo de actuación determinada. La presencia-ausencia del médico, la escasez de personal y la falta de un reglamento preciso de actuación, dejaban al subalterno amplios poderes de decisión y ejecución, y una autonomía considerable. Este sistema daba lugar a abusos constantes; son buena prueba las críticas que se han hecho a los manicomos desde entonces. El autor que no ignoraba la dificultad de un control estricto del personal, intentaba establecer controles pasivos, físicos, encerrándoles mediante llaves especiales con los enfermos. Con ello no hacía más que favorecer la autonomía de los virreyes del pabellón respecto al emperador del edificio central.<sup>32</sup>

32. El significado del personal auxiliar puede verse en Lamarche-Vadel y Préli (1978) y en Zillioux (1975). Con todo, será Goffman quien efectuará las mejores descripciones de su comportamiento (1961). So-

A esta distinción entre centro y periferia, entre espacio noble y espacio plebeyo, se añaden diferenciaciones que afectan a la distribución de este último. Sitúa a los furiosos y a los pobres en los extremos de la institución, lejos de la puerta central; mientras agrupa junto al claustro los pensionistas, disposición que de hecho favorece una mayor cercanía del alienista a estos últimos, pero que se justifica mediante un argumento pedagógico:

«Que la reunión de ricos y pobres en unas mismas secciones (...) traería graves consecuencias, casi no admite réplica; porque es indudable que ni en la sociedad suelen familiarizarse ni menos confundirse los individuos de ambas clases, cuya distinción se funda por lo común, en algo más noble que la simple fortuna, ciega muchas veces e injusta algunas.» (PI I MOLIST, 1860:62.)

La referencia al nacimiento para la distinción introduce en sus planteamientos un factor elitista que sitúa el discurso en la ideología de la burguesía decimonónica. Ya no se trata de argumentos clínicos, sino ideológicos, en los que la separación entre unos y otros supone niveles distintos de atención, pero a la vez intentos de favorecer la emulación de los ricos por los más pobres, del mismo modo por el que en la sociedad, las buenas maneras son siempre las de los primeros. El manicomio, tal y como lo concibe, tiene sentido como un servicio de la administración pública a la sociedad. En él los menos dichosos podrán edificar su espíritu con la contemplación del ritual educado, elegante de las clases altas. Este instrumento puede ser eficaz para el Estado:

«Para la patria, que con la realización del proyecto, satisfará una de las necesidades más urgentes de su administración; para las personas caritativas que arden en deseos de dar impulso a la beneficencia pública de los orates hasta ponerla al nivel con las demás naciones europeas.» (PI I MOLIST, 1860: XVIII.)

Abordamos la dimensión reformadora, política del «Proyecto». Su autor se enfrenta con dos hechos: en primer lugar, las

bre el rol que se atribuía al personal auxiliar pueden verse Giné (1874), Pujadas (1857) y en general los reglamentos de manicomios remitidos a las autoridades.

presiones que ejerce la sociedad ilustrada barcelonesa sobre las autoridades locales para que resuelvan el problema de la asistencia a los alienados, y en segundo lugar, la falta de una política de Estado.

Aunque el autor se dirige a la Administración del Hospital, su intención es que llegue a oídos de las autoridades para evitar la repetición de errores como los que condujeron a la construcción del manicomio de Leganés:

«La casa de Santa Isabel, en Leganés, erigida en 1851 es un ensayo mezquino, que por cierto saldría muy mal librado de la crítica del más imparcial frenópata.» (PI I MOLIST, 1860: XIX.)

Y que le sirve también para diagnosticar las causas de tales errores y de la falta de equipamiento:

«Nuestra literatura psiquiátrica es pobre, así debemos confesarlo, a pesar que se resienta el orgullo nacional, y en punto a construcción de hospitales, fuera de la breve memoria de Brierre de Boismont, ya algo añeja, y de algún otro opúsculo impreso o manuscrito (...) en balde se buscaría una obra que pudiese ser consultada con fruto.» (PI I MOLIST, 1860: XIX.)

El argumento central está en la necesidad de que el Estado gestione el equipamiento hospitalario psiquiátrico. Intuye que tan sólo los poderes públicos pueden hacer la generosa inversión que supone una buena red de manicomios, así como los únicos que pueden velar a su sostenimiento. Critica las instituciones privadas, siguiendo a Duclos, porque es escéptico en cuanto a sus condiciones:

«Ello es evidente que, aun reconociendo la buena fe, caridad y desinterés de los directores de estos establecimientos (privados), nunca aventajarán a los públicos en punto a las seguridades que en todos los conceptos reclaman los derechos de los enajenados, de su familia y de la sociedad.» (PI I MOLIST, 1860:21.)<sup>33</sup>

33. Un ataque mucho más duro está en la memoria a la Real Academia de Medicina (Pi i Molist, 1858).

El «*Proyecto*» tiene otra dimensión importante: no es únicamente una descripción fría de una distribución determinada del espacio, sino también una reflexión sobre las causas y las consecuencias de la enfermedad mental que es necesaria para justificar el papel de la institución en la terapéutica y en el aparato de asistencia público (*Pi i Molist*, 1860:1 y ss.). No es una casualidad, contra lo que puedan pensar quienes creen que se limitó a copiar a los autores franceses, que intente establecer un modelo nuevo de institución —dentro de las reglas del juego del tratamiento moral— que denomina modelo «español», y que diferencia de los otros modelos «nacionales»: el anglosajón, el francés y el alemán:

«Los modernos hospitales de locos presentan en su parte material diferencias muy notables, caracteres muy distintos derivados, no sólo del modo como unos y otros alienistas han querido cumplir con los requisitos del aislamiento de los orates y las indicaciones de su tratamiento colectivo, sino también, aunque secundariamente, de las circunstancias particulares del terreno, clima, costumbres, etc..., de los países que han fundado asilos.» (*PI I MOLIST*, 1860:344.)

Los criterios de su propio esquema fueron elaborados a partir de su experiencia y de sus observaciones en el servicio de alienados del *Hospital de la Santa Creu* de Barcelona. La diferencia fundamental entre su modelo y los otros está en la subordinación de la distribución espacial del manicomio a una clasificación rigurosa de los internados por grupos patológicos «naturales»: *furiosos, agitados, clinequesas (gatistas), epilépticos, impúdicos, suicidas y homicidas, convalencientes y tranquilos*, o en «consideraciones sociales muy atendibles» (*Pi i Molist*, 1860:348), lo cual incluye la división por sexos, por clases de edad (niños, adultos, ancianos) y por su situación económica: beneficencia o pensionistas de tres clases distintas. Distinciones importantes que reflejan la composición de la población de la época y la naturaleza del alienado, como individuo cuyo comportamiento no se ajusta a los patrones vigentes (impúdicos, por ejemplo) y que le hacen desconsiderar una de las clasificaciones más habituales en Europa, aquella que se establece entre curables e incurables, y reforzar la que separa los pensionistas de primera (las élites sociales y económicas) del resto de los internados. En esta separación hay algo más que una simple división en clases, hay un modelo de sociedad:

«Las causas así predisponentes como ocasionales de su mal (la locura) se hallan por lo común en el elemento en que vive, en sus negocios, en sus relaciones y hasta en la misma familia.» (*PI I MOLIST*, 1860:7.)

Si estas causas son desadaptativas, a través de ejemplos de orden y armonía el orate puede recuperar la razón. El ejemplo que pudieran dar los internados de clase alta era percibido como decisivo a pesar de las tensiones interclasistas:

«En el seno de las clases menos dichosas, menos ilustradas, menos instruidas en la moral cristiana germina, por desgracia, cierto afecto de desvío y de desamor, ya que no envidia malquerencia y aborrecimiento hacia las más privilegiadas. No negaré que ambas clases contribuyen involuntariamente a su división, pero ello es que existe, y que por mucho que progresen las sociedades existirá largo tiempo.» (*PI I MOLIST*, 1860:63.)

La locura era un peligro para la sociedad, pero la del rico y la del pobre no eran exactamente lo mismo. Los pensionistas de primera se situaban cerca de la puerta de entrada, junto a la administración, en el área donde estaban también los tranquilos y los convalencientes, mientras que los enfermos de beneficencia se situaban en las restantes secciones de la casa. Los primeros disponían de un departamento completamente autónomo, mientras que los de segunda o tercera se veían mezclados con los de beneficencia:

«Es perjudicial la reunión absoluta de pensionistas e indigentes. A ella se oponen también consideraciones técnicas porque es incalculable el gasto que acarrearía, no sólo la construcción de las estancias de los ricos dentro de todas las secciones del establecimiento, sino la complicación consiguiente del servicio.» (*PI I MOLIST*, 1860:65.)

Se percibe el criterio censitario según el cual se clasifica en grupos definidos por la educación, el poder económico y que es característico de la política del XIX.

Con una visión quizá poco crítica, se tiende a percibir la actitud de los alienistas como básicamente reaccionaria. En el contexto de su tiempo esas posturas han de ser percibidas como reformistas e intentos sinceros, aunque a menudo poco críticos, de mejorar la situación real de los internados. De ahí la profunda irritación de *Pi i Molist* o de *Giné i Partagás*

(1883) ante la falta de colaboración de los poderes públicos. El primero se duele de que el gobierno no se asesore en la *intelligentsia* de su tiempo, e intenta una y otra vez mostrar cómo sus propuestas van en el sentido de consolidar un modelo de organización del Estado en el que el control social no dependa exclusivamente del aparato policíaco-militar, o carcelario, sino de una serie de instancias e instituciones que apliquen soluciones científicas a las personas no plenamente integradas en la sociedad.

En el contexto en que escribe Pi i Molist había quedado clara la incapacidad del Estado por mantener el orden político. Es la época en la que los empresarios cierran las fábricas situadas en Barcelona y sus alrededores y las construyen en zonas rurales de Cataluña, en el Alt Llobregat, en el Ripollès. Esas fábricas se asocian a colonias de población en las que los empresarios organizan por su cuenta y riesgo la sanidad, la enseñanza y el ocio distribuyéndose competencias del Estado.

Pi i Molist percibió estos cambios. Su propuesta a pesar de su brillantez formal era anacrónica, ya que sus bases teóricas correspondían al sensualismo del siglo XVIII y su formulación práctica se había realizado en el primer tercio del siglo XIX. La política manicomial en los países europeos hacia 1860 es una política centrada ya no exclusivamente en el manicomio, sino en la que éste es parte integrante de una amplia política de orden público (cfr. *Lamarche Vadel*, 1978; *Rothman*, 1971).

En Cataluña no existía una política de esas características, y aunque era posible seguir postulando el optimismo filantrópico-terapéutico del tratamiento moral, no era posible pensar en presentar el manicomio ante las autoridades como un dispositivo de la política de orden público, porque ésta estaba de hecho privatizada.

La cuestión que se puede plantear es si esta política de cesión de competencias asistenciales a los particulares era la consecuencia de la incapacidad del Estado o de la existencia de un pacto implícito entre la burguesía catalana y el Estado que implicaría el delimitar dos esferas de actuación separadas según las cuales el Estado no intervendría en el Principado a cambio de algunas contrapartidas para la burguesía autóctona.<sup>34</sup>

34. Debo este planteamiento a Ignasi Terradas (1979, 1984), para el cual la privatización en Cataluña camuflaba una forma de caciquismo.

### 2.3.3. La praxis del tratamiento moral<sup>35</sup>

«¿Por qué Cataluña, al igual que las otras regiones de la nación carece de manicomios públicos? Porque somos españoles. Los tenemos relativamente numerosos debido a la iniciativa y peculio individual... porque somos catalanes.» (GINÉ I PARTAGÁS, 1883-1903:335.)

La intención de Pi i Molist de crear una institución modelica que sirviese de ejemplo para una futura red asistencial de titularidad pública no pudo llevarse a cabo. Un conjunto de vicisitudes de las que daremos cuenta más adelante condujeron a que el Manicomio de la Santa Cruz, que se construyó entre 1886 y 1915, lo hiciese como centro privado (cfr. *Comelles*, 1980). El fracaso de Pi i Molist no impidió que entre 1840 y 1904 se pasase en Cataluña de unas 250 camas psiquiátricas, todas ellas públicas, a casi 2.500 de las cuales 2.100 eran privadas.<sup>36</sup>

Este desarrollo no discurrió por los caminos trazados por Pi i Molist. Pensaba en una red pública de manicomios porque no se recataba en proclamar la imposibilidad de una praxis adecuada en las instituciones privadas (lo cual le enfrentaba a Giné i Partagás). De ahí que las fundaciones privadas no siguiesen los criterios propuestos por él, muy influenciado por la psiquiatría francesa, sino por los principios más o menos difusos de un *non restraint* que Seguin (1883) consideraba absolutamente vacío de base teórica, pero que se ajustaba mejor a las expectativas potenciales de mercado centrado en la demanda de las clases medias y altas.

Las nuevas instituciones se desarrollaron a partir de las iniciativas de una serie de alienistas particulares, propietarios de centros asistenciales destinados en una primera fase a enfermos privados aunque algunos, con el tiempo, alquilaron plazas para enfermos a cargo de las Diputaciones.

Como es sabido, algunas corrientes historiográficas en Cataluña oponían el caciquismo castellano a la imagen de una burguesía catalana industrial y avanzada. Véase a este respecto el reciente artículo de Borja de Riquer (1985) que incide en esta problemática.

35. Este capítulo y el siguiente fueron publicados parcialmente en la revista *Ciència* (*Comelles*, 1982).

36. La única iniciativa pública del siglo en Cataluña fue la construcción en 1885 por la Diputación de Gerona del Manicomio de Salt. Su construcción respondía exclusivamente a razones administrativas. Aparicio (1980:555) destaca cómo en esta fundación tuvo que ver el descrédito de *Sant Boi*.



Se trata de manicomios con escaso número de plazas, una decena de enfermos en la *Torre Lluñática*, de Lloret de Mar, dos centenares en la *Nova Betlem* de Giné i Partagás, en *Sant Boi* de Pujadas o en el Frenopático de Dolsa y Llorach. No va a ser sino a fines de siglo que algunas de ellas, en particular *Sant Boi*, iniciarán una expansión que las conducirá a sobrepasar el millar de internados hacia 1900 (cfr. *Rodríguez Morini*, 1903).

Con anterioridad a 1870, todas ellas tenían el carácter de instituciones privadas fuertemente impregnadas de ideas filantrópicas (cfr. *Giné*, 1883; *Ronquillo*, 1884; *Sereñena*, 1883, *Rodríguez Méndez*, 1903), que hacían un esfuerzo muy importante en asegurar la máxima calidad hotelera, y el uso de las prácticas asistenciales en boga en países europeos. Lo corroboran los testimonios, que pueden suponerse imparciales, de Seguí (1883) y de Ullesperger (1954). Ambos coinciden en afirmar la superioridad de las mismas respecto al equipamiento público de su tiempo, aunque existen muchas reservas en el momento de evaluar la calidad de la asistencia que se realizaba en cada una de ellas.<sup>37</sup>

Por orden cronológico fueron las siguientes: 1) La *Torre Lluñática* de Lloret, fundada por Francesc Campderá en 1844; 2) el Manicomio de *Sant Boi* de Pujadas, fundado en 1853; 3) el Manicomio de la *Nova Betlem* de Giné i Partagás que funcionaba desde 1850, pero como manicomio sólo desde 1857; 4) el Instituto Frenopático de Dolsa y Llorach que emperó a operar entre 1868 y 1874; 5) el Manicomio de la Santa Cruz inaugurado en 1890 de forma parcial y que debe ser considerado una institución privada; 6) El Manicomio de Reus de Briansó, que cierra la lista de las grandes fundaciones, construido a partir de 1900 y 1904. A ellos habría que añadir la ampliación de *Sant Boi* en 1892.

Terminadas las obras de estos últimos, no volvió a existir en

37. Tanto Ullesperger (1871-1954) como Seguí (1883) efectuaron sendas evaluaciones del equipamiento psiquiátrico de la época. El balance de Seguí, un psiquiatra norteamericano que recorrió prácticamente todos los manicomios del país, es particularmente duro, tanto en relación con la calidad de la asistencia como en relación a la capacidad científica de los alienistas que los dirigían. Con algunas excepciones (Pi i Molist, Giné i Partagás) considera el nivel intelectual de los psiquiatras ínfimo y la presunta política de *non restraint*, que muchos propugnaban, una palabra vacía de todo contenido teórico.

Cataluña, hasta después de la Guerra Civil, ninguna otra intervención privada importante, aunque se construyeron algunas pequeñas clínicas con escaso número de camas y sin ninguna trascendencia.<sup>38</sup>

Como centros destinados a una clientela privada, la ubicación de los mismos no respondió a una planificación, sino a la cercanía del mercado barcelonés. La Diputación de Lérida que tenía un potencial demográfico a su cargo reducido, no construyó jamás un manicomio —el construido recientemente no se ha inaugurado—, la de Gerona lo hizo hacia 1904 y la de Tarragona aprovechó las facilidades de las instituciones privadas de su territorio: el Instituto Pedro Mata y más adelante en el siglo xx el sanatorio Villablanca.<sup>39</sup> Entretanto, las tres Diputaciones utilizaron sobre todo el manicomio de *Sant Boi*.

Desde el punto de vista de la administración y gestión, hay que distinguir entre: 1) clínicas privadas: *Nova Betlem*, *Torre Lluñática* y Frenopático que recogían, a veces, enfermos del sector público pero que eran fundamentalmente centros destinados a clientela privada, 2) el Manicomio de la Santa Cruz

38. Sobre la *Torre Lluñática*, véase el testimonio de Ullesperger (1954:139). Por lo demás, he encontrado pocas referencias del mismo. Probablemente la institución, que aún existe, conserva documentación valiosa del siglo xix. Sobre *Nova Betlem* puede hallarse información en Letamendi (1874), Coll y Pujol (1874), Pi i Molist (1881) y Seguí (1883) y Giné y Partagás (1874). Un juicio crítico lo expresó Pi i Molist (1858). A principios del siglo xx fue adquirida por el *Hospital de la Santa Creu*, constituyendo en los años veinte una clínica de reposo y convalecencia. Sobre el Frenopático, vg. Martí i Tusquets (1970), Dolsa (1871), Dolsa y Llorach (1874), Trujillo Cubas (1970). Sobre *Sant Boi* existe abundantísima documentación. Al margen de un folleto (*Instituto Manicómico...*, 1857), debe verse Pujadas (1877), puede consultarse la recopilación de textos de Galcerán (1889), Ullesperger (1954:139) que hizo extraordinarios elogios del mismo, así como el testimonio de Seguí (1883). De carácter mucho más hagiográfico son Rodríguez-Morini (1929) y Marcet (1954). Una crítica muy severa en este siglo puede verse en Vives i Casajoana (1979). Finalmente, en la colección de la *Revista Frenopática Española* existe una gran documentación sobre el mismo. Véase también Martínez Dorgas y otros (1902). Albert Trullols presentó una tesis de doctorado sobre las últimas etapas de la institución en las que compilaba buena parte de la documentación sobre el mismo (1980), y más recientemente Pedro Antón le ha dedicado una monografía (1983). Sobre el conjunto del equipamiento catalán véase el libro «amarillo» (*Generalitat de Catalunya*, 1980).

39. Sobre el Instituto Pedro Mata, ver Briansó (1911) y Briansó (1931).

de carácter semi-público y que atendía a pensionistas privados, pero sobre todo enfermos de beneficencia, y 3) *Sant Boi* que era un centro privado que arrendaba mayoritariamente camas de beneficencia al sector público: Diputaciones provinciales, Ejército, Marina...

Estas instituciones nacen como proyectos innovadores de los psiquiatras y en el momento de su fundación se inscriben en la ortodoxia del tratamiento moral, bien en su orientación más rígida, inspirada del modelo francés (*Pi i Molist*, 1860), bien en el *non restraint*. Todas ellas, salvo el Manicomio de la Santa Cruz, fueron en su origen instituciones destinadas a la clientela privada, aunque favorecían eventualmente el acceso a los menos pudientes. En todos los casos, y eso puede comprobarse en la lectura de las memorias de cada una de ellas, los propósitos de los fundadores eran filantrópicos, y en no pocas ocasiones exponían su propio peculio para mantener los hospitales en las mejores condiciones de asistencia y competitividad.

Galcerán (1889) publicó los resultados que la inspección provincial de Madrid hiciera de Sant Boi, en un periodo en que, como veremos más adelante, ya no era lo que fue en época de su fundador, Antoni Pujadas. El dictamen que lo comparaba con Ciempozuelos, construido hacía una década por la Orden Hospitalaria le era muy favorable, en casi todos los puntos. Ullesperger (1871-1954) elogió también el decrepito servicio de Pi i Molist en la *Santa Creu*, en el que reconocía que en el marco de un edificio vetusto había logrado una organización moderna.

La evolución de estas instituciones sigue tres pautas distintas: según sean pequeños o grandes centros privados que aceptaban a enfermos públicos, o centros en los que el número de enfermos a cargo de las Diputaciones o beneficencia iba superando al de pensionistas.

Los primeros eran pequeñas clínicas en las que se aplicaban las nuevas técnicas con pocos enfermos y un personal reducido: el caso más característico es la *Torre Llundàtica*, de Lloret. Se trata de clínicas de médicos particulares que pueden subsistir sin demasiados problemas con las pensiones de los enfermos de clases altas o medias.

El segundo caso corresponde a *Nova Betlem* o al Instituto Frenopático, que ocasionalmente admiten enfermos públicos aunque siempre en proporción inferior a la de los pensionistas (*Martí Tusquets*, 1970). Es de suponer que Giné i Partagás, di-

rector de *Nova Betlem*, que tenía una formación predominantemente anglosajona, siguiese ese modelo que permitió la subsistencia cómoda del centro hasta principios del siglo xx. El Instituto Frenopático siguió esos mismos pasos. Mantuvo un cierto número de pensionistas hasta 1880 en que fueron enviados a *Sant Boi*, y el centro quedó como exclusivamente privado. *Nova Betlem* fue vendido al *Hospital de la Santa Creu* a principios del siglo xx, y hasta la Guerra de España se mantuvo su carácter de clínica privada *de reposo*, como una hijuela del Manicomio de la Santa Cruz.<sup>40</sup> El escaso desarrollo de este grupo de centros deriva de la falta de una demanda afectiva por parte de la clase alta, testimonio de su escaso volumen demográfico. Su papel en la definición y el desarrollo de la asistencia psiquiátrica es muy limitado a partir de 1900.

El tercer grupo lo componen instituciones que originariamente se configuran como centros grandes: Manicomio de la Santa Cruz, *Sant Boi*, *Pere Mata*. Progresivamente van reduciendo las plazas de pensionistas a expensas de enfermos remitidos por las distintas Diputaciones Provinciales, o de la beneficencia del centro. Son las instituciones más interesantes, por dos razones. La primera de ellas es que no se hallan tan sometidas a la influencia de sus fundadores como las otras. La segunda, porque desde el punto de vista del desarrollo de la asistencia psiquiátrica son los que juegan el papel más importante. Si en París se citan *Ville-Evrard*, la *Maison Blanche*, o *Ste. Anne*, en Barcelona ese papel equivalente lo cumplen *Sant Boi*, o el Manicomio de la Santa Cruz.

No voy a entrar en la descripción de todos y cada uno de ellos, ni tan sólo efectuar un examen exhaustivo de su papel. Sus propósitos filantrópicos entraron en crisis cuando se vieron obligados a aceptar enfermos a cargo de las Diputaciones que estaban internados en otras instituciones. Estas instituciones inician entonces una fase de degradación asistencial, que los conduce entre 1880 y 1920 al custodialismo.

La degradación custodial de los centros filantrópicos catalanes se corresponde con el periodo de progresiva subsidiariza-

40. Tanto el *Frenopático* como *Nova Betlem* rechazaron muy rápidamente la posibilidad de arrendar plazas a las Diputaciones. Giné era partidario de separar radicalmente las instituciones públicas de las privadas, probablemente como consecuencia de los problemas a que ello había producido en Sant Boi y que su discípulo Galcerán hubo de sufrir (cfr. *Galcerán*, 1889; *Giné*, 1903).

ción de las competencias del Estado y las Diputaciones en relación con las instituciones privadas, especialmente las fundadas por órdenes religiosas. Es por ello interesante seguir con cierto detenimiento el proceso seguido por *Sant Boi* entre 1870 y 1890.

*Sant Boi* había sido fundado por Antoni Pujadas en 1854, en un antiguo convento, desamortizado en 1837, del cual había sido novicio. Pujadas se planteaba la asistencia desde el punto de vista del tratamiento moral, e intentaba crear una clínica modélica, no tanto mediante la arquitectura sino por una organización minuciosa y bien estudiada de sus servicios (*Pujadas*, 1877). El modelo que utilizó se basaba en los principios morales de la Psiquiatría francesa, pero también en el *non-restraint*. Hacía hincapié en la calidad y abundancia del servicio y en las condiciones higiénico-sanitarias del centro. Ullesperger que lo visitó hacia 1865-1870, lo calificó de centro modélico casi sin reservas, y lo situaba entre los mejores que había visto. Según (1883), y la Comisión inspectora de la Diputación de Madrid (*Galcerán*, 1889), que visitaron el centro en un período mucho menos brillante que el de Pujadas, elogiaron sus buenas condiciones de higiene y de servicio.

La crisis del manicomio se produjo a partir de 1870 con el escándalo Sagrera, pero también porque en 1870 Pujadas pidió a la Diputación que le enviase enfermos a su cargo, a los que atendería como a pensionistas. Con la invasión de indigentes, los pensionistas empezaron a desertar del centro, que fue quedando desacreditado ante la clientela privada. Como la institución caminaba hacia la bancarrota, Pujadas se vio en la necesidad de optar entre vender el Instituto a la Orden Hospitalaria o al Gobierno Civil. Escogió esta última, pero su oferta fue rechazada.

A partir de la muerte de Pujadas (1881), pasó a ser administrado por una comisión ejecutiva compuesta por los acreedores. La crisis económica era gravísima y se acrecentó con una epidemia de cólera. La Institución fue adquirida por estos últimos. Con el nombramiento de Galcerán como director se restableció el *non restraint* y organizó con bases nuevas la institución que contaba ya con unos 850 enfermos. A pesar de sus esfuerzos la situación no podía mantenerse porque el centro estaba desprestigiado entre la clientela privada. La única solución era reforzar los conciertos con las Diputaciones y ampliar sus instalaciones para ofrecer este tipo de servicio (cfr.

*Galcerán*, 1889). El período de 1890 a 1915 es por lo demás borrascoso: epidemias, mortalidad elevada, degradación como lo prueban documentos procedentes de diversa fuente, pero sobre todo, las durísimas críticas de Vives i Casajoana (1979) y las de la comisión investigadora de la Diputación (1911). A pesar de los intentos de justificación de Rodríguez Morini (1929), de Marcet (1954) y en cierta medida de Antón (1983), no cabe duda que el centro había caído en pleno custodialismo, y que se sostenía a base de la explotación económica de los internos y de las pensiones de las Diputaciones. En 1891 se agrandó para transferir a él los enfermos de Diputación que estaban en el Frenopático, se construyó el actual manicomio de hombres que seguía vagamente el modelo del tratamiento moral, y se vendió la institución a la Orden Hospitalaria. Con esta operación termina el período más imaginativo del centro. La Orden implantó un régimen de dominancia administrativa sobre los alienistas, y a pesar de los esfuerzos de Rodríguez-Morini (1929) por justificar el mantenimiento de niveles adecuados de asistencia, las cifras sobre la misma eran muy duras; mortalidad altísima, graves irregularidades administrativas, epidemias, crecimiento desmesurado de la masa de enfermos, (cfr. *Diputación de Barcelona*, 1911).<sup>41</sup>

Aunque haremos referencia a él al hablar de la siguiente etapa de la Psiquiatría catalana, podemos adelantar la opinión de un experto de la Mancomunitat, que evaluaba así, entre 1915-1920, el Departamento de Mujeres de este centro:

*«D'aquest manicomi poques paraules se n'ha de dir, i aquestes poques paraules són que s'haurà realitzat un gran bé humà i social el dia que se'l faci desaparèixer, car en ell no hi ha res, que no hagi d'ésser destruït que no faci l'hora que les pobres malaltes que no son assistides, puguin ésser traslladades (...). No com ara que es troben subjectes a grandíssims defectes de tot ordre (...) sotmetent-les a una acció corrosiva per a llur personalitat que ràpidament les enfonsa en formes demencials de major embrutiment.»* (VIVES I CASAJOANA, 1979:6.)

La adquisición de *Sant Boi* por la Orden lo convirtió, al unir orgánicamente el hospital para hombres y el de mujeres,

41. El padre Menni, representante de la Orden y el Superior de Ciempozuelos, asumió la dirección y cesó a Galcerán nombrando a un médico sin experiencia psiquiátrica. Más tarde hubo de rectificar y nombrar a Rodríguez-Morini (cfr. *Rey*, 1985:231).

en el manicomio más grande de España. *Sant Boi*, un pueblo agrícola del *Baix Llobregat* se convirtió en el símbolo de la locura y la expresión «*anar a Sant Boi*» un insulto. A pesar de la literatura hagiográfica que ha engendrado este centro, posiblemente por su condición de institución religiosa, fue el gran manicomio custodial del país, aquel que engendró los mayores escándalos y, en cierta manera, la imagen de lo que había provocado la hibición de los poderes públicos.

Resulta sorprendente que el mismo Estado que tolera la corrupción y los escándalos a pesar de las inspecciones, obstaculice con argumentos legales y silencios administrativos la construcción del manicomio público propugnado por el *Hospital de la Santa Creu* y patrocinado por el Ayuntamiento de Barcelona, y es de suponer por el Cabildo. El «*Proyecto*» de Pi i Molist y la memoria de los planos de Oriol y Bernadet, junto con la estructura de financiación del nuevo centro, fueron remitidos en 1860 al Ministerio de la Gobernación para su visado y autorización. Se adjuntaba un proyecto de financiación de la institución, basado en la venta de Títulos de Deuda que eran propiedad del *Hospital* que iban destinados a constituir un capital cuyos intereses permitirían, junto con la explotación agrícola adyacente y las pensiones de los enfermos privados, la autonomía económica de la institución.

El Ministerio elogió el proyecto pero no autorizó su construcción. El *Hospital* estaba clasificado como institución pública provincial y los manicomios públicos eran competencia exclusiva del Estado según la ley de 1849. Este contencioso es confuso: sorprende que el Estado no admita la realización de una obra a la que no ha de financiar y que pertenecía a una entidad pública, pero el hecho es que el proyecto permaneció congelado entre 1860 y 1873 por problemas estrictamente jurídico-políticos, en la misma época en que el Gobierno Civil rechazó la propuesta de Pujadas para hacerse con *Sant Boi*.

En 1873 y aprovechando una confusa coyuntura política, la administración del *Hospital* solicitó del Estado un cambio de calificación de la institución hospitalaria, como establecimiento privado de beneficencia que le permitiese eludir la legislación sobre titularidad de manicomios públicos y las leyes desamortizadoras, y pudiese adquirir y vender propiedades, fincas o inmuebles sin problemas de ningún tipo (*Manicomio de la Santa Cruz*, 1886:29). En esta ocasión Gobernación dio su beneplácito, pero el Ministerio de Hacienda se opuso a pesar de

las presiones del Ayuntamiento de Barcelona. El municipio solicitó de la MIA informes sobre los obstáculos que encontraba en Madrid. La MIA contestaba que aun en caso de aprobación gubernativa, las previsiones económicas de 1860 habían quedado completamente superadas, y que no iba a ser posible una inversión como la que suponía el manicomio. Por fin, el 13 de mayo de 1877 se removieron los últimos obstáculos oficiales, pero aparecieron entonces los económicos (*Manicomio de la Santa Cruz*, 1886:29, *Comelles*, 1979, 1980).

La salida a esta situación fue la privatización que ofrecía un marco más flexible para mantener la autonomía económica y de gestión. La conversión del centro en entidad privada era también una solución complicada, porque la reglamentación sobre fundaciones de la Restauración, que regulaban su régimen jurídico lo delimitaba de modo insuficiente; en él cabía a durísimas penas la Bula Fundacional del *Hospital de la Santa Creu* que databa de 1401, pero en cambio, bajo esta estructura oscura y ambigua, la administración pudo establecer un modelo económico y de gestión que mantuvo en pie al *Hospital* y al manicomio hasta 1978 (cfr. *Comelles*, 1980).

Esta situación tuvo otra consecuencia. Parece evidente que la lucha personal de Pi i Molist por su manicomio cercenó sus posibilidades de proyección pública. De haberse construido entre 1860 y 1870 como centro público hubiese podido jugar un papel importante en la profesionalización de la ciencia especial, del mismo modo como otras especialidades médicas nacieron del prestigioso *Hospital de la Santa Creu*. El carácter de hospital universitario que tuvo hasta 1904 se hubiese ampliado al manicomio (cfr. *Comelles*, 1980).

En cambio, la lucha de Pi i Molist por un centro al que apenas pudo ver inaugurado, cercenó sus posibilidades de crear escuela y de sentar las bases de una corriente asistencial parecida a la que pudo llevar a cabo Giné i Partagás. La privatización de la Santa Cruz motivó que en 1892 su *status* fuese el que tenían desde 1850 la *Nova Betlem* o *Sant Boi*.

Ausente la iniciativa pública en la asistencia psiquiátrica, únicamente los centros privados podían ofrecer un espacio para la investigación y la formación. Si en los propósitos de los grandes alienistas del siglo XIX estaba muy clara la necesidad de disponer de esos centros, tanto para la terapéutica como para la investigación y la formación, la crisis de estas últimas se presentan en toda su magnitud: en efecto, el método de consti-

tución del conocimiento en Psiquiatría pasaba por los manicomios y era independiente a su dimensión terapéutica. Si fallaba, no podía asegurarse el recambio generacional de la profesión.

#### 2.3.4. *El fracaso del tratamiento moral*

La crisis institucional en Cataluña es extrapolable al conjunto del país, no en vano los alienistas catalanes son considerados en el siglo XIX los líderes de la reforma de la asistencia. Las razones de su fracaso residen en la custodialización de las instituciones privadas, y la imposibilidad de crear una estructura institucional pública que asegurase la investigación, y la formación de nuevos alienistas.

La evolución hacia el custodialismo es una constante del modelo de *tratamiento moral* edificado en la primera mitad del siglo XIX. Las explicaciones del tránsito son muy variadas y van desde la necesidad de retener casi a la fuerza a los pacientes pobres con el objeto de asegurar mano de obra a las instituciones (Lanteri-Laura, 1972; Rothman, 1971:143), a la ventaja de mantener al máximo número posible de enfermos a cargo de la administración para incrementar la aportación de éstas (cf. *Diputación*, 1911; *Galcerán et alii*, 1889). De ahí que las direcciones estableciesen estrategias destinadas a limitar las visitas para evitar protestas de los familiares de los internados, instrumentos legales de internamiento sin otro control que el del director, máximo responsable del funcionamiento de la institución, o mantener severas rutinas diarias que implicasen un tipo de institucionalización con cierta semejanza a la de los cuarteles o conventos y que tendía a estabilizar la población y a contrarrestar las opciones de salida.<sup>42</sup> Finalmente un poco severo control estatal de las instituciones, contribuía a esa relajación de la práctica.

Rothman (1971:236 y ss.) señala que el utopismo reformista de los años treinta o cuarenta había cedido hacia 1870. Coin-

42. La obsolescencia del modelo moral cuando se construyen los manicomios en la segunda mitad del siglo XIX ha sido destacada por Lanteri-Laura (1976) y sobre todo por Lamarche-Vadel y Préli (1978), que describen el modo como el Barón Haussman recuperó para el control social el esquema reformista de los alienistas del primer tercio de siglo. Para una crítica al reformismo del tratamiento moral resultan útiles Castel (1976) y Fréminville (1977).

cide con Lanteri-Laura (1972) y con Castel (1976) que lo datan en el Segundo Imperio. Las intenciones rehabilitadoras del reformismo se habían mostrado ineficaces en disminuir las tasas de criminalidad y de locura. La opinión pública pensaba que los locos eran poco o nada curables y que lo mejor para ellos era permanecer encerrados el máximo tiempo posible (Giné y Partagás [1896], 1903). De ahí que se incrementasen en todas partes las facilidades de internamiento y que la respuesta pública al deterioro de la asistencia fuese nula. El asilo, el manicomio o la cárcel habían demostrado una cierta funcionalidad, aunque no la que hubiesen querido sus promotores. En el mejor de los casos, los propios alienistas aducían que la enfermedad era menor curable que lo que parecía (Pi i Molist, 1860; Rothman, 1971:265), pero al mismo tiempo advertían que no disponían de ninguna alternativa. La consecuencia era una sobresaturación de los centros, y la conversión de las conductas internas en las rutinas carcelarias que tan bien ha descrito Goffman (1961).

Junto a esa crisis se producía un incremento importante en los costes de instalación y de mantenimiento. Los poderes públicos se resistían a incrementar el gasto engendrado por unas instituciones percibidas como improductivas. Pero, sin embargo, fomentaban el incremento del número de internados, con lo cual las condiciones de vida de los mismos eran cada vez peores.

Una tercera razón de esa degradación era la incapacidad de los directores en controlar la composición de los internados. Se veían obligados a internar sin demasiadas cortapisas, por cuanto las autoridades decidían del internamiento de oficio sin tenerles en cuenta, siguiendo presiones sociales (Rothman, 1971:270-271). En Norteamérica, por ejemplo, el origen étnico y social de los internados que pertenecían, por regla general, a minorías raciales o étnicas, a las clases bajas o a los inmigrados europeos, tenían una influencia importante en los internamientos. El manicomio era un instrumento útil para excluir de la sociedad a los desarraigados o a aquellos individuos que no habían sido capaces de ajustarse a las duras condiciones del *melting pot*.

Sin embargo, la razón fundamental de la evolución hacia el custodialismo es la consecuencia de la peculiar estructura económica de las instituciones, es decir, de la desproporción que existía entre unos costos elevados por la magnitud de las in-

versiones iniciales en las mismas, y su casi nula capacidad de amortización y de generar beneficios, al haber de ocuparse los presupuestos públicos, en atender a enfermos pobres a fondo perdido. En el caso de las instituciones privadas que alojaban a enfermos de beneficencia, a cargo del sector público, el problema era poco más o menos análogo, únicamente hacinando los enfermos y reduciendo los costos de mantenimiento era posible obtener alguna ganancia. Como contrapartida, para las instituciones privadas, la presencia de pobres suponía un descrédito de su imagen, y una grave interferencia para la captación de clientela pensionista (Rothman, 1971:278-279; Parry-Jones, 1972; Trullols, 1980; Comelles, 1980).

El problema de los costos de inversión y mantenimiento es una de las razones centrales que explican la evolución hacia el custodialismo en cualquiera de los modelos de gestión: público, privado o mixto. Podría, todo lo más, distinguirse el custodialismo *duro* de los centros públicos y grandes, y el custodialismo *permisivo* que prevalecía en las instituciones privadas, que habían de ofrecer una imagen de cierta calidad hotelera para que el manicomio pudiese distinguirse de los otros centros de reclusión y para acallar la eventual mala conciencia de los familiares de los internados (cfr. Segúin, 1883; Ullesperger, 1954). Pueden percibirse situaciones distintas según las formas de financiación, tanto en los centros públicos, en los de naturaleza filantrópica o en aquellos destinados al lucro. Evolucionaron dentro de lógicas no necesariamente idénticas.

La enorme inversión que suponía la construcción de esos manicomios para la administración pública requería la movilización de recursos extraordinarios, como sucedió en el Manicomio Vasco-navarro de Pamplona (Rodríguez-Morini, 1903), de emisiones de obligaciones y de realizaciones patrimoniales, que suponían cargas financieras a medio y largo plazo importantes, o a incrementos fiscales impopulares. En los manicomios de carácter filantrópico, las inversiones procedían de donaciones de fondos propios, pero los dividendos, que no habían de ser repartidos por el carácter no lucrativo de las instituciones podían reinvertirse.

Los gastos de mantenimiento, en el caso de los manicomios públicos, se obtenían mediante conciertos con las corporaciones locales provinciales o estatales, con las cuales se ajustaba al costo diario de cada cama y se facturaba a las entidades correspondientes. Los problemas radicaban en quiénes, Estado o

Administración, y en qué proporción y según qué criterios iban a abonar esos gastos de mantenimiento (Lamarche Vadel y Préli, 1978).

Ante las dificultades económicas de los manicomios, que se incrementan a medida que crece la población asilada (cfr. Rothman, 1971:243), las direcciones de los centros ponían en marcha medidas destinadas a reducir los costos de mantenimiento. Se basaban en la asignación de enfermos a multitud de tareas. Se alentaban sobre todo las tareas agrícolas y la ganadería, a cambio de remuneraciones simbólicas o nulas. El aprovechamiento de los recursos era tal que, incluso llegaron a utilizarse los excrementos de los pozos ciegos para el abono de los campos. Lamarche-Vadel y Préli (1978) consideran que la autarquía económica era prácticamente inviable, pero respondía a un intento de reducir los costos de mantenimiento al máximo, aprovechando para ello un tipo de tarea acreditada como terapéutica por los propios médicos desde el siglo XVIII (cfr. Donzelot, 1981).

Los teóricos del *tratamiento moral* no fueron muy proclives a ello al principio: lo percibían en un primer tiempo como una práctica voluntaria, muy limitada en el caso de la clientela privada (cfr. Pi i Molist, 1860; Torras, 1961). No es sino con la adulteración del *tratamiento moral* cuando se generaliza el régimen de trabajos forzados, llenos de intencionalidad «terapéutica». La ausencia del trabajo obligatorio no queda siempre clara en las descripciones que se hacen de las instituciones.

Según Lamarche-Vadel y Préli (1978:116) el desarrollo del trabajo aplicado entre los internados nació de la constatación del número de curaciones en las colonias en que se aplicaba, y motivó que una serie de autores erigiesen ese principio como doctrina terapéutica (cfr. Donzelot, 1981). El trabajo agrícola debe entenderse como la reproducción de un modelo utópico de sociedad en el que se rastrean las influencias del naturalismo de la Ilustración, como la utilización consciente del patrimonio para la financiación de los centros; y como un procedimiento de favorecer una autarquía que aislaba definitivamente al manicomio del entorno.

El argumento del trabajo agrícola como terapéutico tiene un valor relativo, salvo como coartada ideológica. La prueba es que los legisladores tuvieron que intervenir para dejar muy claro que el trabajo de los enfermos había de estar presidido por el tratamiento, y no por la simple obtención de provecho

(Lamarche-Vadel et alii, 1978:175). Los alienistas invocaban esta última posibilidad ante la administración con la idea de que ésta sería por lo menos sensible a los argumentos económicos (Torras, 1961).

No parece que los centros públicos alcanzasen la autarquía soñada, pero sí un buen nivel de autofinanciación, con las aportaciones de la producción interna y de los pensionistas. Viendo uno de los estadillos de los asilos dependientes del Departamento del Sena en 1880 (Lamarche-Vadel, 1978:122-123), se comprueba que la aportación en ese caso oscila entre un 5 y un 10 % del total, pero en un artículo publicado hace algunos años pudimos demostrar que podía ser muy importante (Comelles, 1980).

Los rendimientos eran en general muy bajos, a pesar de la extensión territorial de los patrimonios de algunos manicomios. Era la consecuencia de una estructura de producción poco racionalizada y productiva, y en la que el trabajo de los internador estaba sometido a un cierto grado de voluntariedad. En cualquier caso, esta baja de productividad se ajustaba bien a los grandes grupos de enfermos indigentes y con escasa formación técnica, pero era inviable en una institución privada.

Lánteri-Laura (1974) indica las razones. Si la institución requería para su sostenimiento de esa mano de obra gratuita, era necesario que ésta fuese abundante y procediese de medios desfavorecidos. Operando, sobre poblaciones no escogidas, en las que los incurables suponían proporciones de más del 70 % de los internados, el sostén de los centros estaba relativamente asegurado por una mano de obra crónica y estable entre la cual siempre podía reclutarse un grupo capaz de trabajar. La prueba es que las administraciones estaban interesadas en alargar las estancias de estos últimos, aunque estuviesen en mejores condiciones que otros de salir para poder seguir disponiendo de mano de obra ya entrenada en la institución.

En estas condiciones, los manicomios públicos podían ofrecer plazas de pensionistas al mercado de camas psiquiátricas a precios sensiblemente más bajos que los practicados por las clínicas privadas, y a unos costos muy competitivos, sobre todo si se abrían pensionados con una fuente suplementaria e importante de ingresos. Los pensionistas hacían estancias más cortas porque suponían una carga económica para las familias que éstas no podían matener eternamente, pero ese recambio

frecuente no era un obstáculo en una circunstancia por la cual la demanda de camas era superior a la oferta.

Sin embargo, las razones últimas del custodialismo se deben enmarcar en el cambio de significado que adquiere la ciencia especial en el contexto histórico de la segunda mitad del siglo XIX en el que el desarrollo del maquinismo y la consolidación del modelo liberal capitalista dan lugar a enormes desplazamientos de población, a un enorme crecimiento demográfico y a la exacerbación de las tensiones sociales.

Esta nueva sociedad abandona, de un modo progresivo, viejos patrones de gestión de la locura, y los va sustituyendo por los que surgen de las directrices de los expertos, a medida que éstas van siendo asumidas por los Estados. Los expertos, los médicos, van sustituyendo los modos de hacer iniciales por actitudes más intervencionistas, como lo prueba el desarrollo de técnicas cada vez más sofisticadas de coerción (cfr. Fréminville, 1977), la progresiva individualización de los casos clínicos y la adopción de los paradigmas anatomo-clínicos para sustituir el edificio ideológico del *tratamiento moral*. El tránsito hacia el custodialismo no es sólo la consecuencia del hacinamiento y de la incurabilidad, sino también la inevitable consecuencia del paso de una disciplina centrada sobre una categoría apriorística, la *locura*, a una disciplina conformada por un sistema de síndromes observados en los enfermos internados y para los cuales se asume la inexistencia de una terapéutica eficaz.

Pensamos que el tránsito no podía producirse del mismo modo en las instituciones públicas que en las privadas. Las clínicas exclusivamente dedicadas a la clientela privada de cierto nivel adquisitivo podían ofrecer formas de atención no estrictamente recluyentes, y actuar a veces como lugares de reposo o convalecencia. Estas opciones estaban en manos, no tanto de los directores como de los responsables administrativos. Y por otra parte, la investigación clínica en el ámbito privado no podía realizarse del mismo modo como en el sector público.

En el caso de los manicomios mixtos, que en Cataluña se proponían ser la infraestructura del desarrollo profesional y científico de la Psiquiatría, la gestión privada era incompatible con esos propósitos, por razones que tienen que ver con los fundamentos estructurales del *tratamiento moral*.

Para ello puede ser útil recurrir a la comparación con el modelo de privatización que se siguió en Inglaterra y en Estados



Unidos. Según Parry-Jones (1972), durante la primera mitad del siglo XIX la opinión pública británica se oponía a las instituciones privadas a las que se acusaba de ser como cárceles, y aún peor, negocios dudosos. La acción pública, presionada por esa campaña de opinión exigió la construcción de asilos por parte de los condados y acabó prácticamente con ellas. Quedaron relegadas a clínicas de lujo, destinadas a la clientela bienestante. En Francia, el desarrollo de esos centros siguió pautas similares, aunque algunas órdenes religiosas mantuvieron centros concertados (cfr. *Baloste-Foulatier*, 1974).

El caso americano es mucho más interesante para nosotros, porque corresponde a instituciones de gestión mixta. El asilo de Bloomingdale (Nueva York), por ejemplo, fundado por un grupo de filántropos cuáqueros a principios del siglo XIX, aceptaba cualquier enfermo, y recibía por ello una asignación estatal de 10.000 dólares al año. El resto de los gastos se cubrían con pensiones escalonadas, pero bastante económicas (2 \$/sem. la más barata). El centro acogió muy pronto un número desproporcionado de crónicos de pensión baja, de tal manera que iban a parar a él muchos incurables, con lo cual el nivel de cuidados decaía y el hospital se degradaba (*Rothman*, 1971:278). Para evitarlo, la estrategia de las administraciones se basaba en el control de los ingresos, en especial de los incurables, y de los indigentes, como era el caso del *Hospital Retreat* (*Rothman*, 1971:279). En este centro, se mantenían únicamente menos del 15 % de indigentes, y no podían permanecer en el centro más allá de seis meses mientras que los pensionistas podían permanecer allí mientras quisiesen. La crisis sobrevino en 1843, cuando el asilo solicitó y recibió 10.000 dólares del Estado para ocuparse de los indigentes. El parlamento trataba de obtener el máximo de plazas al mínimo costo dadas las necesidades, cuando para la institución se trataba de obtener una práctica que controlase el número de ingresos. La consecuencia fue que disminuyó el número de casos recientes y aumentó también el de los incurables... En 1866, los poderes públicos construyeron un hospital público y liberaron el derecho de elegir a los pacientes. Aun así el centro ya no recobraría su prestigio de antaño.

Un caso particular, pero muy interesante, es el *Pennsylvania Hospital For the Insane* que ejemplificó como pocos los postulados del tratamiento moral. Este régimen pudo llevarse a cabo porque los fundadores disponían de enormes extensiones de campo cultivado adquiridos a bajo precio, que generaban plus-

valías muy importantes a medida que la ciudad se acercaba, y que proporcionaba enormes beneficios. El *Hospital*, una fundación, no recibía ayuda oficial, y funcionaba como privado, por lo que podía elegir sus pacientes, y limitar el porcentaje de indigentes a un 10-16 % (*Rothman*, 1971:281).

El sostenimiento de las instituciones privadas estaba sometido mucho más que las públicas a dos factores. La relación costos/precios de pensión, y la necesidad de hacer frente a gastos de amortización y de mantenimiento. El problema está en que unos costes de pensión altos que podían hasta cierto punto garantizar la viabilidad económica limitaban la clientela; mientras que las pensiones bajas conducían inevitablemente a una degradación de la asistencia. El compromiso de los hospitales americanos, limitando sus niveles de enfermos pobres a unas cifras reducidas tenía en cambio ciertas ventajas: permitía recibir pensiones o aportaciones, y permitía reducir gastos. En realidad, el problema tiene dos vertientes que dependen de la fuerza de la institución y de la del poder público. Si éste se veía sometido por falta de equipamiento a negociar con las instituciones, éstas lo harán en condiciones de superioridad, de tal manera que el trasvase de fondos públicos iba a su favor. Si por el contrario era la institución la que reclama la ayuda pública había de negociar las rentas a bajo precio, lo cual la conducía a aceptar cifras elevadas de internados a bajo precio.

Un ejemplo de ello es el Sanatorio de *Conxo*, cercano a Santiago de Compostela y que fue construido a finales del siglo XIX por la Mitra (cfr. *González*, 1977). A los pocos años de funcionamiento se convirtió en una sociedad anónima con participación de la Iglesia. Su origen se justificaba por la posibilidad de arrendar plazas a las Diputaciones gallegas, las cuales hasta entonces habían de remitir los locos a su cargo a *Sant Boi*, a Valladolid o a Palencia. Los beneficios económicos de la institución fueron constantes hasta su venta, en 1969 a la Diputación de la Coruña (*ibid.*, 1977:67-71). Las importantes cifras de beneficios se conseguían mediante una reducida plantilla de personal, y un control férreo de los gastos de mantenimiento, hasta tal punto que las inversiones iniciales se amortizaron en una década. El 1900 los beneficios ya eran de unas cien mil pesetas por año, y en el momento de su venta aún producía un millón mensual.

Al tener el monopolio sobre la asistencia psiquiátrica en Galicia, *Conxo* podía dictar sus condiciones a las Diputaciones pro-

vinciales, ofreciendo pensiones a precios bajísimos disuadiéndolas de realizar inversiones en nuevos manicomios de difícil amortización. La contrapartida era oponerse a cualquier intento de inspección o de mejora de la institución que habría incrementado necesariamente los gastos corrientes.

En Cataluña, donde los psiquiatras habían construido manicomios bajo principios reformistas, la lógica de la explotación económica privada los precipitó uno tras otro hacia el custodialismo. Impedir esa evolución era sólo posible en aquellas instituciones que rechazasen los enfermos a cargo de las Diputaciones y que fuesen manejadas como clínicas privadas. Éstas podían facturar sus prestaciones a precios reales y ofrecer un cierto nivel de calidad. Esto también podía producirse en las instituciones públicas cuyo déficit pudiese ser asumido por la administración como la contrapartida inevitable que el papel de estas instituciones podía ejercer en la formación de nuevos psiquiatras o bajo la lógica de un servicio público.

El fracaso de la Psiquiatría catalana del siglo XIX puede achacarse tanto a la inhibición del poder central, como a la inadecuación del manicomio moral a una explotación en régimen privado. Paradójicamente la única posibilidad para el reformismo catalán del siglo XIX, de claras raíces filantrópicas, era aceptar el envite de la iniciativa privada como medio de contrarrestar el desinterés y la falta de organización del sector público.

El defecto de este planteamiento es claro. Pretender construir grandes asilos morales, sin la acción decidida del Estado, suponía caer en la bancarrota en caso de pretender sustituir realmente el carácter de servicio público, como es el caso de *Sant Boi* de Pujadas, o bien, degradar las condiciones teóricas del *tratamiento moral*, reduciendo gastos o forzando a trabajar a los enfermos menos pudientes, como se hizo en *Sant Boi* o en el Manicomio de la Santa Cruz.

La consecuencia es que subsistieron aquellas instituciones privadas que podían mantener una imagen de marca ante la clientela (*Torre Lluñática*, Frenopático) a costa de mercantilizar progresivamente su función. Aquellas otras que habían de jugar el doble papel de centros de asistencia y de centros de formación, terminaron inevitablemente orientadas hacia un predominio de los criterios administrativos por delante de los asistenciales, y vieron cuestionada o anulada su función formativa e investigadora. En síntesis, los problemas del modelo privado catalán son los siguientes: 1) la debilidad numérica de la clien-

tela privada de clase media o alta daba a una competencia muy dura entre los distintos centros; 2) la imposibilidad de hacer trabajar a los internados de pago; 3) el bajo nivel de las pensiones pagadas por las diputaciones.

Por todo ello, y para conseguir unos resultados positivos en los balances, la estrategia económica de los centros había de basarse en los siguientes puntos: 1) Unos costos de personal muy bajos con pocos médicos mal remunerados; personal religioso o personal civil de nulo nivel de especialización reclutados en el medio rural, o en el *lumpen*. 2) La reducción de los costes de mantenimiento, mediante el trabajo no doméstico de los enfermos, que podía proporcionar productos agropecuarios o engendrar plusvalías en tareas industriales. 3) El arrendamiento de plazas a las Diputaciones y las pensiones de tercera. 4) Incrementar y diversificar la producción de bienes: agricultura, ganadería, ladrillales, etc. 5) Corruptelas, como el mantenimiento de pacientes que podían estar dados de alta. La degeneración de los centros era la consecuencia de la crisis del modelo moral de la locura, que estaba caducado como método terapéutico mucho antes de la construcción de los primeros manicomios catalanes. Sus fundamentos ideológicos habían envejecido y el contexto socioeconómico y político se había modificado sustancialmente. Se construye en Cataluña, en base a una doctrina caduca, pero que se ajusta muy bien a las condiciones españolas. Ante la penuria e incapacidad del sector público, se podrían poner condiciones en el momento de negociar los conciertos, aunque por ese camino las instituciones psiquiátricas se transformasen en cementerios de locos incurables.<sup>43</sup>

Los manicomios se convirtieron en los monopolizadores de la asistencia psiquiátrica provincial. La consecuencia directa es que su supervivencia iba a depender casi exclusivamente de las corporaciones provinciales. Al no existir limitaciones al traslado de los enfermos de provincia a provincia, podía existir concurrencia de precios entre manicomios con lo cual las pensiones tendían a estabilizarse en niveles muy bajos.

43. Sobre la gestión y la capacidad de las distintas instituciones españolas véase Rodríguez Méndez (1903). Sobre el manicomio de Palencia, véase Martín Istúriz (1904), y sobre el Vasco-navarro, Rodríguez-Morini (1903). Los defectos de este último eran palpables por cuanto no intervino en su proyecto ningún asesoramiento técnico.

La presencia de la Iglesia como empresaria no podía modificar esas reglas. No podía aceptar plenamente el modelo de ciencia laica que propugnaban los alienistas, ni el posicionamiento político de muchos de ellos. Por ello sus manicomios vivían en una permanente contradicción como instituciones pensadas para la aplicación de una ciencia especial y previstos para ser dirigidos por un alienista cuyo papel se acercaba al de Dios, pero obligados al mismo tiempo a servir los intereses temporales y espirituales de la religión. Por ello subordinaba la ideología asistencial de los alienados a la ideología del centro, colocando a los expertos bajo la férula de los administradores. Este riesgo era la consecuencia de la trampa en que los propios médicos habían caído: necesitaban de las instituciones para su promoción, para formar nuevos profesionales, pero el sistema de gestión les obligaba a contemporizar con situaciones abusivas que no sólo no denunciaban sino que estaban obligados a justificar.<sup>44</sup> Estos escándalos trascendían sistemáticamente a la opinión pública y reflejaban la crisis, la degradación, las coerciones y las vejaciones a que se veían sometidos los internados, y aunque algunos alienistas más lúcidos y menos comprometidos con las administraciones seguían insistiendo en la necesidad de la atención pública de los enfermos de beneficencia (*Giné i Partagás*, 1903), sus opiniones caían inevitablemente bien porque los poderes fácticos estaban interesados en que nada cambiase. Pero cuando actuaba ofrecía una respuesta paradójica. Al no poder acusar a la Iglesia de negligencia como principal propietaria de manicomios de gestión mixta, la opción que adoptaba era poner a los alienistas en la picota sometiendo a los enfermos al control de los jueces que había de protegerles de los abusos... de los médicos.

Cerrada por sí decirlo la posibilidad de reforma de la asistencia por la insuficiencia del equipamiento, por las contradicciones del modelo privado y por las cortapisas del decreto de 1885, los alienistas catalanes evolucionaron hacia prácticas teóricas distintas. Las posturas positivistas de Giné i Partagás y sus discípulos alentaron la introducción de las orientaciones somaticistas y neurologizantes de la Psiquiatría europea de finales de siglo. Rompían con la gran tradición del tratamiento moral, y sustituían un modelo *total* por un modelo clínico mu-

44. Véase Rodríguez-Morini (1929), que responde a la inspección de la Diputación de Barcelona (*Diputación*, 1911).

cho más centrado en la relación médico-enfermo característica de la profesión médica.

## 2.4. EL FRACASO PROFESIONAL DE LA PSIQUIATRÍA CATALANA<sup>45</sup>

La dialéctica engendrada por la gestión privada de la asistencia psiquiátrica y por la manifiesta desconfianza de los legisladores en relación a los alienistas, se puso de manifiesto en los Reales Decretos de 1885 que regulaban el internamiento psiquiátrico. Permiten comprender la imposibilidad de alcanzar por parte de los alienistas un grado de profesionalización equivalente al de los médicos.

En ambos casos el soporte profesional partía de una base institucional, pero si para Pi i Molist este soporte era el manicomio, Giné i Partagás hizo valer otros campos de actuación: la Universidad, la creación de órganos de expresión como la *Revista Frenopática Barcelonesa*, la organización del *Certamen Frenopático*, y la estructuración de una escuela a través de una serie de colaboradores y discípulos entre los cuales destacan Arturo Galcerán Granés, Rodríguez Morini y Doménec Martí i Julià que serán los protagonistas de la Psiquiatría catalana en las dos primeras décadas del siglo xx.<sup>46</sup>

Una revisión no exhaustiva de la bibliografía de la época de-

45. Este esquema puede ser aplicado sin excesivos problemas a otras profesiones vinculadas a ese modelo de gestión. En España no son frecuentes los estudios críticos sobre corporaciones profesionales, véanse Garrabou (1982), Zaragoza (1982), Canals (1984) y Comelles (1985). Jesús de Miguel (1982) en un artículo prospectivo indica que la profesión médica en general durante el xix tuvo una institucionalización tardía y defectuosa que impidió un desarrollo gremial potente. Apunta también que esa debilidad era el fruto de una especie de pacto subterráneo por el que los médicos aceptaban un cierto control del Estado a cambio de un amplio campo de actuación libre que permitía el desarrollo del *negocio* médico. Todo ello aderezado por una legislación que no se cumplía porque nadie tenía interés en que se cumpliera.

46. El papel de Giné i Partagás como líder de la Psiquiatría catalana ha sido reconocido por la mayor parte de autores. Sus discípulos Galcerán, Martí i Julià o Rodríguez-Morini son los que van a asegurar su relevo a partir de su muerte. Véanse Calbet y Corbella (1970), Rey (1982a) o Doménech y Corbella (1969).

muestra la vitalidad y el peso de este grupo que se tradujo, al margen de la producción teórica y de los escritos de divulgación, en una intensa labor clínica como lo prueban sus publicaciones en revistas especializadas (*Revista Frenopática Barcelonesa, Independencia Médica, Revista Frenopática Española*), en revistas médicas y en sus actuaciones públicas. Éstas estuvieron presididas sistemáticamente por el intento de presentar a la Psiquiatría como un sector fundamental de la actividad médica que debía ser alentado y apoyado por los poderes públicos.<sup>47</sup> Esta actividad tuvo como marco distintas instituciones científicas y si partió de la celebración del *Primer Certamen Frenopático Español en 1883*, organizado por Giné i Partagás y Galcerán en la *Nova Betlem*, de la publicación por esta entidad de la *Revista Frenopática Barcelonesa*, y del éxito tardío de Pi i Molist, al lograr que el *Hospital de la Santa Creu* construyese sin alteraciones, al manicomio del mismo nombre, culminó con la constitución en 1911 de la *Societat Catalana de Neurologia y Psiquiatria*, la primera sociedad científica que agrupó a los psiquiatras en España.

El *Certamen Frenopático* reunió la pequeña nómina de especialistas de la época, publicó las comunicaciones (*Giné i Partagás y otros*, 1883), y tuvo tres consecuencias: afirmó el liderazgo científico de los alienistas catalanes, hizo públicos los primeros manifiestos críticos respecto a lo que debería hacer la administración, y presentó el movimiento de reforma asistencial en Cataluña como el motor de la psiquiatría española. Estos tres propósitos se hallan ya presentes en las diversas comunicaciones, pero sobre todo en las intenciones de los organizadores como lo prueban el discurso de apertura de Giné i Partagás (1883a) y una de sus comunicaciones (1903).<sup>48</sup>

En el primero, Giné i Partagás (1883a) no se limitó a las frases protocolarias, sino que trató de ubicar el evento dentro de unas coordenadas que se centraban en una llamada de atención a los jueces y magistrados, respecto al papel que la cien-

cia especial debía jugar en relación a la necesidad de disponer de centros de enseñanza de la ciencia especial:

«El Certamen Frenopático que hoy inauguramos, viene a ser una prótesis incruenta, con la cual nos proponemos si no corregir, al menos disimular una horrible deformidad por defecto de sustancia, en la enseñanza oficial.» (GINÉ I PARTAGÁS, 1883:331.)

Pero el punto, quizá, más importante del discurso es el que corresponde a las relaciones entre la Psiquiatría catalana y la administración. Se refiere al papel de Barcelona en el desarrollo de la Psiquiatría en España, que justifica plenamente el que el Certamen se realice en la Ciudad Condal y señala que los organizadores del mismo:

«Sabiendo lo poco que puede en semejantes casos esperarse de las regiones oficiales, allá no ha acudido; pero entusiasmo y buena acogida en la prensa no le ha fallado.» (GINÉ I PARTAGÁS, 1883 [1904:333].)

Dice al respecto de la elección de la Ciudad Condal, que en ello tuvo un papel decisivo la colaboración de la Junta de Propietarios de la *Nova Betlem*, facilitando la realización del mismo en esa institución:

«Aquí estamos, en la falda de la lendaria montaña del Tibidabo, precioso mirador donde se contempla, en su importante desarrollo y su febril actividad, a la capital del principado... ¿Por qué no de la nación?

»Si las naciones, como los animales vertebrados tuviesen su cabeza allá donde se acumula mayor cantidad de sustancia nerviosa, ¿quién podría disputarle a Barcelona la capitalidad nacional?

»Pero por lo visto, España debe ser regida por un collar de ganglios esofágicos, puesto que tiene su capital en el centro, que es como si dijéramos en el abdomen, junto a las vísceras digestivas, que reciben y preparan el alimento que luego deberá ser equitativamente repartido por toda la economía. ¿Sería esto la causa orgánica de que, entre nosotros, las funciones tróficas sean preponderantes respecto de las que ejecuta esa materia por medio de la que se siente, se piensa y se quiere, y se engendra el movimiento productor de trabajo útil?» (GINÉ I PARTAGÁS, 1883 [1904:334].)

47. Sobre revistas psiquiátricas, véase Calbet i Corbella (1970), así como la bibliografía de Parellada (1980). Sobre prensa médica en Cataluña, véase Calbet (1967, 1970).

48. Sobre Giné y Partagás, véanse Sancho de San Román (1960), Doménech y Corbella (1969), González Casanova (1970), Rodríguez Méndez (1903) y Rey (1983). Sobre su papel en la vulgarización de los temas psiquiátricos, vg. Giné i Partagás (1883, 1903). Sobre Galcerán, véanse Doménech y Corbella (1969a) y Rey (1985).

Pero sale al paso de toda interpretación nacionalista para afirmar lo que sigue:

«Mas ¿qué importan las topografías? España es una entidad nacional donde debe reinar un solo consenso y una común aspiración: *consensus unus, conspiratio una et omnia consentientia*. Prescindamos de preeminencias regionales aun cuando aparezcan, justificadas por el presente y por la Historia, y así como entre hermanos de buenos sentimientos reina amor entre los más inteligentes y laboriosos y los de menor potencia y menor bríos, aunémonos todos los españoles como hermanos, como elementos integrantes de una sola familia. España es una. ... ¡Viva España!» (GINÉ I PARTAGÁS [1883], 1904: 334.)

Giné i Partagás entiende la reforma psiquiátrica como un proyecto de Estado. Coincide en ello con Pi i Molist, pero es más escéptico que él cuando indica que los manicomios son un fenómeno que antes que al número de locos, corresponde a las situaciones de desarrollo y progreso:

«El número y capacidad de los manicomios no corresponde jamás a las necesidades morbosas de la región en que se asientan; antes bien, estos establecimientos constituyen el índice más fiel de los grados de civilización que alcanzan los moradores (...) el manicomio no es producto directo de la locura, sino el hijo predilecto, nacido de parto tardío, de la civilización moderna, cuyo sentimiento más bello es la fraternidad, así como uno de sus más sublimes objetivos, la protección al desvalido.» (GINÉ I PARTAGÁS [1883], 1904:335.)

Indica que el manicomio es un signo del avance de los pueblos, un progreso en relación con las prácticas anteriores, en las que el equipamiento era únicamente custodial, o en donde los enfermos vagaban por las calles como mendigos, o los consideraban endemoniados, inspirados por la divinidad o perversos:

«Si, pues, a medida que un pueblo avanza, el manicomio surge, se dilata, se reproduce, pierde su proverbial y terrorífica austeridad, cascadas y rientes horizontes, dicho está porque la tierra clásica de la actividad del cerebro, de la potencia del músculo, de la vibración del nervio, la tierra de la iniciativa y de la perseverancia, Cataluña, en fin, es en España la región de los manicomios.

»Pero, ¿por qué Cataluña al igual que otras regiones de la nación carece de manicomios públicos? Porque somos españoles. Los tenemos, relativamente numerosos debidos a la iniciativa y peculio... porque somos catalanes.» (GINÉ I PARTAGÁS [1883], 1903:335.)

Este texto se publicó tres años antes que el *Memorial de Greuges*. Su autor se sitúa en una perspectiva en la que destaca el papel del intelectual ilustrado al servicio del Estado, en el que debe tener el monopolio de la asistencia, de la formación, y del papel de experto que debe ejercer en la sociedad.

Pero más significativo todavía es el proyecto de ley de alienados que propuso en ese mismo congreso (1904:49-53). Se divide en 28 artículos y tres títulos, y está presidido por tres principios: que los enfermos sean tratados científicamente; en centros adecuados, y que la autoridad intervenga en la inspección.

Entre los principios que establece está el principio del papel rector del Estado en el campo de la asistencia psiquiátrica que delegará en las Diputaciones salvo la inspección que dependerá del Gobierno. Proponía que en los manicomios privados no pudiera haber enfermos públicos, y que se regulasen los criterios de dotación y provisión de las plazas de médicos. Finalmente se propone el control absoluto de los médicos en los hospitales:

«Artículo 13. Corre a cargo de los médicos-directores de los manicomios públicos la inspección de los manicomios privados de la respectiva región, a las órdenes del gobernador civil de la provincia, así como revisar u autorizar con su voto los documentos de ingreso y salida de los alienados en los susodichos manicomios, y a guiar, cuando menos quincenalmente, una visita a estos establecimientos, para enterarse circunstancialmente del estado mental de los ingresados en la precedente quincena, visar la documentación de su ingreso, y observar el estado de los que se hallaran en vías de curación o de convalecencia. De cuando viera y notare en estas visitas, el médico inspector dará inmediatamente conocimiento al gobernador de la provincia, y propondrá lo que en su concepto proceda.» (GINÉ I PARTAGÁS, 1903:350-351.)

Correspondió a Seguí en ese mismo congreso, hacer una acerba crítica de la asistencia psiquiátrica española y redactar el primer proyecto de planificación. Seguí (1883:463 y ss.) proponía como plan de reforma global de la asistencia psiquiátrica

en España, lo siguiente: 1) Establecer un censo detallado, de dementes, separando los idiotas, cretinos, y los epilépticos; 2) construir edificios nuevos: a) pequeños hospitales de agudos en centros principales de población, b) manicomios grandes en cuatro o seis puntos de la península, c) establecimientos para idiotas, d) uno o dos manicomios para los criminales; 3) formar médicos jóvenes en el extranjero; 4) formar a los actuales directores, y 5) inspección estatal severa de los centros.

Este memorándum fue presentado al Primer Certamen Frenopático Español en 1883. La respuesta del gobierno fueron los decretos de 1885.<sup>49</sup>

## 2.5. LA DERROTA POLÍTICA DE LOS PSIQUIATRAS CATALANES DEL SIGLO XIX

El principal problema que planteaba la ley de 1849 era la falta de regulación y control de los internamientos. Si esto era a mediados de siglo un problema relativo porque el número de plazas y el número potencial de internados era bajo, se convirtió en un problema grave a medida que avanzaba el siglo, que se construían instituciones nuevas y que se planteaban problemas de naturaleza legal derivados de la imprecisión de la legislación, de vacíos legales y de la indefensión de los internados. Hubo, sin embargo, que esperar a 1885 para que el gobierno del Estado regulase el procedimiento administrativo de los internamientos psiquiátricos. Se trata de dos Reales Decretos publicados el 15 y el 21 de mayo de 1885 que establecían respectivamente el régimen de ingresos del manicomio de Leganés, y el ingreso en los demás manicomios. Los decretos establecían internamiento en *observación* y *reclusión definitiva*, pero lo más importante en los mismos era el peso que se atribuía a los controles. En el internamiento en *observación* precisaba de certi-

49. El semifracaso venía reflejado en las puyas que Giné (1883-1903: 355-356) dedica a quienes han prescindido de la celebración del certamen, y en especial a las autoridades y a la grey universitaria. Sin embargo, era consciente del papel que podía jugar la prensa: *La independencia médica* era el periódico de que disponía. Sobre el problema de la enseñanza universitaria de la Psiquiatría, véase Valenti i Vivó (1885).

ficación de dos médicos, un visado del subdelegado de Sanidad del distrito y un informe del alcalde. Debía haber comunicación de los directores de establecimiento a la alcaldía o al gobernador, se requería expediente judicial y éste era preceptivo en los casos de reclusión definitiva. Ambos decretos sostenían el criterio según el cual la capacidad de gestión y de decisión de las familias de los enfermos pasaban por delante de los criterios de orden público, en tanto la familia se hiciese cargo de la tutela del enfermo. Se favorecía con ello una política restrictiva de los internamientos que era necesaria por el hacinamiento de las instituciones, pero también como medida destinada a contrarrestar las críticas que se habían venido haciendo a la asistencia en los manicomios, y a internamientos abusivos.

La legislación complementaria, fueron dos Reales Órdenes de 20-9-1885 y de 10-6-1906 que regulaban la situación de los *presuntos dementes* que careciesen de familia o de representante legal para que fuesen las autoridades las que actuasen como tal, procuraban evitar que las familias abandonasen enfermos en los manicomios en régimen de observación.

Todos estos documentos legales citados atribuían un papel casi nulo al psiquiatra:

«Volviendo a la Ley de Dementes, diremos que un médico, en calidad de tal, no tiene nada que ver con ella, ni puede hacerla bien, ni ilustrar al que la haga. No se resuelven en ella problemas terapéuticos, sino jurídicos. Se necesita, pues, filosofía del derecho, y no patología ni materia médica.» (CONCEPCIÓN ARENAL, cit. en ESPINOSA, 1966:135.)

Bercovitz (1976:135-136) considera que desde el punto de vista estrictamente jurídico los legisladores se mostraron en estos documentos muy preocupados por la defensa de las libertades de los ciudadanos, incluso por delante de los criterios de presunta peligrosidad social. El legislador introducía un sinnúmero de controles administrativos y judiciales, y en ese sentido estas medidas eran más progresistas desde el punto de vista de la seguridad jurídica que la ley francesa de 1838 o la italiana de 1904.

Los decretos reflejan un fuerte escepticismo en relación con las virtudes terapéuticas del internamiento, al tiempo que se sitúan en una postura de clara desconfianza respecto a los criterios de los alienistas. Era la respuesta a escándalos como los de Juana Sagrera, a las críticas sobre el trato a los enfermos y

a la constatación del grado de incurabilidad de los enfermos que asumían los mismos psiquiatras.

A pesar de su aparente bondad jurídica, los Decretos de 1885 buscaban reducir la demanda de plazas que ya sobrepasaba entonces las posibilidades de los centros a pesar de las mortalidades elevadas y de un número de «curaciones» del orden del 15 al 25 %.

El Decreto, en cambio, dejaba en una nebulosa la inspección. En cierto modo una vez sentenciado el internamiento a través de una maraña jurídica, el recluso desaparecía en la institución. Es como si el legislador quisiera asumir su responsabilidad, pero se lavase las manos una vez el presunto recluso hubiese ingresado legalmente.

La oposición de los alienistas a los Decretos fue total. Las quejas contra él, junto con la exigencia de su derogación, constituyeron la primera de las reivindicaciones profesionales, durante cuarenta y seis años, hasta su abolición en 1931.

Ya en 1885, los directores de los manicomios catalanes, protestaron ante el Ministro de la Gobernación y solicitaron que ese Decreto no fuese aplicado en los centros privados. Una de las críticas más duras y pormenorizadas la hizo Rodríguez Méndez, catedrático de higiene de Barcelona, en una conferencia dictada en la Academia de Jurisprudencia y Legislación en 1903, que fue publicada en la *Revista Frenopática Española* (1904). Tras una descripción sucinta del desarrollo de la Psiquiatría moderna, con una serie de referencias muy documentadas en relación al *tratamiento moral* y a la técnica de construcción de manicomios, atribuye la ley al resultado de la animadversión contra los manicomios y los alienistas:

«Se cierne sobre los manicomios una nube preñada de recelos y maledicencias. No pongo mis manos en el fuego en todo caso: como institución humana puede ser mala a veces. Recogidos por hombres, es posible que las pasiones se coloquen por delante de la razón y de la verdad en ocasiones. No niego la posibilidad de hechos censurables; pero tampoco me atrevo a afirmarla sobre algún suceso concreto.» (RODRÍGUEZ MÉNDEZ, 1904:147.)

Para él, los problemas que tiene el Decreto proceden sobre todo del peso de criterios «populares», sobre los locos y las instituciones que deben albergarles:

«Este modo de intervenir el derecho, que ha sido tardío e inoportuno, obedece a los prejuicios y errores populares. A clase tan culta y de tan capital papel en la vida de los pueblos, no puede ocultarse que no es ésa una buena fuente de conocimientos, y que de quererla buscar con proósito plausibles, había de demandarla a los médicos, que, por ignorantes que sean, son sabios comparados con los demás en estas materias.

De lo inestable de esta base, da idea precisa el distinto rumbo seguido por los legisladores en este asunto. La misma cuestión loco, manicomio e ingreso ha sido resuelta de modos distintos no ya en el tiempo pasado, que esto no sorprendería, sino en el momento actual.» (RODRÍGUEZ MÉNDEZ, 1904:149.)

Califica el Decreto desde siete puntos de vista a los que considera centrales para su razonamiento; son éstos: *complicado, peligroso, ofensivo, erróneo, perjudicial, incompleto y usurpador*. Voy a detenerme en cada uno de ellos porque constituyen una relación exhaustiva de los problemas de la Psiquiatría de la época.

El primer defecto que encontraba estaba en la complicación administrativa representada por los dos niveles de hospitalización (*reclusión definitiva y observación*), y una extraordinaria complejidad en los expedientes de ingreso con participación de médicos, familiares, jueces y alcaldes. Todo ello alargaba los ingresos y permitía que las autoridades públicas pudieran tener una especie de derecho de veto sobre los mismos, con lo cual quedaba abierta una puerta a irregularidades o arbitrariedades de todo tipo. En realidad, la complejidad de los trámites provocaba permanentes violaciones del mismo (cfr. *Bercovitz*, 1976).

El segundo defecto eran los peligros que se hallan tras una posibilidad, aceptada por el Decreto pero mal perfilada en él, como era el mantenimiento del enfermo en régimen no hospitalario:

«El artículo que permite, casi sería mejor decir autoriza, a los particulares para que se hagan cargo de los locos y atiendan «a su cuidado y curación», es sumamente expuesto. A parte que vuelve a aparecer la inquina contra los manicomios, para caer en peores manos y aparte, también, de que no se exige a esos particulares la serie de pruebas y cortapisas que impone a los directores de un establecimiento científico y reglado, ese artículo debiera marcar la clase de enfermos que pueden ser albergados en los domicilios particulares, ya que



en las numerosas variedades vesánicas son algunas de todo punto incompatibles con el domicilio privado y debiera marcar las condiciones de esos albergues.» (RODRÍGUEZ MÉNDEZ, 1904:248.)

El autor considera que un tercer error grave era la publicidad que el Decreto daba de la enfermedad, piensa que favorecía su ocultación por parte de los familiares, retrasaba los ingresos y empeoraba la situación de los mismos, o los impedía salvo en condiciones extremas, con lo cual las crisis domésticas y familiares incrementaban la tensión contra los médicos y el descrédito del aparato de asistencia. Rodríguez Méndez lo consideraba los aciertos ofensivos, porque suponía prevención y prejuicios contra médicos y manicomios:

«De aquí que las Diputaciones Provinciales, los Ayuntamientos y los particulares tengan a su cargo un gran número de locos que entran en reclusión sin ninguna garantía eficaz de seguridad individual. Y de ahí también que se promuevan con frecuencia litigios y aun procedimientos criminales, por haber recluso sin razón, y con fines que atentan a la moral, a personas no declaradas judicialmente en estado de demencia.» (Cit. por RODRÍGUEZ MÉNDEZ, 1904:254.)

La interpretación que da de las razones de esta desconfianza son interesantes:

«Es maravillosamente notable lo que sucede entre el vulgo y los médicos con motivo de los locos. En todos los otros conceptos tienen las familias más confianza en los médicos, y a ellos acuden en las adversidades morbosas con tanta más confianza cuanto más grave y trascendental es el daño. Esta confianza autoriza para el manejo diario de sustancias tóxicas, para manipulaciones serias, sustancias cruentas y espantables hechas a puerta cerrada, para las más comprometedoras confesiones de los más íntimos secretos... Y esto todos los días, pedido, agradecido y pagado en ocasiones sin más testigo que Dios y la conciencia.

»Surge otro acontecimiento morbooso y cambia la escena siendo los personajes los mismos. Es el loco el enfermo, y entonces se recela de la moralidad de los conocimientos médicos. Un cualquiera, de alta o baja jerarquía vale más y sabe más que el périto, que es el único que ha estudiado tan difícil materia, que es el único capacitado para juzgar bien. Partiendo de la equivocada suposición de que el diagnóstico es sen-

cillo, de que las simulaciones y disimulaciones son inocentes pasatiempos revelables sin esfuerzo y sin conocimiento alguno, y en nombre del mal llamado sentido común, el indocto se convierte en maestro, el torpe en hábil, y el que más y el que menos se cree completamente autorizado para emitir su opinión y para conceptuarse superior al médico.» (RODRÍGUEZ MÉNDEZ, 1904:254-255.)

El cuarto punto aludía a un problema muy grave que se aprecia en el ordenamiento jurídico del siglo XIX, y que se refiere a la conceptualización civil y penal del enfermo mental. Para Rodríguez Méndez hay un divorcio completo entre los criterios técnicos sobre la enfermedad mental y los criterios jurídicos que se basan en términos ambiguos, y en una independencia poco menos que absoluta con respecto a la opinión de los alienistas. Este divorcio había provocado críticas virulentas en Giné i Partagás (1888-1903a, 1892-1903b, 1903c) alimentó durante bastante tiempo la polémica (Giménez Vera, 1964; de Sola, 1969). El problema estaba en que la noción de locura no estaba bien definida legalmente, ni en cuanto Estado ni en cuanto a situación, por lo que los dictámenes periciales de los alienistas podían ser pasados por alto por los jueces (R. Méndez, 104:305-306). El Decreto perjudicaba también a los enfermos incipientes a los que retrasaba innecesariamente los ingresos, a través de las trabas burocráticas y del procedimiento de *reclusión definitiva* que obstaculizaba cualquier posibilidad de reinserción.

Destaca, finalmente, la falta de regulación de muchos aspectos que quedaban por resolver y que impedían una auténtica eficacia, al no precisar el decreto los plazos de presentación de documentos, no regular los honorarios ni establecer los criterios de gratuidad, no determinar el tipo y las características de la inspección, ni regular las quejas que pudieran presentar los propios internados.

La última parte (1904:371-383) se destinaba a proponer alternativas semejantes a las que encontraremos en peticiones canalizadas por la *Societat Catalana de Psiquiatria i Neurologia* entre 1910 y 1915; y que se refieren a la simplificación de los trámites de ingreso, a los tipos fundamentales de reclusión, y a la organización de la inspección de los centros.

La crítica de los alienistas era inevitable, ya que los Decretos consagraban su fracaso como grupo corporativo de presión y cercenaban su papel social. La desconfianza del legislador

respecto al tratamiento psiquiátrico (al que llama *reclusión*) suponía asumir el carácter custodial del manicomio y la debilidad manifiesta de los alienistas, que quedaba reducido al papel de experto que debe moverse dentro de los límites reducidos de la praxis forense, y en el marco académico de la Medicina legal.

Las razones del fracaso de los psiquiatras del siglo XIX son mucho más complejas de lo que pueda parecer. Es obvio que la debilidad y la incoherencia política del Estado hubieron de contribuir, pero no es posible reducir sus causas a principios tan generales. Existen razones de naturaleza microsociales que están en la base de su falta de presencia y entidad en la sociedad española del siglo XIX: la insuficiente secularización de la sociedad y del Estado que ha sido tradicionalmente un obstáculo a la innovación científica y a la heterodoxia sostenida por personajes situados en la esfera progresista; el papel político que había jugado la ciencia especial en la constitución del Estado liberal jacobino, y finalmente un desarrollo industrial y una urbanización imperfecta que impidieron lo que fue, a mi modo de ver, uno de los determinantes de la acción asistencial: el descubrimiento del loco como categoría de enfermo.

En el caso del Estado español el proceso no es el mismo que en Francia, Inglaterra o los Estados Unidos. Ni el papel de las clases ilustradas es tan decisivo como en aquellos países, ni se produce una ruptura tan clara entre Antiguo y Nuevo Régimen, ni los profesionales van a poder ocupar una posición de poder como en aquellos.

No puede reducirse tampoco el problema a los determinantes económicos porque supondría una simplificación inaceptable. Indudablemente, tras de esa falta de desarrollo hay una carencia de inversiones, pero mucho más importante que eso es la falta de conciencia en torno al papel que juega la asistencia psiquiátrica en la sociedad. La prueba es que en Inglaterra, aunque las construcciones masivas de manicomios hubieron de esperar la segunda mitad del siglo, el proceso de adaptación legislativo se iba cumpliendo (Parry-Jones, 1972). En el Estado Español, en cambio, tras el intento abortado de 1822, el Estado no formula ninguna legislación «comprehensiva» que permita disponer de instrumentos legales para una buena gestión.

Pero aún hay más. Salvo en las tres o cuatro grandes ciudades del país estimamos que no se daban las condiciones socioeconómicas para asegurar una presión social provocada por la

presencia de los alienados en la calle. El número de alienados es desproporcionadamente bajo a causa de la persistencia de modelos de gestión eficaces entrados en paraprofesionales o prácticas consuetudinarias. Las comarcas rurales durante el siglo XIX y el siglo XX habían permanecido ajenas a la existencia de un dispositivo de asistencia psiquiátrica, porque la gestión en el ámbito doméstico y a través de modelos de actuación institucional idiosincrática (santuarios, por ejemplo), suponían alternativas al menos tan eficaces como las que podía ofrecer la ciencia especial desacreditada por la mala calidad de unas instituciones que seguían organizadas en pleno siglo XIX como en la Edad Media (cfr. Rodríguez Pérez, 1980; Espinosa, 1966, 1966a).<sup>50</sup>

Ahora bien, el optimismo reformista corresponde precisamente a los países avanzados al período de la revolución burguesa, entre fines del siglo XVIII y 1850. Es el momento en que los alienistas propusieron teorías que no podrían ser verificadas empíricamente hasta más tarde. Es cierto que el *tratamiento moral* fracasó cuando se empezaron a construir los manicomios, a partir de 1840-1850, pero no es menos cierto que las redes asistenciales se hicieron en base a sus presupuestos. Entre 1850 y 1860 el creciente peso de la incurabilidad acaba con el optimismo moral de los fundadores, pero la red está construida y la profesión consolidada. En España los alienistas van a tratar de jugar ese papel de apóstoles tan característico de los nuevos profesionales del Estado liberal con treinta años de retraso, tratando de volver a un modelo que estaba fracasando en todas partes, pero que les había posibilitado una posición sólida en relación al conjunto de la profesión médica.

Estaban proponiendo entre 1840 y 1900 las ideas utópicas de finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, pero en un contexto distinto, en el que cualquier político podía exhibir frente a su utopía terapéutica las cifras del fracaso representadas por las enormes tasas de incurabilidad y morbilidad de los manicomios europeos caídos en el custodialismo. El propio Pi i Molist publicaba estadísticas que no dejan lugar a dudas y

50. Rodríguez Morini (1903) efectúa un balance de los manicomios de su época: Destaca 28 instituciones en el país, 29 instituciones si se añade el vasco-navarro recién recuperado, con un total de 8.380 alienados internados (2.350 en Cataluña, 28 %). En 1887 y 1880, según Seguí, habrá 3.790 internados, de los cuales 1.290 en Cataluña (31,89 %). Indica que entre 1880 y 1883 esta cifra aumentó en un 13 % (1883).

que corresponden a manicomios construidos entre 1850 y 1855, en sus propias palabras, las mejores realizaciones del *tratamiento moral*. Aun admitiendo que los políticos no rechazasen de pleno estos proyectos, cabe esperar en ellos cierto escepticismo al ver cómo también las experiencias privadas o las filantrópicas caían unas tras otras en el mismo custodialismo. ¿Para qué construir edificios de nueva planta si la habilitación de cualquier caserón o convento desamortizado iba a dar cifras de curación o de mortalidad parecidas?

En estas circunstancias, si en Europa o América la ciencia especial contribuye a la organización del Estado liberal, en España lo hace sin esa presencia. Y cuando es invocada la respuesta no puede ser otra que la defensa de la seguridad jurídica de los ciudadanos frente a los abusos, corruptelas y escándalos que habían destruido irreversiblemente la imagen reformista de la ciencia especial.

Desprovistos de reconocimiento oficial y careciendo de instituciones sobre las que construir su profesión, el escaso número de alienistas tuvo muy poco peso en la corporación médica, y ello impidió el desarrollo de la ciencia especial y su reconocimiento público.

Los alienistas del siglo XIX aparecen como un grupo minoritario y relativamente poco cohesionado, pero que sostiene aún en boca de sus líderes más conservadores, la necesidad de una intervención del Estado. En cambio, los historiadores y los sociólogos no vacilan en presentar a la profesión médica española como profundamente reaccionaria y oponiéndose a todo tipo de ingerencia del Estado. ¿Cómo hay que conciliar ambos hechos? Quizás pensando que la razón del fracaso de los alienistas estuvo principalmente en la oposición por parte de los poderes fácticos como amplios sectores de médicos, o de la Iglesia que no podían aceptar una política institucional en el sector psiquiátrico, que eventualmente pudiese servir de modelo a la intervención en otros sectores de la asistencia mucho más privatizados todavía. La política del Estado, para éstos había de ser la de dejar libres las iniciativas privadas en tanto éstas eran las que intentaban ordenar en su beneficio el sector sanitario y asistencial en su conjunto. Era mucho menos conflictivo para el Estado ceder sus prerrogativas, aun no asumiéndolas del todo el sector privado, que ceder a otros niveles de la administración, por ejemplo, el local, sus competencias. No era de extrañar entonces, que en una circular de 1870 (cit. por

Espinosa, 1966:110), el gobierno indique que «resulta más económico el concierto con instituciones privadas que mejorar las existentes o construir de nuevas».

La ambigüedad de los alienistas, queda explicada precisamente por el fracaso de su modelo de gestión. El *tratamiento moral* era una doctrina de raíces sociológicas que se traducía en una praxis poco intervencionista en terapéutica, que la conducía a desarrollarse de modo autónomo en relación a la Medicina. Es por ello ante su fracaso, los psiquiatras hubiesen de recuperar el somaticismo a través de la Antropología física y de la Neurología, tanto para acercar su discurso a la ciencia médica, como para no quedar aislados en el cultivo de un saber que corría el peligro de disociarse extraordinariamente de aquella y de su modelo profesional. Asumiendo los postulados neurológicos, el alienista convertido en psiquiatra podía escapar al aislamiento que le condenaba la vida en los manicomios rurales, y situarse junto a sus colegas de la ciudad.

Ese tránsito no fue fácil en España. Posiblemente fue mejor asumido por los psiquiatras madrileños que por los catalanes, como consecuencia de su menor dependencia institucional. El caso de Simarro, el de Achúcarro que enlazan la psiquiatría del siglo XIX, con la del siglo XX, ilustran su aproximación a la praxis neurológica (cfr. Puig Samper, 1987).

En Cataluña, en cambio, prisioneros de un equipamiento institucional relativamente denso, centrado todavía a principios del siglo XX en el *tratamiento moral*, la opción había de pasar por la transformación del modelo de gestión de la asistencia. Para ellos que habían reivindicado al Estado para conseguir sus fines, el Decreto de 1885 había puesto un límite a sus esperanzas. Conscientes que no podía haber reforma si no había intervención del Estado y conocedores de los límites de la acción privada, la opción elegida por los alienistas catalanes no podía ser otra que mirar a otra forma de organización del Estado.

### 3. EL DESCUBRIMIENTO DEL SECTOR

*«L'estat s ha fet el desentés. Ell havia de curar del servei benèfic dels boigs, dels cecs, dels sords-muts i dels decrepits, impossibilitats i impedit i aquesta es l hora que no ha organitzat encara els sis manicomis, les dues cases per cecs, les dues per sords-muts, i les divuit per decrepits, impossibilitats i impedit que es considera necessari establir. Raó per desentendre-s'en? No poder l'Estat en la situació actual carregar amb obligacions tan oneroses.» (Mancomunitat de Catalunya, 1923:9.)*

El semifracaso político y profesional de los alienistas del siglo XIX no fue un obstáculo para la expansión de la Psiquiatría y de la Neurología hasta la Guerra de España. Esta expansión involucró a tres generaciones de profesionales (cfr. *Gracia*, 1971), y fue la consecuencia de una conjunción de variables harto complejas: la sustitución del discurso asistencial procedente todavía del tratamiento moral por la clínica kraepeliana; la implantación progresiva de una praxis mucho más medicalizada y muy identificada con la Neurología; la influencia de Cajal y del cajalismo; el papel dinamizador de la Institución Libre de Enseñanza; la acción institucional de la *Mancomunitat de Catalunya*, de la *Generalitat* republicana y de la propia República, y finalmente, la aparición de un movimiento corporativo sólido y bien organizado.

### 3.1. EL ESPEJISMO NEUROLÓGICO Y EL AUGE DE LA PSIQUIATRÍA MADRILEÑA<sup>1</sup>

Existe una rara unanimidad en relación con la importancia que tuvo para la Psiquiatría española el tránsito entre su dependencia teórica de la Psiquiatría francesa y la introducción de la alemana. Es la consecuencia del desarrollo del somaticismo positivista que habían iniciado en el último tercio del siglo XIX Giné i Partagàs y Arturo Galcerán en Cataluña, y que

1. Este período es conocido imperfectamente. Gracia (1971) ha realizado una interpretación de conjunto del mismo, desde la perspectiva de la Psiquiatría madrileña basada en criterios generacionales. Sigue conservando un gran valor como texto introductorio. Posiblemente el mejor testimonio de este período, siempre desde la perspectiva de la capital, es el libro de Valenciano (1976), en el que bajo la estructura de una biografía apasionada de Gonzalo Lafora describe de un modo sensible la historia de la Psiquiatría hasta finales de los sesenta. El propio Valenciano agrupó en este libro algunas aportaciones puntuales anteriores, y ha publicado posteriormente algunos artículos más sobre el tema (1978, 1981). La bibliografía completa de Valenciano puede hallarse en la excelente necrológica que le ha dedicado Marset (1985), que hace asimismo una semblanza en su generación. El nacimiento y desarrollo de la Psiquiatría madrileña en el siglo XIX puede seguirse en Espinosa (1966), González Duro (1975a, 1980), Alvarez-Uría (1983), a los que hay que añadir los testimonios del propio Valenciano (1965, 1965a, 1968, 1975, 1975a) y de José Pérez-López Villamil (Angosto, 1985). La revista que representa antes de la guerra a este grupo es *Archivos de Neurobiología* (cfr. Valenciano, 1978; Martínez Pardo, 1978).

La Psiquiatría catalana de este período está mucho menos documentada (Bernardo y Casas, 1983). La bibliografía de este período ha sido publicada por Parellada (1979) aun cuando se deslizen en la misma errores de bulto. Puede utilizarse también la bibliografía comentada que completa el estudio de Gol y otros (1976), y el estudio bibliométrico de Barona sobre este período (1979).

El único libro que da algunas pistas sobre la Psiquiatría de anteguerra en Cataluña fue publicado por Oscar Torras en 1961. A diferencia de Valenciano, el único interés del mismo reside en la reivindicación de su tarea al frente del *Instituto Mental de la Santa Cruz*. El resto lo componen publicaciones de muy distintos autores que irán siendo desgranadas en sucesivas notas. Para este período en Cataluña es fundamental la revisión de las siguientes revistas: *Psiquiatría* (1922-1926) (Barcelona), *Revista Frenopática Española* (Sant Boi, hasta 1916), *Revista Médica Barcelonesa*, la *Medicina Catalana* y el *Butlletí del Síndicat de Metges de Catalunya*. En abril de 1981 tuvo lugar en Madrid un coloquio sobre este período organizado por Diego Gracia y Luis Valenciano, y en abril de 1983 otro en Valencia sobre la historia de la Psiquiatría española en la que menudearon las comunicaciones sobre este período: sus materiales permanecen inéditos.

vinculó la Psiquiatría a la Neurología a través de autores como Simarro, aunque no deba olvidarse la influencia de Cajal. Entre 1900 y 1938 las fronteras entre la Neurología y la Psiquiatría permanecieron confusas y ambas especialidades se reclaman de los mismos predecesores. Pero sobre todo, esta nueva situación tuvo considerables consecuencias en la transformación de la práctica clínica y asistencia de los psiquiatras.<sup>2</sup>

El *tratamiento moral* venía presidido por una concepción sociológico-categorial de la locura, y su praxis asistencial giraba exclusivamente en torno al internamiento en instituciones específicas. La dialéctica derivada de las condiciones de asistencia y de la teoría *moral* acentuaban la especificidad de la *ciencia especial* en relación a la Medicina y tendían a aislar a los profesionales y a las instituciones de los centros de producción intelectual. Durante la primera mitad del siglo XIX sucedía lo mismo en Medicina, en la cual el hospital era el núcleo del trabajo clínico y de la investigación; pero a partir de 1850 ésta última se desplaza cada vez más hacia el laboratorio.<sup>3</sup>

En Psiquiatría no sucedió lo mismo: el retraso en la construcción de las redes de manicomios públicos hasta la segunda mitad del siglo impidió el desarrollo a gran escala de la observación clínica y de la psicopatología moderna. Ésta se constituye fundamentalmente entre 1870 y 1920 y por ello puede aparecer como «menos desarrollada» desde muchos puntos de vista que la Medicina en general.<sup>4</sup>

2. Los *currícula* de los autores del primer tercio de siglo, sin excepciones, concilian las publicaciones neurológicas y psiquiátricas. Quizá Mira y López fuese quien diversificó más su obra por el peso que en ella tuvo la Psicología clínica y la Psicotécnica. Véase, por ejemplo, los *currícula* de Lafora (Valenciano, 1976), o de Valenciano (Marset, 1985).

3. El auge de la psiquiatría germana estuvo probablemente auspiciado por la eficiencia de su sistema universitario. Cuenta Tosquelles (1975) que su introducción en Francia no se produjo más que a partir de 1945. Un buen estudio sobre las transformaciones de la medicina hospitalaria en Francia está en Steudler (1973, 1974).

4. Vale la pena destacar el retraso cronológico de la investigación terapéutica en Psiquiatría. Los avances fundamentales en este campo no se iniciaron hasta mediados de los cincuenta y probablemente su expansión se produce a finales de los setenta. Compárese esta cronología con el desarrollo de la terapéutica farmacológica fundamental y podrá comprobarse cómo antes de 1950 la Psiquiatría carecía de fármacos realmente *eficaces*. Los avances terapéuticos de este siglo: el shock cardiazólico, el insulínico o el *electroshock*, son técnicas empíri-

La asunción del paradigma neurológico por parte de la Psiquiatría clínica de fines del siglo XIX hay que entenderlo en dos vertientes: la de incorporar un discurso compatible con el positivismo de los psiquiatras, pero también como un esfuerzo por aproximar a los profesionales de la Psiquiatría a los médicos en general, tras un período en que las características del ejercicio psiquiátrico les había alejado de ellos. La Neurología permitía sacar al psiquiatra del *ghetto* que suponía el manicomio, y sustituía al mismo tiempo la retórica vacía del tratamiento moral por un planteamiento positivista de la enfermedad mental homologable con el modelo médico.<sup>5</sup> El rigor clínico y diagnóstico de la Neurología introducían un modelo más «objetivo» que podía contribuir a acabar con los criterios de valoración situacionales característicos del tratamiento moral.<sup>6</sup> Finalmente se propiciaba el tránsito desde el concepto de *alienación* al de *enfermedad mental* compuesta por un conjunto de entidades morbosas bien definidas, constituidas a partir de observaciones sistemáticas de signos y síntomas apoyadas mediante el estudio anátomo-patológico.

Desde el punto de vista de la praxis profesional, la Neurología suponía un cambio a medio plazo en las costumbres: abría las puertas al gabinete privado especializado en una disciplina hasta entonces muy vinculada a la institución de internamiento. Según Valenciano (1976:42-45) la praxis de los alienistas del siglo XIX fuera del manicomio se parecía mucho más a la del médico general que a otra cosa. Fue la generación siguiente, cuyo paradigma sería Rodríguez Lafora la que pudo iniciar una práctica de gabinete especializada, que suponía un cambio fundamental para la imagen pública del psiquiatra y una potenciación profesional y social del mismo. Representaba su incardinación en problemas de lo cotidiano, la difuminación de las connotaciones asociadas a su presencia en el manicomio, pero

cas nacidas en el manicomio pero no de una investigación sistemática. Sobre estos aspectos puede consultarse Thuillier (1981) si se rebaja críticamente su triunfalismo.

5. En 1915 en el *Manicomio de la Santa Cruz* de Barcelona seguía vigente la organización propugnada por Pi i Molist en 1860 y aplicada desde entonces en el Servicio de Dementes del *Hospital de la Santa Creu*, es decir, la tecnología propia del tratamiento moral (Torras, 1961).

6. La técnica terapéutica se basaba en el desplazamiento de los enfermos del pabellón según su estado y con independencia de su clasificación nosológica (cfr. Torras, 1961; Lamarche-Vadel, 1978).

sobre su articulación al modelo convencional de Medicina. Parece obvio que antes del advenimiento del psicoanálisis esta *praxis* estuvo mucho más medicalizada en el sentido tradicional de la palabra; pero con la influencia de aquél y de sus discípulos la relación que se establece en el gabinete psiquiátrico, aun en los de orientación más neurologista, va a ser mucho más importante que la de la relación institucional. La aventura personal del propio Freud lo ilustra perfectamente: con una formación neurológica adquirida en el espacio hospitalario, Freud inventó un nuevo modelo de relación de gabinete y abrió las puertas al nuevo papel que el psiquiatra va a jugar en la sociedad del siglo XX.<sup>7</sup>

En la España de antes de 1936 las condiciones para este desarrollo eran posiblemente superiores a las de la propia Francia, atenazada por una poderosa red institucional controlada por un cuerpo de alienistas-funcionarios. La rigidez teórica de la Psiquiatría francesa podría ser comprendida como la consecuencia del extraordinario desarrollo de su equipamiento institucional y funcional durante el siglo XIX, mientras que la rapidísima aceptación en España de la Psiquiatría y la Neurología germánicas, articuladas con una rica investigación anátomo-patológica, serían la consecuencia de la inexistencia de una red institucional y de una estructura funcional que actuaran como freno a las innovaciones. No se trata de explicar la influencia de la Neurología en la Psiquiatría española como una consecuencia de Cajal, que en todo caso sería posterior a 1900, sino como una respuesta adaptativa de los psiquiatras al callejón sin salida en que les encerraba la legislación vigente, la ausencia de la ciencia especial en la universidad y la privatización de los manicomios. En el Madrid de fines de siglo, con un equipamiento institucional que no había tenido el desarrollo del de Cataluña, las condiciones eran mucho más favorables que en el Principado para ese tránsito. La tarea del alienista y la investigación estaban mucho más vinculadas a los hospitales generales o a los laboratorios. La síntesis entre Psiquiatría y Neurología, la existencia de una infraestructura de in-

7. El triunfo social y político del psicoanálisis ha sido estudiado en Francia por Castel (1971) y en Estados Unidos por F. Castel y cols. (1979). En ambos casos se subraya la compatibilidad del modelo de gestión ofrecido por el discurso psicoanalítico con un contexto social en el que Psiquiatría puede intervenir como una instancia más de control social. En España véase la tesis de Carles (1983).

vestigación eficaz, el interés de ciertos sectores intelectuales, especialmente los afines a la Junta de Ampliación de Estudios hacia esa tarea posibilitaban el desarrollo de una práctica que no estaba tan sometida como en Cataluña a los imperativos que determinaba la gestión institucional.<sup>8</sup>

En cierta manera, la solución adoptada por los psiquiatras madrileños es una forma sutil de privatización, en el sentido que la Junta de Ampliación de Estudios era una fundación privada y que las iniciativas de este grupo tampoco eran vistas con plena aceptación por el *establishment* oficial. De ahí que la salida profesional de este grupo de alienistas, se dirigiese a conciliar la práctica privada con la investigación semi-institucional, pero mucho menos con la tarea asistencial vinculada al manicomio. Los *curricula* de Lafora, Achúcarro, Sacristán, Sanchís Banús, Villaverde o Fernández Sanz les identifica mucho más con los grandes clínicos de su época que con la de los psiquiatras con vocación esencialmente asistencial.<sup>9</sup>

8. Valenciano (1976) ha descrito la formación de los psiquiatras de la época. Tras la carrera postgrado con fuerte formación histopatológica en clínicas europeas y norteamericanas pero muy escaso trabajo en manicomios clásicos. La trayectoria posterior de Lafora se centró en centros de investigación, en su clínica privada o en las salas de Psiquiatría del Hospital Provincial.

Proponer, como hace Sarró (1970:279), que la Psiquiatría catalana no supo reaccionar a la kraepelización como la Psiquiatría madrileña me parece una exageración ya que la visita de Kraepelin a Barcelona en 1924 influyó mucho en los psiquiatras catalanes (vg. la colección de *Psiquiatría*). Sarró ha oscurecido sistemáticamente el papel de los psiquiatras de anteguerra (de sus colegas y condiscípulos). Significativamente en la conmemoración del cincuentenario de la *Sociedad Catalana de Psiquiatría* y salvo una intervención no publicada sobre Mira, Saforcada y Rodríguez Arias como *homenots* de su tiempo, su intervención se limitó a exponer generalidades (1962). En una biografía intelectual reciente sobre el mismo se remite sobre todo o al período anterior o su estancia en Viena o a los autores del siglo XIX (*Mediavilla*, 1980; Sarró, 1970), y ello a pesar que entre 1929 y 1936 trabajó con Mira. En 1936 Sarró formó parte de un grupo escindido de la *Societat*: Irazoqui (1962) apunta que la escisión se debió a razones de criterio político y a razones personales entre las que deja entrever el cupo de puestos profesionales y el liderazgo que ejercía Mira. Los escindidos que fundaron la *«Revista de Psiquiatría, Neurología y dominios afines»* siguieron en el país después de la guerra.

9. Los psiquiatras madrileños fueron probablemente más radicales que los catalanes. No en vano su revista portavoz se llamó (y sigue haciéndolo) *Archivos de Neurobiología*. En Cataluña, Mira y López y su grupo de colaboradores matizaron esa postura mediante un eclecticismo

La aproximación entre la Neurología y la Psiquiatría no estaba exenta de peligros. No voy a entrar en los matices ideológicos de la misma, pero si quiero señalar que uno de los que la acechaban era el empobrecimiento del discurso asistencial al carecer la Psiquiatría clínica de una alternativa terapéutica eficaz de naturaleza biológica. En segundo lugar, la crítica al discurso terapéutico del *tratamiento moral* no venía sustituida por una alternativa asistencial coherente. En tercer lugar, la influencia neurológica podía ser un obstáculo a la expansión del discurso psicoanalítico, ya que si bien de una parte cuestionaba el rol del terapeuta, de la otra significaba un reorno a la subjetividad de la que el neurologicismo había pretendido huir.<sup>10</sup> Finalmente, al asumir un organicismo muy medicalista, la Psiquiatría se alejaba de aquellas posturas teóricas que correlacionaba a psicopatología con las variables socioculturales. Con ello sentaban las bases de una *praxis* que reducía el espectro de los trastornos atendibles por el psiquiatra a los más burdamente orgánicos: las degeneraciones derivadas de la enfermedad alcohólica, las «perversiones», las psicosis, las alteraciones idiopáticas del carácter, las psicosis orgánicas o las alteraciones psíquicas de las enfermedades neurológicas. Al rechazar las interpretaciones etiológicas vinculadas a las distintas escuelas psicoanalíticas o al ignorar el discurso de la Antropología social o de la Sociología sobre dichos trastornos se fue creando un abismo entre unas y otras que ha tenido gravísimas consecuencias en el futuro.<sup>11</sup>

pragmático que estaba vinculado a la introducción de la psicometría y de paradigmas clínicos menos radicalmente organicistas. Véase, a este respecto, Vidal Teixidor (1974) o el *Manual de Psiquiatría* que publicó Mira en 1935.

10. Los obstáculos al paradigma psicoanalítico eran sobre todo ideológicos (cf. Glick, 1982). El psicoanálisis fue conocido en España bastante precozmente (Ortega y Gasset hacia 1911 se hizo eco de él en los años veinte y treinta se desarrolló una corriente de interés). La primera introducción crítica al mismo fue publicada por Mira en 1926 (1974). Véase Carles (1983).

11. El escaso o nulo desarrollo de las ciencias sociales como disciplinas autónomas en España antes de 1960 hubo de contribuir notablemente a esa falta de diálogo. El discurso socioantropológico antes de los sesenta estaba sostenido por profesionales de otras disciplinas que utilizaban los paradigmas de este tipo para interpretar situaciones o hechos sociales que tenían que ver con su práctica profesional. Es el caso, por ejemplo, de Joaquín Costa o Rafael Salillas estudiados por



El no afrontar directamente el problema de los trastornos de lo cotidiano como núcleo fundamental del papel del psiquiatra en el siglo xx, daba lugar a que la imagen social del psiquiatra se identificase todavía con una estampa de la locura muy centrada en el loco de manicomio, ser misterioso, distinto, connotado simbólicamente por un horror atávico. Y ese criterio de locura que en definitiva posibilitaba el ejercicio profesional del psiquiatra, no estaba tanto en él, sino en aquellas que determinan realmente los procesos asistenciales: los propios enfermos y sus redes sociales. De este modo solo el *loco* va al psiquiatra, mientras que el *enfermo de los nervios* puede ser orientado al médico general o al neurólogo.

### 3.2. EL TRIUNFO POLÍTICO DE LA PSIQUIATRÍA CATALANA

Si desde el punto de vista del trabajo clínico la Psiquiatría española fue fuertemente somaticista desde el último tercio del siglo xix; a partir de principios de siglo y desde Cataluña se producen una serie de intentos de rediseñar y planificar la asistencia psiquiátrica.

A principios de siglo el número de camas psiquiátricas en Cataluña era el 2500 (cfr. *Rodríguez Morini*, 1903), lo cual suponía una relación camas/población muy parecida a la actual dada la población de la época. En estas condiciones la *praxis* de los alienistas catalanes había de estar fuertemente vinculada a ese equipamiento institucional, y era inevitable que engendrara algún tipo de discurso asistencial. Este había de traducirse en ajustes y transformaciones de las viejas prácticas morales heredadas del siglo xix, pero que fue más allá de las formas internas de las instituciones, al hallar a través de la organización corporativa de los psiquiatras una articulación con el nacionalismo político ofreciendo técnicas globales con las que establecer las políticas asistenciales de la *Mancomunitat de Catalunya* primero y la *Generalitat* republicana más tarde.<sup>12</sup>

F. del Pino, pero también el de los médicos-antropólogos del siglo xix (cfr. *Lisón*, 1970; *Comelles y Prat*, 1988).

12. Véase Bernardo y Casas (1984) y Parellada (1979).

#### 3.2.1. Nacionalismo y Psiquiatría en Cataluña

Fuster (1961a) ha querido vincular el desarrollo de la Psiquiatría de la segunda mitad del siglo xix a la *Renaixença*. Es un acercamiento entre idealista y poco crítico. El desarrollo intelectual en Cataluña durante el siglo xix forma parte de un proceso que hay que remontarlo sin solución de continuidad a la Ilustración. Obviamente el crecimiento económico del siglo xix permitió el desarrollo de una nueva clase ilustrada formada por profesionales y que se vincula en mayor o menos medida a la burguesía.<sup>13</sup> La extracción social de los alienistas lo demuestra: Giné i Partagàs pertenecía a una familia enriquecida en Cuba, Pi i Molist era hijo del cronista de la ciudad Pi i Arimon y se vinculó a la burguesía a través de sus relaciones con Duran y Obiols y con su matrimonio con Antonia Bacigalupi.

Sin embargo, no me atrevería a afirmar la existencia de un discurso «catalanista» entre los psiquiatras del siglo xix: La posición de Giné i Partagàs era mucho más ambigua; y en la presentación del Primer Certamen Frenopático analizó las relaciones entre Cataluña y España desde una perspectiva que en absoluto puede confundirse con posturas nacionalistas.

Fue probablemente Martí i Julià, discípulo de Giné i Partagàs, psiquiatra y publicista, quien formuló la primera síntesis entre el discurso psiquiátrico y el pensamiento nacionalista.<sup>14</sup>

Domènec Martí i Julià (1860-1917), trabajó casi toda su vida en el *Institut Frenopàtic* y fue uno de los artífices, con Vives i Casajoana, de su renovación entre 1907 y 1915, periodo durante el cual ostentó la dirección del centro. Fue expulsado del mismo en 1915, parece ser que por razón de su militancia en el catalanismo de izquierdas (*Rubio*, 1970:305). En el *Frenopàtic*, Martí i Julià y Vives i Casajoana trataron de formular algunos de los principios que iban a presidir la renovación psiquiátrica en los años posteriores, como eran la reforma de la organización interna de las instituciones, los intentos de formular

13. Sobre el papel corporativo de los médicos, vg. De Miguel (1982) y López Piñero (1976).

14. Sobre Martí i Julià deben verse la necrológica que le dedicó su discípulo Vives i Casajoana (1918), Vives (1934), Fuster (1961) y Rubio (1970). Sobre su dimensión política Colomer (1977).

alternativas al modelo de manicomio vigente, la crítica a la legislación vigente desde 1885 y el intento de organizar la asistencia exterior.

Martí i Julià fue desde el punto de vista político uno de los fundadores del catalanismo de izquierdas, es decir, de la serie de corrientes ideológicas que, desde principios de siglo intentaron evitar la hegemonía de un catalanismo de derechas percibido con un movimiento clasista y antipopular (cfr. Colomer, 1977). Estas corrientes que hacia 1915-1923 se aproximaron al socialismo o al anarquismo —recuérdese el papel de Layret, Seguí, Companys, Serra i Moret o Rovira i Virgili—, fue precedido por la actuación de Martí i Julià como presidente de la *Unió Catalanista*, que era para él un instrumento válido para despertar la conciencia nacional en todos los órdenes. Consideraba que la *Unió* no podía ser una opción política, sino unitaria, un movimiento regenerador de la vida catalana (Colomer, 1977:10). Pensaba que el renacimiento de Cataluña pasaba por una redistribución de la riqueza, una limitación de los privilegios de unos cuantos en beneficio de la mayoría, y realizar una apertura clara hacia los intereses de las clases trabajadoras:

*«El problema de Catalunya, no és solament la reivindicació de la llibertat política, és el renaixement complet de la nostra Catalunya; és posar-la en condicions de progrés i civilització.»* (Cit. por COLOMER, 1977:12.)

El papel de Martí i Julià en la reforma de las estructuras de la asistencia psiquiátrica en Cataluña estuvo vinculado a su papel político y a su influencia en la *Societat Catalana de Neurologia y Psiquiatria* (cfr. Fuster, 1961:177-179). Su posición quedó explícita en la Memoria que elaboró al ser nombrado director del programa de reforma de la *Mancomunitat de Catalunya*.

*«Quan un poble es troba en la situació de Catalunya i ha de crear o organitzar tota una successió de funcions socials i que per haver tingut la seva existencia coaccionada no la posseeix amb la perfecció i modalitat d'acció que correspon, ha de procurar que al reorganitzar la seva vida colectiva, sia la propia consciencia nacional la que imprimeixi modalitat especial a totes les funcions que creï. Cert que ha d'anar a cercar consell i ensenyament als avenços de tots ordres que hagi realit-*

*zat la consciencia universal, mes ha de fugir del perill d'organitzar funcions a les que per organitzar-les no cooperi integrament la modalitat ètnica del poble.»* (MARTÍ I JULIÀ, 1918:147.)

El principio enunciado por el autor de la necesidad de adaptación de los principios universales a la idiosincrasia del país constituyó un *leit-motiv* para todos los proyectos de reforma realizados hasta 1938, y constituye el punto de partida de la comarcalización que se propondrá en tiempos de la Guerra de España. El interés de la propuesta de Martí i Julià reside en que en un período histórico en que la concepción de la enfermedad mental en España se incardina en un modelo muy somaticista, se efectúa un esfuerzo por recuperar la dimensión sociológica de los trastornos psíquicos; como vertebrados de cualquier planteamiento asistencial.

*«L'alienació mental, como totes les pertorbacions dels organismes, determina efectes generals en la societat; s'ha de dir, més encara, s'ha d'afirmar que així com totes les pertorbacions que hi poden haver als organismes son en una parte importantíssima determinades per la totalitat de la individualitat psicoorgànica a la que resideixen, i per tant de la modalitat d'aquesta individualitat, la societat és així mateix determinant de les pertorbacions psiquiàtriques dels malalts de psicopatia.»* (MARTÍ I JULIÀ, 1918:148.)

La asunción de las correlaciones entre lo sociológico, lo cultural o lo económico en los trastornos mentales no puede lógicamente estar al margen de la intervención del conjunto de la sociedad en su resolución:

*«La societat així, la nació per tant, té el deure de acudir a l'assistència dels que pateixen els efectes de les imperfeccions social i té el deure de acudir-hi amb la major intensitat i perfecció d'assistència, per realitzar una labor de reparació que es així mateix biològica perquè la reparació no és altra que una actuació que tendeix a la normalització de les imperfeccions i de les anormalitats.»* (MARTÍ I JULIÀ, 1918:148.)

Pero la dimensión política, implícita en el conjunto del discurso, se precisa al final del texto:

*«Per ço (...) que no hi ha fet social que no hagi d'ésser atès per la consciencia colectiva i que l'avençament i perfecciona-*

*ment de la nació depen sempre de la plenitud del coneixement que té d'ella mateixa i de l'acció que la nació realitza per incorporar a la vida conscient colectiva la totalitat dels elements que la formen i de les fenomenologies que es manifesten.»* (MARTÍ I JULIÀ, 1918:151.)

El manifiesto de Martí i Julià iba destinado a una administración que vincula el desarrollo político de Cataluña a la asunción de la modernidad, tentando no sólo la introducción de la vanguardia, sino articulándola con la idiosincrasia del país. Lejos de apostar por un modelo de gestión eficaz de lo existente, lo hace a través de un proceso de institucionalización que conduzca a la construcción de una administración modélica como procedimiento para reforzar la diferencia entre Cataluña y la administración del Estado. Existe una convergencia de intereses entre las distintas opciones políticas y las fuerzas sociales que las apoyan, y se manifiesta en el terreno de la asistencia psiquiátrica ya desde antes de la constitución de la *Mancomunitat* en 1914.

El verano de 1910, la Diputación Provincial de Barcelona, que presidía Prat de la Riba, se hizo eco de la carga que suponía para ella el desembolso que hacía la institución para el sostenimiento de los dementes pobres a su cargo.<sup>15</sup> Éste había

15. La Diputación de Barcelona publicó los informes de estas investigaciones (*Diputació*, 1911). Son un documento indispensable para comprender la situación que se completan con el informe que realizó Vives i Casajoana sobre Salt (1917), y con el memorándum de éste a la *Mancomunitat* remitido en 1918 (1979).

Las causas del crecimiento de gastos eran, según el informe de la Diputación (1911:6) el aumento de población, la debilidad decreciente de los vínculos familiares, la desaparición de los sentimientos de repugnancia hacia la beneficencia pública, pero también las dificultades de comprobación del estado de pobreza. Provocó un escándalo enorme, con una réplica muy dura de Rodríguez-Morini (*Marcet*, 1954; *Cruet*, damento. Uno de los miembros de la comisión era Wifredo Coroleu, al que se acusó de parcialidad. La diputación no llevó adelante medidas severas, quizá porque en ello estaba implicada la Orden de San Juan de los, responsable de la política de hacinamiento que se seguía en *Sant Boi*. Prueba de que las acusaciones no eran tan gratuitas fueron la intención de la Orden de vender *Sant Boi*, y una vez rechazada esta posibilidad, las reformas de hábitat que hubo de realizar hasta 1936 (*Cruet*, 1971:378). Sobre el período 1900-1911 en *Sant Boi*, véase Rodríguez-Morini (1905a, 1903a) y Rius y Matas (1904). Véase también la propuesta de Gaspar Galcerán sobre la necesidad de un patronato de alienados pobres (1912).

pasado de 94.582 ptas., en 1885 a 417.600 en 1910, a pesar de la reducción de la pensión diaria de 2 ptas. a 1.35 (*Diputació*, 1911:5). Respondía también a la preocupación, producida por una campaña orquestada desde los periódicos lerrouxista (*Rodríguez Morini*, 1929), contra las deplorables condiciones de las instituciones de propiedad religiosa concertadas con la Diputación. Los ataques se dirigían muy expresamente al Manicomio de *Sant Boi*, y como veremos no estaban del todo faltas de fundamento, como lo prueba el que el propio Martí i Julià, hubiese denunciado dicha situación (cfr. *Rubio*, 1970).

Prat de la Riba y su administración se plantearon la necesidad de fiscalizar y controlar de modo efectivo éste servicio con el objetivo inicial de reducir la carga económica que suponía para la corporación, y secundariamente para verificar si esos gastos revertían realmente en los enfermos. El documento resultante (*Diputació*, 1911) es muy importante, porque es la primera vez en la que un organismo público en Cataluña intenta poner orden en un sector abandonado tradicionalmente por la Administración. Los autores del informe destacaron que a pesar de que la Diputación no estaba obligada a mantener a los alienados, el reglamento no preveía la inspección de la estancia, ni siquiera la necesidad de tratamiento de tal manera que se favoreciera extraordinariamente los intereses de los propietarios de los manicomios, que quedaban fuera de todo control.

La comisión que visitó los manicomios de la Santa Cruz y de *Sant Boi* elevó un dictamen muy pormenorizado sobre los mismos en el que se destacaba la eficacia del primero, y las deficientísimas condiciones del segundo. Se trata de una crítica muy dura en la que destacaba la retención ilegal de 140 enfermos, que podrían estar dados de alta, y las condiciones de la ergoterapia en la institución, que tal como era presentada en relación con el número de pacientes implicados, parecía un batallón de trabajos forzados (*ibid.*, 1911:50).

La comisión investigadora, junto a las medidas disciplinarias a tomar con la administración de *Sant Boi*, sugería que la Diputación organizase su propia red de instituciones, acentuase las labores de inspección, las sustrajese como hasta entonces de las arbitrariedades de los directores y las administraciones y proponía un plan de acción a muy corto plazo para organizar la asistencia de dementes:

- a) Construir un instituto de observación de nueva planta o habilitado en el Hospital Clínico o en el de la Santa Cruz, destinado a clasificar a los enfermos y redistribuirlos entre los centros concertados. Este instituto podría servir, asimismo, como centro de formación.
- b) Establecer un dispositivo de asistencia mediante conciertos con familias que quisiesen hacerse cargo de enfermos.
- c) Organizar colonias agrícolas para convalescientes.
- d) Crear un patronato para la atención a enfermos curados (*ibid.*, 1911:60-70).

Este proyecto no pudo llevarse a la práctica inmediatamente. En una primera fase se reorganizó la inspección, pero el equipamiento quedó pendiente de la constitución de la *Mancomunitat de Diputacions de Catalunya*, que Prat de la Riba había negociado con el gobierno Canalejas, y que fue definitivamente aprobada en 1914.

En síntesis, el nuevo proyecto, que se inició hacia 1910 y culminó durante el período republicano entre 1931 y 1938, consistía en construir una red de asistencia pública en Cataluña que acabase con el custodialismo, con los escándalos de las instituciones privadas y con el desorden del sector. Cabe distinguir en él cuatro etapas relacionadas entre sí: *a)* una fase de denuncia y balance de la situación, entre 1910 y 1915-1920, en la que las autoridades catalanas se resignan a cubrir como pueden el déficit de servicios del estado, e intentan reformar lo existente, *b)* Una fase de proyectos, entre 1915 y 1923, que corresponde a la *Mancomunitat*, y que tiene como objetivos establecer un plan de acción a breve plazo, unos principios y directrices a medio y largo plazo, que se solaparían a acciones de reforma en las instituciones privadas promovidas por los propios psiquiatras, *c)* La Dictadura de Primo de Rivera, durante la cual las acciones reivindicativas quedaron relegadas al seno de las asociaciones profesionales, y *d)* El período republicano, durante el cual se recuperó el movimiento renovador iniciado durante la *Mancomunitat* y los esfuerzos de los alienistas se dirigen a poner en marcha, con el apoyo de la *Generalitat* autónoma un plan general de asistencia psiquiátrica de titularidad pública.

### 3.2.2. La política asistencial de la Mancomunitat de Catalunya<sup>16</sup>

En 1914 se constituyó la *Mancomunitat de Diputacions de Catalunya*. Limitada a las competencias que atribuían a éstas últimas el ordenamiento administrativo vigente, uno de sus campos principales de actuación fue la asistencia benéfica y social. En el artículo segundo del Estatuto de la *Mancomunitat* se establecía que las Diputaciones catalanas le traspasarían:

*«l'hospitalització dels dementis pobres, respectant contractes existents i indemnitzant els interessos, va imposar que aquesta funció fos aviat efectiva, tota vegada que en tal sentit havien manifestat llur voluntat les Diputacions mancomunades.»* (*Mancomunitat*, 1923:16.)

La delegación de servicios de dementes le fue atribuida el 6 de abril de 1914, y a principios de 1915 se hizo cargo de las Beneficencias provinciales. En mayo de 1914, en la primera asamblea que celebró la institución se aprobaron las bases sobre las que se iban a fundar los servicios de asistencia de Cataluña:

«La primera y la segunda hacen referencia a la incorporación de estos servicios a la *Mancomunitat*, hasta entonces a cargo de las respectivas Diputaciones Provinciales.

»La base 3.<sup>a</sup> dice: "Los enfermos mentales, con la certificación de un médico expresando el carácter de la afección, serán transmitidos en la clínica de Psiquiatría o Asilo de Observación, que se acuerda en constituir como Clínica de tratamiento de Psicópatas agudos, y oficina de observación, clasificación y distribución de los demás."

»(...) Base 4.<sup>a</sup> "El tratamiento y vigilancia de los dementes se efectuará en los establecimientos siguientes: *a)* los agudos en la Clínica de Psiquiatría o Asilo de Observación; *b)* los que sean capaces de trabajar en la Colonia Agrícola; *c)* los que presenten formas seniles de demencia en uno o más pabellones que puedan radicar en la Colonia Agrícola o en el Manicomio General; *d)* los deficientes que sean educables, en una sección médico-pedagógica de régimen especial en el caso de

16. Los documentos fundamentales para seguir el desarrollo de esa política son los dos opúsculos editados por la *Mancomunitat* en 1921 y 1923. También Vives y Casajoana (1917, 1979) y Tomás Busquet (1921, 1924, 1927).

estar comprendida en el Manicomio General, o en la Colonia Agrícola; e) los demás en el Manicomio General en secciones o pabellones adecuados según el sexo y según sean agitados, semi-agitados, idiotas, pacíficos o criminales." Base 5.<sup>a</sup> "En estos establecimientos podrán hacer prácticas, realizar investigaciones los alumnos aprobados en la Facultad de Medicina en las condiciones que fije en su día el Consejo Permanente." (BUSQUET, 1924:3.)<sup>17</sup>

Con estas bases, la *Mancomunitat* se proponía la construcción de un sistema asistencial moderno. Prat de la Riba pidió a Martí i Julià, a Alzina i Melis y a Busquet, que fue el redactor, una memoria que precisase las características que había de tener esa red.<sup>18</sup> Fue presentada en 1915, e iría seguida, un par de años más tarde por una nueva, redactada por Vives i Casajoana (1979), y que son los documentos fundamentales sobre los cuales se establecieron los planes asistenciales que permanecerían vigentes hasta la Guerra Civil (Busquet, 1921, 1924:4-6). Los principios generales correspondían a las bases; y se proponían y detallaban las características del centro de clasificación, que había de construirse, el de las colonias agrícolas, de los pabellones especiales para categorías específicas de enfermos, y la necesidad de amortizar las plazas concertadas, una vez fuese creciendo el sector público (Mancomunitat, 1923:18).

17. Busquet (1924:3) consideraba que esas bases algo confusas, en especial a los conceptos de *Manicomio general* y *Colonia*. La memoria que había entregado meses antes a la Mancomunitat y que le sirvió a ésta para preparar esas bases proponía: 1) una clínica para psicópatas agudos y curables que sirviese de instancia clasificadora; 2) hospitales mentales en los centros urbanos; 3) un único asilo colonia tipo «village» cerca de Barcelona; 4) convertir Salt en un centro de epilépticos, y 5) establecimientos especiales para presos, etc.

La *Mancomunitat* jamás dejó de consultar con los alienistas y éstos estuvieron representados en las comisiones que juzgaron los proyectos de la futura clínica mental de Santa Coloma, tanto el de adjudicación de terrenos como el arquitectónico.

18. La memoria de 1915 se halla resumida en Busquet (1925:4-6). Véase también Busquet (1929 y 1930) y Vives y Casajoana (1979). Busquet (1924:19) se congratula de que el modelo preparado para Cataluña coincidiese más tarde, como el considerado a otros niveles necesario para una buena organización de la asistencia psiquiátrica.

El artífice de esa reforma fue Salvador Vives, que fue director de Salt hasta 1923, en que dimitió por desacuerdo con la Dictadura de Primo de Rivera (Cassassas, 1970[4]:342). Vives fue el responsable de los servicios de Psiquiatría de la *Generalitat* a partir de 1936.

A principios de 1915, la asamblea de la *Mancomunitat* estableció dos líneas de trabajo: 1) Formación de un concepto definido y preciso de la misión renovadora que sugería la asamblea; y 2) Estudio minucioso del estado del Servicio actual y de todas aquellas reformas, que sin prejuicios de la tarea a realizar, podían introducirse en las prestaciones de los manicomios concertados (Mancomunitat, 1923:20).

Se arbitraron una serie de medidas inmediatas como eran una renegociación de los conciertos con los centros privados, aumentando la asignación de 1,35 a 1,75 ptas. día, a cambio de contraprestaciones muy bien especificadas y, que tenían que ver, sobre todo, con la inspección, sistemática de los hospitales. En el caso de los propios, como el de Salt, se tomaron medidas con el fin de mejorar el hábitat y los esquemas de asistencia. Se trataba de un plan amplio, planteado para cubrir el conjunto de Cataluña, aunque, en una primera etapa se limitase a regular la asistencia a los dementes pobres.<sup>19</sup>

Frente al simple propósito de evidenciar corruptelas que se manifestaban en el proyecto de Prat de la Riba en 1911, la *Mancomunitat* fue capaz de recuperar como uno de los núcleos básicos de su acción la noción del servicio público inspirada en un ideario formulado por Vives i Casajoana:

*«Els pobles donen mesura de llur fermesa nacional i estat de civilització, en la cura d'assistir llurs malalties. Es un greu error de creure que l'emparança als qui per ells mateixos no poden valerse és una càrrega. No solament no ho és sino que constitueix un positiu estalvi social i una funció col·lectiva que enforteix directament l'organisme nacional (...). L'assistència dels individus que es troben en estat d'anormalitat morbosa és la funció més elemental de civilització dels pobles, és una modalitat de l'acció que realitzen per conservar i perfeccionar la seva personalitat nacional (...). La consciència social que no sent el patiment dels individus, que no s'adona de la progressiva invasió de la morbositat, la consciència social que no és sent trasbalsada per la progressiva incapacitat*

19. Como en Francia (vg. Murard y Furquet, 1975), se advierten en estos planes ciertas influencias de los planes de lucha antituberculosa que disponían de la época de una considerable expansión, vg. *Mancomunitat de Catalunya* (1920, 1923) y para la asistencia a niños, Folch i Camarasa (1970), Bacardí (1970) y Bassols (1935). La acción incluía las Casas de Caridad de las cuatro provincias, así como hospitales comarcales, guarderías, orfanatos, hasta un total de 104 instituciones subvencionadas (Cassassas, 1970:342-343).

*individual, que no reacciona davant el propi enviliment psico-orgànic, és una consciència que correspon a un poble, a una nació que es precipiten en el no-rés i que s'oposen a portar l'efectivitat de la seva existència en el mon. (...)*

*«Quan un poble es troba en la situació de Catalunya que ha de cear tot a una munió de funcions socials i que per haver tingut la seva existència coaccionada, no la posseeix en la perfecció i modalitat d'acció que correspon ha de procurar que, en reorganitzar la seva vida col·lectiva, sigui la pròpia consciència nacional la que imprimeix una modalitat especial a totes les funcions que crei. Es cert que ha d'anar a cercar consell i ensenyança als avenços de tot ordre que hagi realitzat, la consciència universal, però ha de fugir del perill d'ordenar funcions a les quals per organitzar-les no cooperi integrament la modalitat ètnica d'un poble.» (VIVES I CASAJOANA [1919], 1979:15-18.)*

Vives proponía el establecimiento de un red asistencial no centralizada, dispersa a lo largo y a lo ancho de Cataluña. Su intención era no alejar a los enfermos de sus familias y de su medio. Entendía que ese alejamiento favorecía el abandono definitivo de cualquier relación humana, y que la ruptura de los lazos afectivos eran un factor importante de desmoralización.

En la segunda parte de su texto planteaba las contradicciones existentes en unos centros asistenciales que estaban organizados según clasificaciones que pretendían ser terapéuticas, pero que se referían a los intereses de formación de los profesionales, de tal modo que el tratamiento quedaba subordinado a ellos. El tercer punto versaba sobre la necesidad de establecer dispositivos intermedios entre el hospital y la vida social, así como la de organizar y formar un servicio de enfermeros y asistentes sociales eficaz, que posibilitasen ese enlace y que pudiesen seguir al enfermo más allá del hospital, para tratar de prevenir la enfermedad y sus recaídas (Vives i Casajoana [1919], 1979:45). Vives partía de una idea muy sociológica de las causas de la enfermedad cuyos antecedentes inmediatos eran las ideas de Martí y Julià:

*«L'alienació mental, determina efectes generals a la societat. No ho són pas els trastorns psiquiàtrics de casualitat purament individual, sinó deguts a les deficiències de tot ordre que hi ha en la societat.» (VIVES I CASAJOANA [1919], 1979:19.)*

y como consecuencia, la sociedad tenía responsabilidades a las que atender:

*«La societat, així, la nació, té el deure de acudir a l'assistència delsq ui pateixen els efectes de les imperfeccions social, i té d'acudir-hi amb la màxima intensitat i perfecció d'assistència per tal de realitzar una acció de recuperació (...). Cal que la nació es senti responsable de les deficiències i anormalitats socials que pateixin en els individus.» (VIVES I CASAJOANA [1919], 1979:19.)*

De ahí se deriva la necesidad de un modelo general de asistencia para Cataluña, que se fundaría en tres puntos: predominio de la iniciativa pública sobre la privada, desarrollo de una red de centros estratégicamente ubicados y medidas destinadas a asegurar la formación del personal y la dotación del mismo:

*«S'ha de ser decididament contrari a la concentració de gran nombre de malalts, de l'acumulació excessiva de serveis d'assistència, de la centralització de funcions, que hom diu estímuls per la pietat, i de tot el que, mogut ensems per motivacions econòmiques i per aquest horrible sentiment de vanitat de la caritat, organitza l'assistència i rendeix tot el culte a la part externa de la seva comesa.» (VIVES I CASAJOANA [1919], 1979:26.)*

La Mancomunitat de Catalunya recogió estos principios fundamentales y diseñó a corto plazo con la intención de disponer de un nivel mínimo de equipamiento sobre el cual construir más tarde el resto de la red. Como actuaciones de urgencia se revisaron los contratos con las entidades privadas y se iniciaron las obras de construcción de un centro de asistencia de primera línea: la *Clínica Mental de Santa Coloma*, que no pudo llevarse a cabo, porque una de las primeras acciones del Directorio Militar en 1924 fue disolver la Mancomunitat. El servicio de dementes pasó de nuevo a depender de las Diputaciones, y en 1926, dejó de serlo de forma provisional, para serlo a todos los efectos. Busquet (1926), propuso la continuación de las obras desde la Diputación de Barcelona, pero los planes trazados antes de la Dictadura hubieron de quedar en suspenso.

La intervención de la Mancomunitat en la modernización de la red de asistencia psiquiátrica en Cataluña no sólo era la consecuencia de un proyecto político, sino también de un intento de racionalización de la administración pública:

«L'administració central —diu en Prat de la Riba (memòria presidencial de 1910)—, culpable de tan grossa deixadesa, endossa tranquil·lament a les diputacions la càrrega que no els pertocade l sosteniment dels boigs pobres; això sí, interinament, però amb una interinitat que ja més de mig segle dura. De manera que el sistema de legislació vigent queda de fet convertit en un altre molt senzill que consisteix en atribuir a les Diputacions no en virtut de una disposició legislativa, sino de l'arbitrarietat de l'administració de tots els serveis.» (*Mancomunitat de Catalunya*, 1924:10.)

Nos hallamos ante la segunda fase del proceso de privatización. La burguesía en Cataluña había hecho suyas una serie de incumbencias del Estado que se habían saldado con un fracaso relativo en el terreno de la asistencia psiquiátrica. El acceso al poder político de los partidos regionalistas ofrecía la posibilidad de desarrollar en los terrenos competenciales que el Estado había abandonado, experiencias administrativas avanzadas que se justificarían por la inexistencia de una legislación básica del Estado. Cabe pensar, pues que tras ellas la imagen que se busca es la de ofrecer una imagen de eficiencia, una actuación vertebradora que presente al proyecto político catalán opuesto a la ausencia de proyecto político, en el Estado. La abolición por parte de Primo de Rivera de la *Mancomunitat* fue un grave error ya que significó la puesta en entredicho de un proyecto político clásico, en tanto se alineaba con los proyectos de construcción administrativa de los países avanzados, y que estaba dirigido, aún con la participación de una *intelligentsia* de izquierda, por partidos conservadores. El fracaso de la *Mancomunitat*, el fracaso de la *Lliga*, en definitiva, significaban el camino sin retorno de los psiquiatras hacia el cuestionamiento de un modelo de estado que no solo impedía las reformas conservadoras, sino que hacía pensar en una remisión *ad calendas* de cualquier reforma en este campo.

No podemos tampoco pensar que los proyectos y realizaciones en el terreno de la asistencia psiquiátrica fuesen exclusivamente la consecuencia de la influencia de Martí i Julià o del intereses políticos de Prat de la Riba. El nivel de desarrollo económico, social o intelectual de la Cataluña de antes de 1920 suponía la existencia de un nivel de conciencia social que exigía un cierto nivel de calidad en los servicios. Ello suponía no sólo la atención a los dementes, sino políticas de enseñanza, de asistencia social en general o de infraestructura (teléfonos, bi-

bliotecas, carreteras), pero también una creación de una clase de técnicos capaces de llevarlas a cabo. De ahí la aparición de sociedades científicas, el desarrollo de las ciencias naturales, el de las ciencias aplicadas, el de la política de escuelas de trabajo que habían de constituir la espina dorsal sobre la que había de sustentarse la reconstrucción nacional de Cataluña.

### 3.2.3. *El compromiso político y corporativo de las Psiquiatras catalanes*<sup>20</sup>

Según, en el Primer Certamen Frenopático, había apuntado la necesidad que los alienistas se agrupasen en sociedades científicas para poder defender sus intereses profesionales. Estas históricamente han sido una garantía para su desarrollo ya que han podido erigirse como interlocutores representativas ante la administración y la opinión pública. Aunque la acción de gobierno de la Diputación de Prat de la Riba o de la *Mancomunitat* podían haberse llevado a cabo sin el apoyo corporativo, las sociedades científicas fueron decisivas para modelar el perfil de los proyectos.

Esta influencia en lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica se ejerció en Cataluña a través de tres instancias corporativas: la *Societat Catalana de Neurologia i Psiquiatria* (fundada en 1911), los *Congressos de Metges de Llengua Catalana*, y a partir de 1921 el *Sindicat de Metges de Catalunya*, que había nacido en el seno de los *Congressos*.<sup>21</sup> Las tres mantuvieron, hasta su desaparición en 1939, una trayectoria coherente de respaldo a las instituciones catalanas que se tradujo en una intervención sistemática en la formulación de las bases técnicas de las actuaciones políticas, tanto durante la *Mancomunitat conservadora*, como durante la *Generalitat* republicana de izquierdas. En su conjunto abogaron por homologar la Psiquiatría con la Medicina, por ampliar el campo de actuación de los psiquiatras en la gestión de una amplia gama de problemáticas

20. Sobre al asociacionismo médico en España, vg. De Miguel (1982). Sobre la *Societat Catalana de Neurologia y Psiquiatria* son indispensables Fuster (1961, 1962), Irazoqui (1962), Rodríguez Arias (1962).

21. Sobre el papel de los *Congressos*, vg. Cassassas (1970a). El *Sindicat de Metges* no cuenta con un estudio de conjunto pero es muy útil el *Butlletí* que editaba. Mira y Vives i Casajoana tenían en él puestos directivos. Su papel ha sido destacado por Jesús de Miguel (1982).



sociales y por apoyar la intervención del Estado en la tutela y planificación.

La *Societat Catalana de Neurologia y Psiquiatria* fue fundada en 1911 por prácticamente todos los neuropsiquiatras de Cataluña. Sus 37 socios fundadores (cf. Fuster, 1962:170-171) reúnen lo más granado de la profesión, y en su sesión inaugural, en la que Arturo Galcerán sería votado como primer presidente, se destacaron sus objetivos fundamentales:

«1) Conseguir una legislación modernamente científica sobre alienados por lo que se refiere a asuntos de responsabilidad y capacidad.

»2) Conseguir una legislación perfectamente adecuada a las necesidades de los enfermos de la mente por lo que respecta al ingreso, estancia y salida de los mismos de los establecimientos correspondientes.

»3) Procurar el desarrollo de la enseñanza de la Psiquiatría y Neurología y la creación de Cátedras, Museos, Laboratorios y Clínicas y Dispensarios, correspondientes a las especialidades referidas.

»4) Procurar que sea adoptada una clasificación de enfermos mentales, temporalmente obligatoria para los médicos españoles, a los efectos de las estadísticas y trabajos científicos.

»5) Gestionar la creación de un cuerpo de médicos alienistas con las atribuciones que le son propias de la especialidad.

»6) Gestionar la fundación de patronatos en favor de los alienados pobres salidos del Frenocomio curados o convalecientes, socorriéndolos pecuniariamente hasta que encuentren trabajo o procurándoselo, y facilitar el propio ingreso de los recidivantes extendiendo igual beneficio a los anormales y abandonados.

»7) Organizar un cuerpo de enfermeros y enfermeras idóneo para el servicio de los establecimientos especiales.» (*Revista Frenopática Española*, 1911:104.)

En estos objetivos había algo más que la simple actividad científica, había una exigencia de esfuerzo colectivo. Galcerán (1911:106-107) trató de aclarar en su discurso inaugural cuál era el papel que debía jugar el neuropsiquiatra en su época, y que correspondía a lo que llamaba el espíritu del siglo xx:

«Es el esfuerzo constante hacia el perfeccionamiento de la humanidad, y para alcanzar ese elevado propósito, tiende a constituir el cuerpo social, a manera de organismo biológico, bajo

el régimen de leyes naturales y con funciones de progresiva especialización y complejidad, proveyéndoles de aparatos y sistemas de *producción* de energía que reflejen las innumerables expresiones de la actividad humana; prestándole infinitos medios de *distribución* y *división* del trabajo y otros de acortamiento de distancias y reducción de tiempo; y comunicándole elementos reguladores de su dinamismo bajo la forma de Poderes Públicos y de Instituciones encargadas de conservar, acrecentar y perfeccionar las manifestaciones de la colectividad.» (GALCERÁN, 1911:107.)

Entendía Galcerán que el papel de la *Societat* era el de ejercer el rol de grupo de presión tanto a nivel institucional como social, interviniendo en cinco niveles distintos: a) completando la asistencia beneficiaria, b) asesorando al legislador, c) asesorando a la Administración, d) trabajando en clínica y experimentación, y e) procurando la convergencia de las personas interesadas que estaban muy dispersas.

Aunque las reivindicaciones directamente políticas de la sociedad apuntaban al Gobierno de Madrid, como lo prueba la carta que enviara al Ministro de la Gobernación el propio Galcerán, como presidente de la *Societat*, fueron la base los proyectos de la *Mancomunitat*. Al margen de su labor asesora, actuó como catalizadora de inquietudes similares que se desarrollaban en España y que se tradujeron, más tarde, en el movimiento en pro de la Higiene Mental que se desarrolló durante la Dictadura. La entidad se fue consolidando como una institución cívica que colaboró con todos los *Congresos de Metges de Llengua Catalana*, que fueron, entre 1915 y 1924, la plataforma de los pronunciamientos y reivindicaciones sanitarias en Cataluña, y donde se gestaron muchas de las iniciativas para mejorar la asistencia pública (cfr. *Cassassas*, 1970).<sup>22</sup> En el *Congres* de Tarragona de 1919, se ratificó la política respecto a los dementes pobres de la *Mancomunitat* y se emprendió una acción destinada a reivindicar la reforma de la asistencia en todo el Estado. En sus conclusiones los congresistas consideraban una necesidad transformar los servicios de alienados, con el objeto de que cada enfermo recibiese una asistencia indivi-

22. Un buen ejemplo de predominio de la administración es el de Sant Boi, donde el padre Menni, el administrador, despidió a Arturo Galcerán y lo sustituyó por un médico generalista con la intención de poder hacer su voluntad en la institución (Antón, 1982:71-73).

dualizada. Se dirigían al Estado para que diese la importancia que merecía la asistencia a alienados y procediese a promulgar una ley que abarcase la íntegra problemática referente al tratamiento y prevención de la alienación, ajustada a las vigentes corrientes psiquiátricas; solicitaban que la redacción de dicha ley se realizase con el asesoramiento de experto psiquiatras; sugerían que las normas de modernización se basasen en: organizar la enseñanza de la Psiquiatría en la Universidad, tanto como asignatura de doctorado como en la carrera de Medicina; formar un cuerpo de psiquiatras dependientes de la administración; crear nuevos manicomios; organizar las Ligas de Higiene Mental para ordenar la asistencia extrahospitalaria y establecer una inspección rigurosa de los centros privados; el Estado debía tener en cuenta las diferencias de cada región, y, finalmente, se aprobaba la gestión de la *Mancomunitat* y sus planes de acción (*Busquet*, 121:404-405).

El *Congrés* de otra parte tomaba otra resolución, que tendría una enorme trascendencia:

*«Es prengué l'accord de demanar als Consellers de la Mancomunitat que en cas d'instaurar-se el règim autònom municipal i regional a Catalunya l'organització i la reglamentació de la sanitat de la regió la fes el Parlament Català, assessorat pels metges de la nostra terra i que l'execució dels serveis sanitaris depengués del Govern de Catalunya, també assessorat per metges catalans.»* (Cit. por CASSASSAS, 1970:349.)

En una reunión paralela al congreso, un grupo de médicos *«reconeguren llur condició d'obers intellectuels i iniciaren la idea de fundar el Sindicat de Metges de Catalunya»* (cit. Cassassas, 1970:349). El *Sindicat* fue el instrumento que sirvió de trampolín para la organización sanitaria de la Cataluña autónoma. Fue fundado en 1921, y llegó a contar con el 80 % de los médicos de Cataluña en sus filas. Los alienistas de la *Societat Catalana de Neurologia y Psiquiatria* tuvieron un peso indudable en el mismo, por la presencia como directivos de la misma de Vives i Casajoana, de Mira y López y de Saforcada. Ambas entidades, únicas en el Estado, tuvieron una influencia notable en tiempos de la *Mancomunitat*, y también durante la Dictadura y la República.

Las dificultades derivadas del advenimiento de la Dictadura tuvieron un efecto inmediato, y dos diferidos. El primero consistió en que estando comprometidos la mayor parte de los

psiquiatras en esas proyectos públicos, y bloqueados éstos por el nuevo régimen, los psiquiatras que también trabajaban en instituciones privadas, indujeron reformas internas de las mismas para adecuarlas a las nuevas directrices y arrinconar definitivamente los residuos del tratamiento moral. Sirvió también para recuperar las iniciativas que habían perdido en ellas a manos de las administraciones.<sup>23</sup>

Los efectos diferidos fueron mucho más importantes. El primero de ellos supuso que el movimiento psiquiátrico se radicalizase y abrazara la causa republicana, como consecuencia de la falta de sensibilidad por el tema del Gobierno de Primo de Rivera. El segundo que con la prohibición del *Sindicat* y la liquidación de la *Mancomunitat*, la acción pública de los psiquiatras hubo que desplazarse a las sociedades profesionales, y recurrir a un lenguaje prudente para burlar la censura.

La política de los psiquiatras en las nuevas circunstancias se enfocó hacia dos tipos de actuación: reivindicaciones profesionales —el cuerpo de alienistas, las plazas universitarias, la derogación de los decretos de 1885, etc., y acciones destinadas a popularizar los logros de las redes de prevención de la enfermedad mental que llegaban de los Estados Unidos o de Francia, en forma de las *Ligas de Higiene Mental*.

Las ideas acerca de la Higiene Mental no hay que entenderlas como la trasposición mimética de las propuestas que Toulouse (cfr. Murard y Furquet, 1975) había hecho en Francia, ni de las influencias de Beers, como parece dar a entender Rodríguez Arias (1932). Se asentaban en una serie de iniciativas, que aparecían ya en el dictamen de Prat de la Riba y en los proyectos de la *Mancomunitat* (1921, 1923), y que tenían que ver sobre todo con los problemas de pedagogía especial y de protección a la infancia desvalida que habían surgido como consecuencia de una política educativa renovadora. Se tradujeron en el establecimiento de un centro privado: el *Institut Médico-Pedagògic*, y más tarde en el *Institut Municipal per a Deficients* en Vilajoana. El movimiento enlaza con las ponencias de los *Congrés*-

23. Sobre el desarrollo de la Higiene Mental en Cataluña véanse *Revista Médica Barcelonesa* (1921, 1932), Rodríguez Arias (1929, 1964, 1973) y Fuster (1972). La *Revista Médica Barcelonesa*, en cuya redacción estaban Rodríguez Arias y Mira, promovió desde 1924 el movimiento, que tuvo la particularidad de incluir a algunos psiquiatras madrileños (entre ellos Sanchís Banús y Lafora).

sos de *Metges de Llengua Catalana* (cfr. Rodríguez Arias, 1929: 311) con los trabajos de Mira entorno de la Psicoterapia y de la Psicología clínica (*Vidal Teixidor*, 1970), pero también con la necesidad formulada en las memorias de los alienistas de la *Mancomunitat* (*Vives* [1979], 1979).

A través de los contactos establecidos por Rodríguez Arias (1973) el Comité organizador del *Primer Congreso de Higiene Mental* y con la colaboración de Mira, se convocó una reunión en Barcelona el 29-30 de diciembre de 1924 a la que debían asistir los neuro-psiquiatras españoles. La intención derivada de las resoluciones del Congreso de Sevilla y tenía como finalidad la de fundar una *Asociación Española de Neurólogos y Alienistas*, a imagen de la *Societat Catalana* para por esta vía, construir una *Liga de Higiene Mental* en el país, con el objeto de participar en el Congreso de Washington en 1926.

Torras, que como secretario de la reunión redactó el acta, nos ha dejado una nota sobre la misma en la revista *Psiquiatría*. Señala (1924: 19) la sensación de desánimo y la escasa concurrencia, por cuanto la mayor parte de los asistentes eran catalanes. Insinúa alguna crítica contra los organizadores, que hace suponer la existencia de tensiones larvadas en el seno de la profesión.

Al margen de la constitución de la Comisión Preparatoria de la Liga y de la aportación a Washington, lo más importante, las conclusiones que hicieron aprobar Busquet, Escalas, y Saforcada:

«1) Necesidad urgente de una revisión total de la legislación relativa a los alienados, nombrando para este objeto una Comisión especial informativa integrada por médicos alienistas y juriconsultos especializados.

»2) Necesidad urgente de reorganizar la asistencia a los alienados, cimentándola sobre bases puramente científicas a fin que los servicios llamados de dementes no presenten el lamentable estado actual y de que nuestros manicomios, en vez de ser casas de curación o simples depósitos carcelarios de alienados como son ahora, sean verdaderas casas de curación dotadas de todos los elementos terapéuticos necesarios.

»3) Necesidad de formar un cuerpo médico de alienistas con ingreso en el mismo mediante oposición, considerándose de su exclusiva competencia las intervenciones relativas a la apreciación de la responsabilidad civil y criminal.

»4) Que el cuerpo de alienistas tenga sus plazas fijas en los manicomios públicos y privados, tomando como base su

organización inicial, el personal médico que actualmente presta sus servicios, respetándole en los diferentes cargos que ocupa en la actualidad.

»5) Que se organice debidamente la enseñanza de la Psiquiatría en todas las universidades españolas, y que sea ésta declarada de carácter obligatorio en la carrera de Medicina.

»6) Que es en extremo conveniente que el Instituto Geográfico y Estadístico acepte oficialmente una clasificación moderna de las enfermedades mentales pudiendo ser ésta la del profesor Kraepelin (1920).» (*Reunión...*, 1924: 23-24.)

Se trata de las mismas reivindicaciones que se arrastraban desde los tiempos del Primer Certamen Frenopático en 1883. Durante el período primorriverista se siguió insistiendo, una y otra vez en lo mismo, en la necesidad de cambiar la legislación civil y penal (*Saforcada*, 1924, 1926), de mejorar la enseñanza (*Busquet*, 1925, *Torras*, 1925, 1961), o de contar con una estadística moderna y eficiente (*Busquet*, 1925), reivindicación que hallaremos de nuevo formulada en 1976 (*B. González*, 1976).

A pesar del escepticismo que manifiesta cuarenta años después, Torras ante la reunión, la Liga de Higiene Mental pudo organizarse, aunque no fue autorizada hasta 1930 y supuso un cierto revulsivo entre los alienistas:

«La idea de una Liga que estudie y proponga la adopción de medidas sanitarias que tiendan a conseguir la profilaxia de la locura, que mejoren la asistencia médica y social del psicópata y del alienado, y que condenses las reglas más indispensables de la higiene mental individual fue aprobada por unanimidad.» (RODRÍGUEZ ARIAS, 1929: 311.)<sup>23</sup>

La Liga era un intento de popularizar los conceptos y la necesidad de una reforma psiquiátrica que no se veía venir (cfr. *Revista Médica Barcelonesa*, 1929). Hasta su legalización, en 1930, se había ido reuniendo en el marco de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*: en Sevilla (1929), se establecieron las premisas de la reforma psiquiátrica y en diciembre de 1929, se presentaron los borradores que servirían más tarde para redactar el Decreto regulador, que sería aprobado por el gobierno provisional de la República el 3 de julio de 1931 (*Rodríguez Arias*, 1932, 1973).

Si la Liga fue sirviendo a los propósitos para los cuales fuera diseñada, el papel de la Asociación Española se saldó con un semi-fracaso:

«Esta asamblea ha quedado por ahora relegada al olvido, esperando tiempos mejores y mayores ganas de trabajar. La suspensión del Congreso de la reorganización de la enseñanza médica ha sido la principal causa de ese abandono, sin embargo, creemos estar en lo cierto, si afirmamos que los trabajos científicos que estaban mucho más atrasados y que la suspensión del Congreso sobre enseñanza ha venido a pedir de boca para motivar un aplazamiento.» (*Sobre una reciente...*, 1926:15.)

El redactor del texto, que era probablemente Torras, se hace en cambio eco de la eficacia de la *Societat Catalana de Neurologia y Psiquiatria* la cual seguía insistiendo sobre los poderes públicos, sobre todo a partir del rumor, que circuló en verano de 1925, sobre la intención del Directorio en regular y organizar la inspección de la asistencia psiquiátrica. Esa orden de 28 de julio de 1925 se proponía, tras un preámbulo en que se hacía eco de la situación caótica de la asistencia, organizar una comisión que redactase en tres meses, un plan de reformas, que incluirían la asistencia y la legislación y una comisión administrativa que establecería la necesaria coordinación entre ministerios (*Sobre una reciente...*, 1926:16-17). Sin embargo, en las comisiones que se nombran, no hay ningún alienista.

La Dictadura se limitó a resolver el problema de la asistencia provincial atribuyendo definitivamente a estas la asistencia a los dementes y mejorando las bases financieras sobre las cuales asentarlas (*Busquet*, 1926:1). Las previsiones del Decreto de 1925, no se llevaron a la práctica, y la reforma la hizo la República.

Entre 1914 y 1930 se dan en España, y sobre todo en Cataluña las bases para una institucionalización de la profesión psiquiátrica como consecuencia de un movimiento asociativo y del soporte institucional que los psiquiatras reciben de la *Mancomunitat de Catalunya*. Esta institucionalización era muy endeble: menos de un centenar de psiquiatras de todo el Estado, y una absoluta falta de respuesta de la administración del Estado en el terreno de la formación: la Psiquiatria seguía incluida en la formación universitaria dentro de los programas de Medicina Legal, y no existían perspectivas a corto plazo, de que se dotasen cátedras de Psiquiatria.<sup>24</sup> De ahí que,

24. Cf. Angosto (1985), aunque se trate de un testimonio anecdótico es interesante. Véase también Valenciano (1976).

para los psiquiatras la única posibilidad de formación e investigación se situase en las instituciones disponibles, aquellas que el custodialismo y de la política de las administraciones provinciales habían convertido progresivamente en depósitos de locos, en las que los psiquiatras quedaban relegados a una posición subordinada, y que impedían la reproducción de profesionales.

### 3.2.4. La remedicalización de los manicomios

Entre 1910 y 1936 los manicomios catalanes se reformaron. Las instituciones que sufrieron cambios más significativos fueron los grandes manicomios privados de Cataluña, que aceptaban dementes pobres: el *Manicomi de la Santa Creu*, el *Institut Pere Mata*, y el *Manicomi de Sant Boi*. En los tres existe la necesidad perentoria de ajustarse a las directrices emanadas de la Diputación, y de la *Mancomunitat*, para no perder las pensiones de éstas, que constituían sus puntales económicos. Es importante que tracemos las líneas maestras de estas reformas, porque van a ser la espina dorsal de la asistencia catalana hasta la actualidad, y los principios de organización arbitrados en esa época han subsistido sin excesivos cambios hasta finales de los sesenta.<sup>25</sup>

Esas reformas tenía como objetivos la mejora de su condición de centros de formación, por delante de las directrices administrativas; sin cuestionar su *statu quo* privado, ni el estatuto de sus médicos. Esta segunda faceta es muy importante, porque, tras un período de dominio de las administraciones consagrado por las características del Decreto de 1885 y por la ausencia de política inversora del Estado, los médicos que no disponían de más asiento que los centros privados, van a tratar de recuperar el control y la primacía en unas instituciones que ya no respondían a sus iniciales objetivos de formación, reproducción de conocimientos y prestigio profesional, aprovechando, al menos en Cataluña las presiones de las autoridades para acabar con las corruptelas.

Esta acción complementa el papel político ejercido sobre

25. Uno de los gestos fue el cambio de la palabra Manicomio por la de Instituto, mucho más «neutra». *Institut Mental*, Instituto Psiquiátrico de Nuestra Sra. de Montserrat, *Institut Pere Mata*...

las instituciones de gobierno. Para respaldarla era necesario que los psiquiatras recuperasen el prestigio reorganizando unas instituciones muy desacreditadas, a fin de que sirviesen para justificar su papel de asesores técnicos de las directrices políticas. Los objetivos que se pretendían eran los siguientes:<sup>26</sup> Transformar la organización, interna de los hospitales actuando sobre la organización de los enfermos, y del personal, remodelar las actividades productivas. Y desarrollar la asistencia exterior.

En el principio rector es percibir la relación médico-enfermo, como engendrada por un cuadro clínico específico que requería una atención individualizada:

«Estábamos convencidos que, siguiendo unas normas científicas ya establecidas por los estudios psiquiátricos más avanzados de otros países, se podían modificar favorablemente los tratos recibidos por los enfermos sin necesidad de cambiar radicalmente la estructura estática del establecimiento, que las características de su organización de asistencia lo impedían y la situación económica también. Con ello se podrían obtener resultados más en consonancia con la medicina y con la seguridad individual que se buscaba.» (TORRAS, 1961:25.)

Se trata de un cambio sustancial en los criterios de asistencia, necesario en unas instituciones que:

«Hasta principios de este siglo, sobre todo en España, las organizaciones manicomiales fueron fundamentadas principalmente en las necesidades sociales. Había predominado el interés social sobre el médico y el científico.» (TORRAS, 1961:11.)

Torras resumía los defectos del antiguo orden en los siguientes puntos:

1. *Supeditación a la disciplina y comodidad de custodia.* En lugar de ser terapéutica, la clasificación de enfermos se regía por criterios comportamentales: los internados eran clasificados o desplazados de uno a otro pabellón según su peligro-

26. Tomo como ejemplo el caso del *Instituto Mental de la Santa Cruz* en Barcelona, porque dispongo de una información sustancial sobre el mismo (1979, 1980, 1984, 1986). Pero es similar en *Sant Boi* (Rodríguez-Morini, 1929), y *Salt* (Vives i Casajoana, 1917).

sidad o las variaciones del humor del personal. (Véase *Lamarche Vadel y Préli*, 1978).

2. *Indiferencia del personal*, que daba lugar a la necesidad de sujeción forzada y a la indiferencia sentimental respecto al internado. Era causa de la presencia de adaptaciones secundarias agresivas por parte de los enfermos que aprovechaban los descuidos del personal para fugarse, u organizar altercados.

3. *Inconvenientes médicos*: Desórdenes en las visitas clínicas, y dificultad en el seguimiento de los cursos clínicos.

4. *Supeditación de lo terapéutico a lo material*:

«El Manicomio de la Santa Cruz fue proyectado en período de remordimiento social para desagravio de los desgraciados de mentes que aquella época de 1860 se hallaban en tristes condiciones materiales de reclusión y marca de una época en la evolución de la asistencia psiquiátrica, época de reclusión, pero también de cobardía, en la cual el temor a los desafueros de los enfermos pasaba más en la dirección facultativa (...) que en las necesidades curativas.» (TORRAS, 1961:33.)

El objetivo fundamental era la introducción del orden «kraepeliniano» en el manicomio, con el desarrollo del aparato clínico correspondiente: registro centralizado de historias clínicas, ampliación de plantilla médica, etc. El nombramiento como director de Xercavins (1915-1934), un alienista de formación neurológica favoreció todavía más esa tendencia, que trataba de luchar contra:

«La reclusión y el aislamiento en sentido de seguridad individual y social, sin intervención médica efectiva y buscando en las organizaciones asistenciales tan sólo el bienestar físico del enfermo.» (TORRAS, 1961:19.)

El proyecto sienta las bases de una reorganización interna del hospital, sin modificar su estructura física a partir de tres objetivos: establecimiento de una nueva organización de los enfermos, unidad de vigilancia intensiva, organización del trabajo terapéutico y formación del personal.

Consistía en convertir la clasificación dinámica y comportamental de los enfermos en una adscripción rígida a los pabellones a partir de los síndromes clínicos y del nivel social. Se quería luchar contra los cambios constantes de pabellón (en función del estado coyuntural de los enfermos), que obligaba

a los médicos a adaptarse constantemente a la localización de los enfermos y a depender del personal subalterno que era el único que sabía donde estaban en cada momento y que, a partir de ese poder de control, «exponían a los enfermos a sus propios cambios de humor» (Torras, 1961:34); y utilizaban el traslado a las celdas de internamiento, como instrumento de castigo.

Para ello no eran precisas grandes modificaciones arquitectónicas, ni grandes inversiones económicas, puesto que el establecimiento estaba en buenas condiciones... Esta acción habría de basarse en una nueva organización terapéutica del trabajo y en una serie de medidas complementarias:

- a) Clínicas: un laboratorio, una sala de autopsias, y un museo anatómo-patológico.
- b) Modificaciones del aspecto disciplinario: aprovechamiento de los huertos interiores cerrándolos con muro que permitiese ampliar el espacio de paseo.

La justificación de la unidad de vigilancia intensiva se basaba en las necesidades de observación clínica y metódica de los enfermos, sometidos desde su entrada al encamamiento y a una separación rigurosa entre agudos y crónicos. Iba a combatir el rechazo del enfermo al internamiento, y la excitación psíquica o a las acciones suicidas, evitando la intimidación (*ibid.*, 1961:39).

La técnica del tratamiento era sustancialmente distinta a la que estaba vigente en la etapa anterior. Se basaba en el encamamiento, en la balneoterapia y en una vigilancia intensiva, para prevenir incidentes y asegurar una buena conducta del enfermo. El papel del enfermero se veía reforzado y requería unas condiciones técnicas superiores, ya debía anotar los síntomas morbosos, para comunicarlo al médico, y ser capaz de aplicar las indicaciones terapéuticas.

Se trataba de romper con el principio fundacional del *tratamiento moral*, centrada en la figura mítica del Director-Dios, pero que delegaba el poder efectivo en los frailes y los mozos que eran quienes estaban realmente presentes. Este dispositivo conducía a reforzar el control de la esfera administrativa sobre el técnico-médico, y debía ser sustituido por un sistema de control centrado fundamentalmente en el médico al que la administración se subordinase. Dicho de otra manera, en el esquema

*moral*, el control lo ejercían la arquitectura y los empleados ligados a ella, cuya función era mirar, y vigilar con una enorme autonomía en su territorio en relación al alienista. En el nuevo orden, el control se basaba, en una organización piramidal muy interconectada, capaz de ir más allá que el anterior esquema rígido y en el que la función del personal ya no era sólo mirar o describir conductas, sino ejecutar decisiones emanadas únicamente de la cúspide de la pirámide.

Se destruía la segmentación rígida del tratamiento moral que confinaba en pabellones aislados a enfermos y personal, sustituyéndolo por un modelo que tendía a integrar al personal, dejando en cambio aislados a los grupos homogéneos de enfermos. Esta labor de división, copiada de la organización de los hospitales generales tendrá a romper la imagen omnipotente de una institución dominada por la presencia de los enfermos. La división de compartimentos estaba destinada a dejar bien claro que aunque de muros adentro, el manicomio era todavía el espacio del loco, iba a estar dominado por unos intrusos bien organizados en un esfuerzo por imponer su ley en un territorio que no les pertenecía.

La unidad de vigilancia intensiva era también un esfuerzo por acercar el modelo psiquiátrico al modelo médico. Para Torras o Xercavins la distancia con respecto a los médicos generales les situaba en una posición difícil en relación a sus colegas del *Hospital de la Santa Creu*, y en unas condiciones de no poder aprovechar a fondo el prestigio social atribuido al médico de dicha institución, así como de los beneficios económicos que derivaban de él.<sup>27</sup>

La remodelización no hay que entenderla únicamente como el fruto anecdótico de las relaciones entre Hospital y Manicomio, sino como un proceso de reordenamiento general de la actitud de los alienistas lo cual al no haber podido constituirse, como en Francia o en América, en corporación independiente y poderosa, había de buscar sus apoyos, no ya en sus propias formulaciones ideológicas, o corporativas, sino en su presencia formal dentro del gran grupo de presión formado por la corporación médica.

En Francia (cfr. *Lamarche-Vadel y Préli*, 1978), la evolución del tratamiento moral había dado lugar, como movimiento de

27. Sobre el papel de los médicos en el *Hospital de la Santa Creu*, véase Comelles (1979).



compensación por el alejamiento entre la medicina y la psiquiatría, a un acercamiento a la administración por la vía del reconocimiento oficial de la ciencia especial, con lo cual, administración y alienistas pudieron firmar una especie de pacto que aseguraban a la primera el control delegado de las instituciones y a los segundos su autonomía profesional en ellas. Había en ello una servidumbre importante. En el sistema francés el encierro del psiquiatra en su asilo, estaba compensado por una dotación generosa de plazas que aseguraba la estabilidad profesional, a cambio de la cobertura ideológica que los médicos le aseguraban a la administración, y que permitía a ésta el uso de los asilos como centros de reclusión y control. En el sistema catalán, mayoritariamente privado, el contrato no podía establecerse entre alienistas y administración, porque aquellos estaban supeditados legal y administrativamente a ésta. La política de Torras y Xercavins fue un intento de pactar unas reformas que mejorasen la posición y las expectativas de los médicos ante una administración a la cual cabía suponer reacia a cualquier nueva inversión cuya rentabilidad no estuviese garantizada. Hay datos que acreditan que los pensionistas agudos, o ciertos convalescientes en cortas estancias eran enfermos bien aceptados, porque a la postre resultaban rentables. Potenciar una sección de observación moderna, aunque su eficacia terapéutica estuviese lejos de ser demostrada permitía vender una imagen de eficacia, al tiempo que equiparaba al asilo a cualquier servicio de hospital general, contribuyendo a reforzar, al menos sobre el papel, las directrices sostenidas por las autoridades locales.<sup>28</sup>

28. No es casual que el Plan Torras-Xercavins viese la luz un par de años después de los informes agronómicos, y tampoco lo es que las operaciones inmobiliarias, que la MIA ha realizado en los últimos años, empezasen precisamente allá donde preveía Fages de Climent, en tanto que en la última área agrícola del Instituto Mental hay sido precisamente la zona regable de la explotación, que se conservó hasta 1968. La explotación por aparceros no se llegó a realizar, probablemente porque se prefirió jugar la carta de la especulación inmobiliaria (Comelles, 1980). En un texto publicado más tarde, Rodríguez-Arias decía: «La libertad excesiva, durante el internamiento, presenta un abuso, y llega a ser perjudicial. La inactividad favorece desde luego la demencia. Es forzoso, pues, mantener una cierta disciplina y no hay nada como el trabajo científicamente ordenado para lograrla, trabajo que muy pronto constituirá algo habitual en el enfermo, susceptible de estimular a los más refractarios y por supuesto a los recién llegados» (1929:356).

Se trataba también de responder a críticas que afloraban por aquí

### 3.3. PSIQUIATRAS EN BUSCA DE ESTADO <sup>29</sup>

La adhesión masiva de los psiquiatras españoles al ideario republicano puede resultar sorprendente, si tenemos en cuenta el grado de derechización de los colectivos profesionales en muchos países, y de los médicos como corporación en especial. Esta adhesión oscila entre la simpatía con que fue recibido el nuevo régimen y la presencia como afiliados en organizaciones políticas prorrepublicanas (*Asociación al Servicio de la República*), partidos políticos «burgueses» (*Izquierda Republicana*), e incluso organizaciones obreristas (PSOE, PCE; *Unió Socialista de Catalunya*). Refleja el hastío de los profesionales, incluso de los menos comprometidos, ante la ineficiencia de los gobiernos de la Monarquía, su repugnancia en relación con la Dictadura primorriverista, y la falta de respuesta política a reivindicaciones elementales que no pueden justificarse solamente en base a las carencias financieras del Estado, sino las más de las veces a presiones de poderes fácticos, obstáculos ideológicos y prevaricación.

La falta de proyecto político a escala de Estado es particularmente evidente, y hay que buscar sus razones en la privatización de la asistencia provincial. Destaca Valenciano (1976), que el decreto de internamiento que promulgó la República el

y por allá. Rodríguez Arias (1929:357) decía al respecto: «Casi todos nuestros manicomios, entre los nuestros, que siguen las doctrinas de los ergoterapeutas, piensan tan sólo en obtener un provecho material del paciente, y no en hacerle laborar, a veces, inútilmente para curarle.»

29. Esta parte del texto, con muchas modificaciones, revisa la comunicación que fue presentada por el autor al *Coloquio Internacional de la Segunda República* que tuvo lugar en Tarragona en abril de 1981 (Comelles, 1981a). No es más que una presentación sucinta de la problemática porque, tratándose de un tema que ha sido objeto de escasas investigaciones críticas, un estudio exhaustivo exigiría un análisis de fuentes oficiales, en ocasiones de difícil acceso, y desbordaría los límites que me había marcado en este libro. La documentación que he utilizado corresponde sobre todo a la bibliografía catalana de la época, así como a datos dispersos de muy diversa procedencia.

Sobre este período debe verse Valenciano (1976), Laín Entralgo (1976), Bernardo y Casas (1983), el *dossier* que la revista *Doctor* destinó a la asistencia sanitaria en Cataluña en 1977 y el testimonio de Pérez-López Villamil (Angosto, 1985:486) en especial por lo que explica de los problemas por dotar la Cátedra de Psiquiatría de Madrid.



7 de julio de 1931 se discutía con las autoridades desde 1929. Parece ser que parte de los obstáculos procedían de los frailes de Ciempozuelos (la Orden Hospitalaria), que no podían aceptar, o iban a hacerlo a regañadientes cualquier tipo de intromisión de los técnicos (los psiquiatras) en el gobierno de los manicomios, y que trataban de obstaculizar sistemáticamente cualquier intento de hacer efectiva la inspección reglamentaria.

Parece evidente que en la base de estas reticencias se halla un problema económico. El incremento de las tareas inspectoras tenía como consecuencia la denuncia de las deficiencias, en especial en personal y tenía como consecuencia un incremento de los gastos corrientes, o medidas de presión sobre las instituciones aprovechando la posición pagadora de la administración pública. Un segundo argumento era político y tenía que ver con el desarrollo del conjunto de la asistencia social parece obvio que los avances sociales realizados durante la Restauración, se centraron en el terreno sanitario en aquellos aspectos más «prioritarios», dejando de lado aquellos otros que aparecían como de menor importancia o que quedaban en manos de las Diputaciones.

No pueden desdenarse tampoco argumentos ideológicos. Las presiones de la Iglesia por conservar sus prerrogativas en el terreno sanitario, no sólo se centraban en tácticas de carácter jurídico como la de convertir los manicomios en Sociedades anónimas para eludir las previsibles nacionalizaciones. Valenciano (1976), en su libro sobre Gonzalo Lafora deja entrever las diferencias entre unos profesionales de la psiquiatría agnósticos y liberales y la posición de la Iglesia respecto a fenómenos como los milagros de Lurdes, o a su manifiesta hostilidad frente al discurso positivista, el darwinismo, el psicoanálisis, e incluso en ciertas épocas frente a la sociología. El clima de liberalismo agnóstico en el que se movían la mayor parte de los psiquiatras, aunque no era óbice para que recibiesen en sus gabinetes como pacientes a religiosos, no era el más adecuado para ser bien vistos por la Iglesia.

### 3.3.1. *La incierta gloria de un día de abril*

El advenimiento de la República el 14 de abril de 1931 y la restauración en Cataluña de la *Generalitat* fueron la primera ocasión para que los psiquiatras tuviesen cierta audiencia por

parte del Estado y pudiesen plantear de un modo efectivo y con perspectivas a medio plazo sus reivindicaciones.

Los aspectos más sustantivos del período republicano fueron probablemente los siguientes: en primer lugar la definitiva profesionalización de los psiquiatras, a los que se atribuyó el control de las instituciones y su inspección; en segundo lugar, el desarrollo y la promoción de la formación específica en la Universidad; en tercer lugar la ruptura de un modelo de asistencia psiquiátrica centrada en la identificación *loco/internado* y que se tradujo en una incipiente presencia en la sociedad de los demás trastornos especialmente los psiconeuróticos, como susceptibles de asistencia; en cuarto lugar y enlazando con el discurso asistencial sostenido sobre todo desde Cataluña el pensar la asistencia psiquiátrica como competencia del Estado a planificar en su conjunto. Finalmente, durante la Guerra Civil y a través de la influencia de los psiquiatras catalanes, el Ejército republicano intentó una experiencia de atención a los enfermos mentales que supo innovar y generar una importante teoría que más tarde sería recuperada por las experiencias de sectorización que tuvieron lugar después de la guerra, en lo que suponía de escalonamiento de estructuras intermedias.

Desde 1929-1930 la Liga Española de Higiene Mental presionaba oficiosamente a la administración para que revocase los decretos de internamiento de 1885. Según Valenciano, junto a los obstáculos interpuestos por los propietarios de manicomios, la principal oposición procedía del Cuerpo de Subdelegados de Medicina y Farmacia que veían peligrar sus ingresos al desaparecer los formularios de internamiento que ellos vendían, e indirectamente del caos administrativo que suponía que el que la asistencia psiquiátrica dependiese, a través de las Diputaciones, de la Dirección General de Administración Local y no de las autoridades sanitarias.

Los forcejeos entre psiquiatras y administración que habían durado casi dos años, se resolvieron en apenas tres meses y el Gobierno Provisional de la República, promulgó el 7 de julio de 1931 el Decreto sobre internamiento de enfermos mentales, que ha presidido hasta hace bien poco la asistencia psiquiátrica española.<sup>30</sup>

30. Sobre el Decreto de 1931 véase también Castro (1980: 371-372), Casco y Corces (1978), Espina (1978), Jiménez Villarejo (1980).

La principal novedad del Decreto de 7 de julio era incorporar tres tipos de internamientos: por voluntad propia, por indicación médica o por orden gubernativa. El certificado de internamiento no requería más que la firma de *cualquier* facultativo, mientras que la tutela del proceso se transfería a los Directores de los manicomios que habían de comunicar el mismo a los gobiernos civiles, con lo cual se pasaba del control judicial al gubernativo. El segundo aspecto innovador era la posibilidad de internamiento en servicios «abiertos» en hospitales generales. El texto legal se halla puntuado por constantes referencias a la ciencia psiquiátrica moderna apoyando aquellos procedimientos terapéuticos que pudiesen suponer una más fácil reinserción social:

«El viejo decreto pensaba tan sólo en la forma de recluir enfermos, protegiendo por encima de todo a la sociedad, el nuevo instituye el internamiento como medio esencial de cura, sin olvidar, claro está la prevención secundaria y eficiente de un peligro. Pero es que el nuevo decreto reconoce además otras posibilidades: el derecho de todo enfermo psíquico a ser asistido privada o benéficamente en establecimientos psiquiátricos; el derecho y el deber de todo médico y director de casa de salud a organizar científicamente la asistencia; el poder exigir de las Administraciones una instalación de baños permanentes y prohibir sin orden facultativa expresa el uso de los medios coercitivos; la creación de dispensarios y de Patronatos de protección de enfermos curados o aliviados; la división en servicios abiertos (voluntarios) o cerrados (involuntarios); el ingreso por triple concepto; voluntario, médico o involuntario y gubernativo o judicial; la idea de la «urgencia» sin trámites previos; la responsabilidad familiar de las acciones delictivas de pacientes peligrosos no internados y no vigilados suficientemente, en contra de la opinión de un especialista; la competencia exclusiva del médico para regular la concesión de permisos y altas, y la suspensión de las reclusiones definitivas.» (*Revista Médica Barcelonesa*, 1931:2.)

La disposición legal fue considerada como un éxito del régimen republicano y de las asociaciones psiquiátricas. Suponía el intento de iniciar una reforma de la asistencia (*Rodríguez Arias*, 1932), consagraba la superioridad de los alienistas sobre las administraciones, y abría camino hacia una reforma controlada por ellos mismos, a la manera de la que se apuntó en Francia con la ley de 1838, pero con la indudable ventaja sobre

aquella de que se trataba de un texto mucho más progresista, y que, respondía a los planteamientos formulados entre 1929 y 1930 (*Torras*, 1961:256). Más aun, respondiendo a demandas tradicionales en los profesionales arrebatada de manos de jueces y autoridades el control que hasta entonces habían ejercido éstos sobre los enfermos. Con ello, los psiquiatras alcanzaban su pleno reconocimiento profesional, aun cuando ello suscitase reservas de carácter jurídico que los propios alienistas trataban de justificar:

«Las deficiencias habrían de ser imputables, primordialmente al personal médico. Ello resulta lógico, pues si gozan de privilegios la responsabilidad máxima en la obra debe pertenecerles.» (*Revista Médica Barcelonesa*, 1931:2.)

«La nueva reglamentación da al médico el verdadero papel que le corresponde, y modifica así los ambientes sanatoriales convirtiéndolos en servicios clínicos.» (*TORRAS*, 1961:57.)

Los psiquiatras criticaron el Decreto con benignidad. (*Torras* (1961), enumeraba como poco satisfactorias las condiciones que se imponían a los centros abiertos que estaban pensados para enfermos no peligrosos, cuando, en realidad, suponían no un tipo de enfermos, sino un modelo de asistencia, la publicidad dada a la enfermedad, como consecuencia de los requisitos legales y, la persistencia de la intervención gubernativa en los servicios abiertos.

Sin embargo, los defectos principales del Decreto estaban vinculados a su defectuosa redacción: los juristas han cuestionado la atribución de la tutela a los psiquiatras y a la autoridad gubernativa por delante de la judicial, así como la indefensión en que quedaba el internado en relación con las garantías constitucionales.

Bercovitz (1976) considera que esos defectos fueron el fruto de las prisas de los psiquiatras y de su necesidad de buscar:

«Una reivindicación de la categoría científica para la Psiquiatría, y consecuentemente a un esfuerzo por liberarla de trabas. Sus inspiradores y redactores, médicos psiquiatras sin duda, consideran que la curación de los enfermos mentales es objeto propio y exclusivo de la Psiquiatría. Será, pues, el desarrollo de los mismos como ciencia lo que puede solucionar la situación precaria de los enfermos mentales, tanto a

nivel estrictamente médico como a nivel social.» (BERCOVITZ, 1976:164.)

El cheque en blanco que suponía poder permitir el aval de una *praxis* asistencial progresista, podía amparar una práctica custodial o reaccionaria ya que no establece ningún control efectivo sobre la *praxis* facultativa, o sobre la gestión de las familias en relación a sus derechos. Pero el peligro mayor del decreto era más sutil y tenía un valor esencialmente jurídico. Al establecer la autonomía de los psiquiatras suponía que en otro contexto que en el republicano (en el que el juego del Tribunal de Garantías hubiese podido dar lugar a jurisprudencia complementaria) dejase las puertas abiertas a la arbitrariedad de directores o de autoridades gubernativas, como sucedió durante el período franquista.

Los defectos del Decreto, que explican su no derogación por los franquistas no puede empañar los esfuerzos desarrollados durante el breve período republicano por mejorar los niveles de calidad de la asistencia psiquiátrica. Luis Valenciano (1976) nos ha dejado un relato bastante vivo de esa época, y no podemos dejar de pensar en lo que hubiesen podido acabar esfuerzos como la creación del Consejo Superior Psiquiátrico, las Semanas de Higiene Mental. Era el inicio de una política de planificación de la asistencia psiquiátrica, de desarrollo de la formación universitaria en Psiquiatría ejemplos vivos del inicio de un camino que no tuvo lugar.<sup>31</sup>

31. El conflicto del Manicomio de *Conxo* en 1934 es un buen testimonio de la falta de política todavía bien definida, por cuanto la acción liberalizadora de la asistencia por la propiedad de la institución, ayudada por las autoridades locales, que acabaron con los movimientos huelguísticos de los enfermos, expulsando a los médicos y ocupando la institución por una sección de Guardias de Asalto. Como dato sintomático en las reivindicaciones del personal estaba la socialización, por vía de la incautación, de la institución, así como cambios en las jerarquía del centro y en la gestión (González, 1977:71). La respuesta policíaca de las autoridades republicanas en un área caciquil del país manifiesta las contradicciones en que se debatía el sector: los trabajadores en un Manifiesto publicado en Alot *et al.* (1977) y González (1977) dice: «El problema de Conxo es un problema del pueblo. Es el pueblo el que paga las instancias de los internados en ese almacén de carne humana, y el que enriquece a ese hatajo de tratantes sin escrúpulos» (cit. por González, 1977:71). Véase también el testimonio de José Pérez-López Villamil (Angosto, 1985:484-486).

### 3.3.2. El descubrimiento de la comarca

«Fui el relator (...) con un colega que aún vive, Fuster, para la organización de lo que todavía no llamábamos sector en Cataluña, lo llamábamos comarca (...) y se hablaba de la organización comarcal de la psiquiatría.» (FRANCESC TOSQUELLES, 1975.)

El 14 de abril de 1931, supuso para Cataluña el inicio de un proceso que iba a conducir un año más tarde al Estatuto de Autonomía y a la asunción de las competencias sanitarias y de asistencia social.<sup>32</sup>

La *Generalitat* restaurada se halló en mejores condiciones que el propio gobierno del Estado en relación con la planificación sanitaria. El precedente de la *Mancomunitat* le había permitido una labor de planificación y la formación de técnicos que pudiesen llevarla a cabo, junto con la indudable ventaja de disponer de una red bastante densa de hospitales psiquiátricos que podían actuar como la espina dorsal del dispositivo de asistencia. En segundo lugar, el giro a la izquierda de la autonomía catalana no supuso una solución de continuidad por el papel progresista de los técnicos en salud pública desde treinta años atrás que ya habían propuesto un modelo de actuación centrado en atención al conjunto de la población.

En abril de 1931, cuando el sector sanitario dependía todavía de Madrid, encargó al *Sindicat de Metges de Catalunya*, la redacción de una ponencia sobre la organización sanitaria de Cataluña. Para Rodríguez Arias (1932:500) en ese período de definición administrativa había cuatro pasos fundamentales para establecer una organización asistencial: a) el aparato legislativo, b) la definición de las instituciones, c) la regulación del personal técnico y d) los reglamentos de funcionamiento interior. En la primera fase se sentaron las bases de lo que será, a partir de 1933, la *Conselleria de Sanitat i Assistència Social* que reuniría en su seno los servicios sanitarios y los de beneficencia, es decir, la atención a la vejez y a la infancia desvalidas, los servicios de ciegos y sordomudos, y los enfermos mentales (Doctor, 1975). En este primer período se inaugura-

32. Para seguir la evolución legislativa de la *Generalitat* son útiles los textos de Pelai Martorell en el *Bulletí del Sindicat de Metges de Catalunya* (1933, 1933a, 1934, etc.).

ron los servicios de la *Clínica Mental de Santa Coloma*, el servicio de asistencia a convalescientes de la *Masia Torribera* (Busquet, 1932), así como la *Clínica Municipal de Psiquiatría*, una institución de primera línea para acoger y clasificar los casos psiquiátricos agudos.<sup>33</sup>

Las organizaciones profesionales estaban pendientes de la atribución de competencias exclusivas a la *Generalitat* en materia sanitaria por parte de la República. Rodríguez Arias (1932) refleja esta opinión indicando la necesidad de que la *Generalitat* pudiese intervenir en cuatro aspectos fundamentales de la ordenación psiquiátrica: la definición jurídica de los dispensarios psiquiátricos, la financiación de las atenciones de beneficencia, la regulación de los regímenes de salidas y altas temporales de los enfermos y, finalmente, el punto más importante, la organización de patronatos locales y comarcales para el control de la terapéutica por el trabajo y para la atención de enfermos ambulatorios, o en régimen externo «subordinados a las características de las comarcas, y no bajo modelos uniformadores o centralizados» (Rodríguez Arias, 1932:501). Se recogía un principio implícito en la tradición psiquiátrica catalana, y que suponía la necesidad de adaptación de las instituciones administrativas no sólo a la idiosincrasia nacional de Cataluña, sino también a las particularidades comarcales del país.

El mismo Rodríguez Arias, director de *Sant Boi*, no se recataba en propugnar la necesidad que el sector psiquiátrico estuviese en manos de los poderes públicos, de la *Generalitat*, y de las comarcas, aunque reconocía la necesidad de hacerlo paulatinamente en razón de los elevados costes financieros de la operación. Entendía que la red de manicomios debía dividirse en dos grandes centros, divididos en dos tipos fundamentales: generales y especializados, en lo cual recogía las directrices marcadas quince años antes por Vives i Casajoana (1979), y una segunda red de dispensarios asociados a los hospitales que la *Conselleria* iba construyendo en aquel tiempo:

33. En el *Hospital Clínico* se había abierto un dispensario de Psiquiatría en esa misma época. La *Clínica Municipal de Psiquiatría* que estaba en la calle Wellington y que disponía de 200 plazas, fue la sede de las Cátedras de Psiquiatría (Mira) y de Neurología (Rodríguez Arias), de la Universidad Autónoma. Anteriormente, los enfermos agudos se internaban en el llamado *Asilo del Parque*, vecino del anterior (Ribas i Pujol, 1924; Martínez González, 1970:182).

«Con el tiempo han de ser todos oficiales, de la *Generalitat*, de los Departamento o Comarcas y de los Ayuntamientos. Ahora, no obstante, conviene aprovechar los existentes para sustituirlos y nacionalizarlos más adelante. Terminar Salt, Sta. Coloma y la Clínica Municipal de Barcelona y mejorar *Sant Boi*, el Instituto Mental y Reus.» (RODRÍGUEZ ARIAS, 1932:502.)

La acción inicial de las corporaciones profesionales se tradujo también en iniciativas para mejorar el nivel del personal de las instituciones. La *Societat Catalana de Psiquiatría y Neurologia* fue comisionada para redactar una ponencia que debía preparar las bases para la creación de un patronato de asistencia que controlase la terapéutica por el trabajo en los centros, y que homologase los conocimientos del personal. Estas acciones culminaron, en la primera, y última, convocatoria de concurso para enfermeros psiquiátricos en la que éstos pudieron acreditar sus conocimientos técnicos (Torras, 1961).

Finalmente queda por reseñar, en este balance de urgencia de la tarea de la *Generalitat* republicana, la creación de la primera cátedra de Psiquiatría del Estado, que fue confiada a Emili Mira i López, y que suponía una de las reivindicaciones más antiguas, ya que se remontaba al mismísimo Pi i Molist.<sup>34</sup>

Mira desde la *Escola del Treball*, había introducido en Cataluña las teorías sobre la asistencia que habían elaborado autores como Hermann Simon o Bartz. Éste último, propugnaba unos esquemas de atención a los enfermos mentales basados en el escalonamiento de los servicios y en la descentralización del hospital, que perdía su carácter de pieza central del dispo-

34. De Emili Mira y López cabe decir que está esperando todavía una biografía crítica que lo sitúe en su contexto. Algunas pistas sobre su talante las da su *Manual de Psiquiatría* (1935) y en el célebre «*Psichiatry in war*» (1939, 1943). Vidal Teixidor ofrece un perfil de este autor (1970, 1974). Solé Segarra (1964) en su necrológica deja claro que no fue un santo de su devoción, lo mismo que Sarró (1970). Significativamente la sesión de homenaje a Mira en Barcelona hubo de esperar a 1973 jubilado ya Sarró (*Rev. Dep. Psiquiatría. Fac. Med. Barcelona*, 1973, n.º 1). No cabe duda que el silencio a su alrededor fue muy político, y en los años cuarenta Vallejo Nájera arremetió duramente contra él. Una de las claves para entender ese silencio es que Mira había nacido en 1896 y pertenecía generacionalmente a la generación del 27 mientras que el papel que ejerce en Cataluña equivale al que ejerce Lafora en Madrid que era casi quince años mayor. El *curriculum* fulgurante de Mora, que en 1939 tenía 43 años, había de engendrar inevitables tensiones personales.

sitivo, para quedar en una posición más equilibrada con respecto a las demás instituciones:<sup>35</sup>

«Es decir, que tras una apariencia hospitalaria permitían formas diferentes dispersadas por la ciudad, según un sistema escalonado de cuidados diferenciados. Es a partir de esto, que a partir de 1934, pudimos pensar y organizar los servicios de sanidad de manera autónoma. La *Generalitat* había creado un consejo psiquiátrico para estudiar los problemas de organización y sus perspectivas. Fui, con Fuster, el relator de lo que en su tiempo llamábamos comarca, en lugar de sector.» (TOSQUELLES, 1975:86.)

La base de la reforma sanitaria catalana era la descentralización en centros hospitalarios comarcales que debían atender las necesidades básicas. La innovación iba tanto en la orientación que tomaban como hospitales para agudos, como en las directrices arquitectónicas que establecía el GATCPAC. Se trataba de evitar el que los hospitales locales se convirtiesen en depósitos de crónicos o incurables. Para estos últimos, se establecían centros especializados, entre los cuales, los hospitales para enfermos mentales.

Pero con todo las dos actuaciones más interesantes son indudablemente el proyecto de comarcalización de la asistencia primaria con lo que suponía de intervención en la prevención, y el modelo de estructura asistencial establecido en el ejército republicano, ambas organizadas por los psiquiatras catalanes.

El proyecto de organización psiquiátrica comarcal se presentó en el *IX Congrés de Metges de Llengua Catalana* (Bordas, 1936), pero no fue publicado hasta 1937, una vez nacionalizados los manicomios catalanes.<sup>36</sup> Las necesidades bélicas, habían obligado a evacuar los alienados de Huesca a *Les Avellanes*

35. Sin duda alguna el modelo de Psiquiatría que proponía Mira era mucho más avanzado que el del conjunto de psiquiatras españoles de su tiempo. El desarrollo de la psicología científica y el modelo de organización planificada de la asistencia le dan una dimensión y una proyección de futuro mucho más próxima a lo que sería la asistencia psiquiátrica moderna que el discurso estrictamente clínico y más organicista de sus colegas. Mira, por otra parte, estaba al tanto de la bibliografía anglosajona y conectaba con una visión más amplia de la disciplina. Véase, por ejemplo (1935, 1943, 1974).

36. El proyecto inicial se presentó en el último *Congrés de Metges de Llengua Catalana* en 1936, pero por las circunstancias bélicas no apareció publicado *in extenso* hasta 1937 (Bordas, 1937).

(Noguera) y a trasladar a los enfermos de Reus, convertido en hospital de sangre, a los centros de Barcelona (*Sant Boi, Mental*), y a una instalación provisional en Montesquiu (Osona). Vives i Casajoana fue nombrado director técnico de los servicios psiquiátricos de Cataluña y Mira y Tosquelles fueron nombrados para organizar el servicio psiquiátrico del Ejército republicano.

La propuesta de organización de la asistencia exterior se publicó en 1937 en la revista *La Medicina Catalana* y su autor, Bordas, era uno de los médicos de la Clínica de Santa Coloma. El proyecto preveía un esquema de aplicación de la asistencia exterior o extrasanatorial, con el objetivo fundamental de mantener al enfermo no internado en el seno de la familia y de la sociedad. Como tal, el servicio exterior tendría una función preventiva, de control de los tratamientos, de seguimiento y de cooperación en la rehabilitación del enfermo, de tal manera que posibilitase una reducción del tiempo de internamiento, una detención precoz de los brotes agudos, así como una protección más adecuada del enfermo. Función principal del servicio exterior era facilitar los medios para asegurar los ingresos mínimos económicos al enfermo que no podía trabajar, así como la ayuda a su familia, o a cualquier familia que quisiera hacerse cargo de él.

La parte fundamental del proyecto describe la organización de los servicios comarcales, gestionados por patronatos locales o comarcales. Establece nueve centros: cinco en la costa, tres en el interior, y uno en el Pirineo (*La Seu d'Urgell*), en función de sus características geoclimáticas. Cada uno de ellos contaría con una zona de influencia, con subcentros dependientes en las cabeceras de comarca, en los cuales los enfermos serían atendidos en sus domicilios por equipos de médicos y enfermeros visitantes. La coordinación se realizaría desde una oficina central de Barcelona, dependiente de la *Conselleria d'Assistència Social*, que tendría bajo sus órdenes a los cuatro inspectores zonales radicados en Barcelona, Girona, Reus y Lleida.

En cada una de las demarcaciones comarcales, los equipos tendrían a su cargo dispensarios psiquiátricos ubicados en los hospitales comarcales, los servicios de Higiene Mental, y los Patronatos de Asistencia Psiquiátrica. Allí donde se encontrasen más de quince enfermos se destacarían médicos auxiliares y visitantes sociales. Desde el punto de vista económico el plan no era en absoluto utópico, por cuanto se habían

previsto los costos del personal relativamente reducidos, así como el importe de las ayudas a enfermos y familiares.

El Plan Bordas (1937), recoge la mayor parte de los principios que serán materia común en las reformas, y proyectos de reforma de la asistencia psiquiátrica en los países europeos durante los años sesenta: la organización de las estructuras intermedias, la presencia de una diversidad de servicios complementarios, el trabajo protegido, la asistencia en medio familiar, y una red de atenciones centrada alrededor del domicilio del paciente, sin rupturas de ningún tipo. Pero el principio a mi modo de ver más importante, es la presencia de una alternativa al sector, la comarca:

«La comarca es una pequeña porción del territorio; y se hablaba de una estructura «comarcal» de la Psiquiatría. La comarca era una estructura geográfica y sociológica que existía desde hacía tiempo: era una forma muy viva en Cataluña, y a pesar de que el proceso de industrialización se había centrado en Barcelona, no había comarca que no tuviese dos o tres fábricas.» (TOSQUELLES, 1975:86.)

La noción de comarca rompía, y de ahí su interés, una de las críticas más fuertes que se han hecho a ese tipo de política desde las ciencias sociales, es decir, el predominio de instancias demográficas o administrativas sobre las socioculturales como factor de la distribución sectorial. La reintroducción de la noción de *comunidad* en la Psiquiatría española contemporánea iría en ese sentido.

La guerra limitó extraordinariamente las posibilidades de aplicación de estos proyectos. Los hospitales hubieron de acoger enfermos evacuados, que iban a compartir las penurias y las privaciones de la población de las grandes ciudades. Un cierto número de médicos fue movilizado, algunos huyeron, y en general el período se saldó con grandes dificultades de todo orden.<sup>37</sup>

37. El documento fundamental es el libro de Mira, publicado en 1943 en inglés, y traducido un año más tarde al castellano (1944) en el que dedica un capítulo a la organización del ejército republicano. Se trata de un texto importante, aunque de difícil acceso. El plan de Mira se basaba en un escalonamiento de la asistencia a tres niveles, frente, retaguardia del ejército y retaguardia civil. El sistema que se utilizaba era el de no retirar casi nunca a los combatientes más allá

En cambio, la organización psiquiátrica del Ejército republicano, permitió aplicar al mundo militar esa serie de experiencias e ideas que se habían acuñado en la organización civil. Los responsables de ellas fueron, entre otros, Mira y Tosquelles. Su labor, se centraba en dos áreas, la psicotécnica y lo que hoy llamaríamos el *counseling*. Se trataba de organizar un servicio de orientación profesional que permitiese una selección de personal cualificado para ciertas funciones: oficialidad, tanquistas, pilotos, así como, para la adaptación de la mujer en puestos de trabajo de retaguardia. El segundo aspecto era el asesoramiento del Estado Mayor, en relación con aspectos organizativos: rotación de permisos, movimientos de unidades entre el frente y la retaguardia, apoyo psicológico a la tropa, etc.... Finalmente, el servicio tenía una finalidad asistencial, y también en eso aportaba importantes novedades. La principal de ellas, era el establecimiento de atenciones en primera línea, sin separar plenamente a los hombres del frente, estableciendo estructuras intermedias que prefiguran los desarrollos posteriores de la psicoterapia institucional o de la comunidad terapéutica.

### 3.3.3. La derrota de los psiquiatras

La profesión psiquiátrica alcanzó su pleno reconocimiento durante el período republicano. Se sentaron las bases de un desarrollo futuro, vinculado a la construcción de un modelo de Estado que presagiaba, al menos en teoría, algunos de los puntos característicos del *welfare State*. En lo que hace referencia a la Sanidad, el proyecto de Seguro Social estaba en marcha y la política de reorganización de la asistencia psiquiá-

de la retaguardia militar, complementaba con un dispositivo de recuperación basado en las actividades de grupo y lúdicas.

Mira organizó un sistema de control psiquiátrico de los reclutas que parece ser resultó eficaz, porque las cifras de enfermedades psiquiátricas en los frentes, según sus datos, son extraordinariamente bajas, en todo caso muy inferiores a las de la población civil. En esa disminución hay que evaluar la eficacia del sistema. Sobre la guerra, véase también Montserrat Esteve (1937), Vives i Casajoana (1937, 1937a, 1937b), Bellmunt (1937), Bertran i Guell (1936).



trica no era sólo una consecuencia de la vorágine bélica, sino que sus rasgos estaban apuntados desde mucho antes. Desde el punto de vista de la formación, habían sido dotadas dos cátedras, la de Barcelona ocupada por Mira y que estaba abriéndose hacia las formaciones no médicas en la propia Universidad, y la de Madrid cuyo Tribunal no llegó a constituirse por los acontecimientos de julio de 1936.<sup>38</sup>

Desde el punto de vista de la profesión, ésta parecía articularse en torno de dos modelos, representados, en cierta manera, por Lafora y Sacristán y por Mira y su grupo. Los primeros propugnaban una Psiquiatría vinculada a la Neurología, ligada a la Psiquiatría alemana de su tiempo e interesada marginalmente por los problemas asistenciales. Un segundo grupo, el que giraba en torno a Mira y en general en torno a la Psiquiatría catalana se hallaba menos vinculado a ese modelo, mucho más interesado por la problemática asistencial que por el debate clínico-neurológico y pensaba la asistencia psiquiátrica como problema colectivo, más que como solución a una casuística individual.

La vinculación a Cataluña de éste último grupo, y su alineamiento con la causa republicana, provocaron su desmantelamiento casi total en 1939, mientras que para el núcleo madrileño, a pesar del exilio de Lafora, el sostener un modelo de *praxis* profesional más vinculado a enfermos individualizados y bajo unos criterios teóricos muy organicistas, les podía conferir una cierta garantía de pervivencia posterior, máxime si se atiende al hecho que la mayor parte de psiquiatras franquistas estaban más ligados a este grupo que al catalán.

La consecuencia de todo ello, la derrota republicana y exilio, es que la Psiquiatría catalana desaparece y se articula, en Francia o en América, con otras orientaciones nacionales: es el caso del papel que juega Mira en Latinoamérica, pero sobre todo Tosquelles como uno de los fundadores de la psicoterapia ins-

38. José Pérez-López Villamil (*Angosto*, 1985:484-486) describe el proceso seguido por la cátedra de Madrid, que había sido pensada para Sanchis Banús, y a la muerte de éste, para Sacristán. Éste no podía presentarse por carecer de doctorado, y se congeló para esperar que lo terminase. Esa oposición quedó desierta a pesar que se presentaron Villaverde, Prados y López Ibor. Se trataba de una Cátedra de Doctorado que tras esta oposición se convertiría en Cátedra de Psiquiatría. Ya no pudo efectuarse la oposición hasta pasada la guerra, ya que había sido fijada para septiembre de 1936.

titucional francesa. Mientras, el modelo de *praxis* psiquiátrica estructurado por Sanchis Banús, Lafora, Villaverde o Sacristán, aun tras la desaparición de algunos y el exilio interior o exterior de los otros, pudo tener continuidad a través de personajes como Vallejo Nájera y López Ibor que independientemente de sus méritos personales, conectaban con la ideología del Nuevo Estado, y a costa de ahuyentar a todos aquellos discípulos de Lafora o Sacristán que habían hecho profesión de fe republicana y que permanecieron en el país.<sup>39</sup>

39. El exilio de médicos fue muy importante: unos 500, entre los cuales 70 catedráticos. El régimen franquista siempre fue reticente en relación a los médicos porque los tenía por sospechosos de republicanismo, en especial, a los de los Cuerpos de Sanidad Pública (cfr. *De Miguel*, 1979; *Fagen*, 1973). Entre los psiquiatras, Mira se instaló en Latinoamérica, en Argentina y posteriormente en Brasil y se dedicó fundamentalmente a la Psicología y la psicotécnica hasta su muerte en 1962 en Brasil; Lafora marchó a Méjico donde ejerció hasta finales de la década de los cuarenta en que pudo regresar tras una depuración vergonzosa y un largo litigio para conseguir recobrar su plaza del Hospital Provincial (cfr. *Valenciano*, 1976). Tosquelles y Vives i Casajoana se exiliaron a Francia. Vives volvió más tarde pero apartado de toda actividad pública. A través de él, Tosquelles fue reclamado del campo de concentración de Caylus al manicomio de Saint Alban (Lozère) en el que se sentaron las bases de la futura psicoterapia institucional francesa. Otro exiliado, Horacio Torrubia ha tenido también un papel destacado en la Psiquiatría francesa.

Los que permanecieron representan a los exiliados interiores a los que jamás se permitió más que una posición muy marginal. Fuster perdió por depuración la plaza de Adjunto de Universidad que había ejercido con Mira, Valenciano se instaló en Murcia en condiciones difíciles. Llopis vivió toda su vida con un sambenito encima, Sacristán se vio obligado a ganarse la vida traduciendo del alemán. López-Pérez Villamil no sólo no consiguió convertirse en Catedrático de Psiquiatría, siéndolo desde antes de la guerra de Medicina Legal, sino que sus discípulos, entre ellos Cabaleiro, fueron siempre marginados. Sólo Alberca accedió a una cátedra no sin que se le hubiese recordado su pasado. Sobre el exilio interior son indispensables, Valenciano (1976) y Marset (1985).



## 4. EL DESIERTO DE LOS TÁRTAROS

«Le pareció que la huida del tiempo se había detenido. Era como si un encantamiento se hubiese roto. En los últimos tiempos, el torbellino había sido cada vez más intenso. Luego, nada. El mundo se detenía en una apatía horizontal, los relojes funcionaban inútilmente.» (DINO BUZZATTI, *Il deserto dei tartari*.)

### 4.1. NUEVO ESTADO Y VIEJA PSIQUIATRÍA<sup>1</sup>

«Porque no sólo se trata (...) de que durante esos años se haya hecho una Psiquiatría en España que apenas tiene que

1. En los últimos años se han publicado varios estudios sobre la Psiquiatría franquista. Jordá (1984, 1986) ha trabajado sobre las *Actas Luso Españolas*, la revista de López Ibor mediante procedimientos bibliométricos, Marset estudió la ideología de la psiquiatría franquista en un texto aún inédito (1983) y ha publicado una necrología de Luis Valenciano en la que retrata el clima moral de la época (1985). Castilla del Pino (1977) hizo un balance muy irónico y crítico del período en un libro colectivo sobre el franquismo, y José Pérez-López Villamil se ha despachado a placer sobre el mangoneo de la política de cátedras en los años cuarenta y cincuenta (*Angosto*, 1985). La aproximación más completa a dicho período sigue siendo González Duro (1975, 1978, 1980, 1987), en especial *Psiquiatría y sociedad autoritaria*, en el que revisa la producción teórica de los autores más significativos. Los defectos principales de este libro son su esquematismo, su falta de rigor histórico y el que centra su virulencia sobre Vallejo Nájera y López Ibor, pero mucho menos sobre la generación intermedia de sus seguidores. Uno puede llegar a pensar que se limita a atacar a los muertos o los jubilados, pero no a los vivos. Recientemente, González de Pablo (1987) ha efectuado un análisis crítico sobre la influencia de la Psiquiatría alemana en la postguerra española. Señala que la influencia de Schneider y Jaspers pero adecuada a las peculiaridades ideológicas del nuevo estado.

ver, en su conjunto, con la que se plantea en otros países, sino de algo aún más grave, a saber, la desmoralización acaecida, desmoralización que hay que entender aquí no como pérdida o baja de ánimo, sino como pérdida o embotamiento del sentimiento moral.» (CASTILLA DEL PINO, 1977:102.)

La victoria franquista supuso el dismantelamiento inmediato de la estructura institucional edificada durante la Segunda República. En el campo de la Psiquiatría e independientemente del exilio de los profesionales a que dio lugar, el Nuevo estado dismanteló el Consejo Superior Psiquiátrico, la estructura asistencial de la *Generalitat de Catalunya*, depuró al profesorado universitario y abolió las plazas dotadas, anuló el proceso encaminado a la formación del personal subalterno y devolvió las instituciones nacionalizadas por la República o por la *Generalitat*.

La alternativa del Nuevo Estado en este terreno no quedó nunca demasiado perfilada y se movió siempre dentro de posturas ambiguas o directrices que apuntaban más a resolver problemas concretos que a establecer una planificación de conjunto.<sup>2</sup> Entre esas medidas se halla un nuevo modelo de organización corporativa a través de la obligatoriedad de la afiliación a los Colegios de Médicos, que se complementaba con la suspensión de actividades de las sociedades científicas y el silenciamiento, a veces durante una década, de la mayor parte de revistas profesionales de antes de la guerra.<sup>3</sup>

La respuesta contundente de las nuevas autoridades ante la Psiquiatría no puede explicarse en relación con el número reducido de profesionales, que no debían superar los dos centenares, sino con la significación que habían alcanzado y con sus conexiones ideológicas, afectivas, administrativas y políticas con el régimen derrotado. Los líderes de la Psiquiatría de preguerra: Lafora, Sacristán y Mira estaban personalmente involucrados en partidos de izquierda o con la administración repu-

2. La ideología sanitaria del Nuevo Estado está apuntada en De Miguel (1984) y De Miguel y Carmen Domínguez (1982). Sobre la organización profesional de los médicos, puede verse De Miguel (1982a). Acerca de la ideología franquista, Fontana y otros (1986).

3. Las revistas de anteguerra dejaron de publicarse hasta entrados los años cincuenta, como fue el caso de *Archivos de Neurobiología*, que renació de la mano de los discípulos de Lafora, con el apoyo de Vallejo Nájera (cfr. *Valenciano*, 1977; *Martínez Pardo*, 1978). Las demás fueron de nueva creación.

blicana en distintos tipos de cargos. Su exilio suponía un cambio en los liderazgos. Un psiquiatra militar, Vallejo Nájera, y un falangista valenciano López Ibor —vinculados ambos a la Psiquiatría madrileña—, protagonizaron la lucha por ese liderazgo. Por su formación no diferían en exceso de la de los anteriormente citados, con la excepción de Mira, por lo que las transformaciones sufridas por la Psiquiatría durante la postguerra hay que entenderlas como la consecuencia de otros fenómenos que los estrictamente propios a la disciplina. Hay que pensar que la actitud republicana de nacionalizar instituciones y otorgar en ellas la primacía a los psiquiatras frente a las administraciones, la vinculación política de los psiquiatras, la actitud de algunos de ellos como Lafora en torno a polémicas religiosas eran suficientes argumentos como para promover un cambio radical por parte de los intereses que sostenían el régimen franquista.<sup>4</sup>

La Psiquiatría franquista no puede ser estudiada bajo el prisma de dos orientaciones, como concedía antes de la guerra, en torno a lo asistencial y a lo médico-clínico, sino en torno a un modelo nuevo de organización, centrada en torno a unos líderes que se vincularían pronto a cátedras universitarias, a un modelo hegemónico de psiquiatría clínica que relegaría al ostracismo cualquier tipo de pensamiento asistencial, y al abandono y marginación de los manicomios que perdieron toda su importancia como instituciones de formación de profesionales y su capacidad de engendrar conocimientos o *praxis*.

#### 4.1.1. *El espíritu de la colmena*

La posición teórica de los psiquiatras franquistas era parecida, aunque con matices, a la de los republicanos. Entre ellos había distanciamientos producidos en los años treinta en torno a posiciones y por razones políticas. La influencia teórica procedía de la Psiquiatría alemana, y la lengua de comunicación internacionales, el alemán.

Entre 1936 y 1950, año en que se empieza a romper el bloqueo internacional hacia España, se producen acontecimientos

4. No sólo el liberalismo, sino también la vinculación de los psiquiatras de anteguerra a la Institución Libre de Enseñanza. Los detalles pueden verse en el libro de *Valenciano* (1976).

exteriores fundamentales: Hitler inició una política expansiva y procedió a un rearme ideológico que supone la expulsión de Alemania, de intelectuales disidentes y de los judíos, con lo cual el clima de vanguardia edificado, durante la República de Weimar se trunca y los intelectuales alemanes se instalan en Inglaterra y en Estados Unidos. Esta presencia alemana en el mundo anglosajón condujo necesariamente a la anglofonía y al abandono del alemán como lengua hegemónica. En segundo lugar, el *Anschluss* austríaco que condujo al exilio al propio Freud, acabó con el último reducto de una ciencia germanófona autónoma y no mediatizada por la ideología nazi. En tercer lugar, si la depuración afectó al pensamiento político, social o estético, a partir de la huida de intelectuales judíos, fueron muchos otros sectores los que se vieron afectados.

Cabe pensar que las formas de pensamiento y las *praxis* que permanecieron en Alemania habían de ser las menos aparentemente cargadas de ideología, o aquellas cuya articulación con el pensamiento nazi fuese posible. El organicismo kraepeliniano tenían posibilidades mejores que la Psiquiatría social en un país que propugnó la eutanasia activa con respecto a los enfermos mentales, u los oligofrénicos.

Si tenemos en cuenta las fraternales relaciones del régimen franquista con el *Reich* hasta que las derrotas de éste las limitaron, podemos comprender fácilmente la influencia que ejerció en España la Psiquiatría alemana entre quienes aquí permanecieron y lideraron la Psiquiatría española.<sup>5</sup>

La consolidación de los nuevos líderes hubo de hacerse a expensas del descrédito de los exiliados. Sin embargo, los principales ataques los recibió Mira como representante de una corriente distinta, mucho más involucrada en el diseño y la planificación de los dispositivos asistenciales. No era posible plantearse un debate doctrinario con Lafora o Sacristán porque éste hubiese podido poner en evidencia a los propios críticos, que se movían en Psiquiatría por derroteros parecidos. En cambio, Mira representaba un mundo distinto, una escuela muy alejada de la madrileña, y había participado en la contienda precisamente en la posición opuesta a la que ocupara durante la misma Vallejo Nájera en el ejército franquista.

5. Cuenta López-Pérez Villamil que en una oposición de mediados de los cincuenta el candidato ganador (Alonso Fernández) «hablaba más en alemán que en castellano» (*Angosto*, 1985:489).

La diferencia entre las opciones de unos y otros se traducen por sus posturas respecto a las causas de trastornos mentales asociados a la situación bélica. Mientras los psiquiatras republicanos respondiera con interpretaciones de carácter dinámico y comprensivo y pusieron en práctica modelos asistenciales complejos destinados a la recuperación y reinserción de los enfermos, los psiquiatras franquistas rechazaban la influencia de la situación bélica en la génesis de los trastornos mentales y se limitan a planteamientos destinados a la detección de simuladores, interpretando las crisis psicológicas de origen bélico como respuestas de miedo o de cobardía.<sup>6</sup>

Al aceptar la cobardía como un concepto operativo, estos autores se ajustaban al discurso oficial, pero en cambio confundían los términos, y transformaban un discurso clínico de base científica, al menos hasta cierto punto, en un instrumento de catalogación ideológica. Para hacer frente a la ambigüedad que ello implicaba era necesario apuntalar sus razonamientos mediante argumentos positivos. Por tanto su actitud ante los simuladores o los presuntos simuladores era la de atribuirlos no a las circunstancias del hecho bélico, sino a las taras hereditarias, a razones biológicas de carácter idiopático o racial, rechazando cualquier interpretación que vinculara esos trastornos a razones de tipo sociocultural.

Podría pensarse que la actitud de Vallejo-Nájera, y en menor medida la de López Ibor, en torno a este tipo de problemática supone una cierta impregnación del espíritu cuartelero que animaba muchos sectores del bando franquista triunfante. El propio Vallejo-Nájera había hecho su carrera en la Sanidad militar como psiquiatra y López Ibor habría intentado ser militarizado sin conseguirlo (cfr *Angosto*, 1985:488). El tipo de Psiquiatría que debe practicarse en las Juntas de Reconocimiento se aviene muy bien con los criterios nosotáticos kraepelinianos y con el organicismo. La imagen del mozo rechazado por una «tara psiquiátrica» del servicio militar y dado por inútil, y que oculta su tara para no ser reconocido como tal en su comunidad acredita la persistencia de una idea sobre el trastorno psiquiátrico que no responde en absoluto al tipo de interpretaciones que las corrientes asistenciales vigentes a

6. Sobre los ataques a la psiquiatría republicana y a Mira, véase González Duro (1978).

mediados de los cuarenta se hacían sobre la enfermedad mental y sus posibilidades de reinserción social.

Los ataques a Mira y a los psiquiatras republicanos —que no tenían posibilidades de réplica—, se producen en la misma época en que se inicia el proceso, estrictamente político, de reordenación del liderazgo de la Psiquiatría española. Iban a disputárselo Vallejo Nájera y López Ibor en torno a las oposiciones a las cátedras de Psiquiatría, convertidas desde 1940 en los ejes sobre los que gravitarían la disciplina y la profesión.

Tanto Castilla del Pino (1977), como López-Pérez Villaamil (Angosto, 1985), coinciden en señalar como López Ibor era el psiquiatra de los que se quedaron con mejor *curriculum*. Enríquez de Salamanca, catedrático de Patología Médica y uno de los hombres influyentes en la Sanidad del Nuevo Estado le adjudicó «personalmente» el encargo de cátedra vacante en Madrid por no haberse podido efectuar las oposiciones (Castilla del Pino, 1977). La historia que vino después hasta que Vallejo-Nájera «asaltó» y se apropió de la plaza pertenece a la mejor tradición del sistema de oposiciones y es, como no, una sabrosa historia del franquismo: (cfr. Castilla del Pino, 1977: 87; Angosto, 1985: 488-9). Representó hasta la muerte de Vallejo en 195, la hegemonía de éste frente a López Ibor y una larga serie de enfrentamientos directos o por personas interpuestas.<sup>7</sup>

La creación posterior de nuevas cátedras fue extremadamente lenta por lo cual los tres primeros catedráticos, Vallejo Nájera, López Ibor, y en menor medida Sarró, se erigieron en los líderes indiscutibles de la Psiquiatría española hasta fines de los años sesenta. Esta centralización de los liderazgos, coherente con la política seguida en general por el régimen con los profesionales, tuvo importantes consecuencias para la asistencia psiquiátrica. La principal de ellas, la estructuración de

7. Las tensiones personales se manifestaron en muchos ámbitos; atisbos de las mismas pueden leerse en González Duro (1978), Valenciano (1977), Angosto (1985), Marset (1983), Castilla del Pino (1977). La cerrazón de las capillas psiquiátricas puede percibirse en el estudio de Jordá (1984) y de González de Pablo (1987: 643), en que destaca cómo las influencias alemanas con condujeron a negar la influencia de los factores ambientales y del inconsciente en los trastornos mentales, y quedaría de manifiesto con un estudio de las citas que se efectúan en las publicaciones de esta época, o en las intervenciones en Congresos, *simposia*, cursos y oposiciones. Véase la carta de López-Ibor Aliño a Marset en la *Revista de la A.E.N.* en relación con Valenciano (1986, 6 [16]: 134).

la disciplina alrededor de un modelo que favorecía extraordinariamente el control ideológico, que infeudaba la profesión a los catedráticos y que impedía «de facto» la aparición de un discurso asistencial que no naciese precisamente de ellas.

La dotación en cuantagotas de las cátedras y el estar sometimiento de las oposiciones a procedimientos de cooptación implicaba el que las sucesivas dotaciones se debieran en todos los casos a la generosidad de los ya instalados. Si consideramos la posición de Vallejo Nájera puede comprenderse la enorme dosis de poder que suponía estar en *todas las oposiciones* como miembro del *tribunal* (o como presidente) mientras el número de catedráticos de Psiquiatría no fuese igual o superior al de miembros necesarios para constituir un tribunal, y en el que los demás miembros del mismo le debían sus plazas.

Sin embargo, en tanto esa plétora de catedráticos de Psiquiatría permitiese montar tribunales específicos el sistema de oposiciones aceptaba la presencia en los tribunales de catedráticos de «disciplinas afines». No existiendo cátedras de Neurología, las «afinidades» solían ser las Patologías Médicas o la Medicina Legal, a los cuales la Psiquiatría minoritaria había, sino de subordinarse, si al menos pactar. En estas condiciones la garantía de éxito para cualquier candidato había de pasar no solo por la identificación con las posturas de Vallejo-Nájera, o más tarde con las de López Ibor o de Sarró, sino también con un discurso clínico compatible con el organicismo hegemónico en los claustros de Medicina.<sup>8</sup> En segundo lugar una Psiquiatría inscrita en una formación como la médica y que

8. El psicoanálisis tuvo en consecuencia una circulación extraordinariamente restringida. Pienso con todo que su fracaso como opción importante, decisiva en el mundo cultural francés o americano (cfr. Castel, 1971; F. Castel y otros, 1979), no sólo es un problema de las presiones del aparato ideológico de estado, o de los catedráticos de Psiquiatría, sino un problema de mercado: no existe en España una burguesía laica, como la francesa, permeable al modelo psicoanalítico, sino que, por el contrario, esa burguesía se ha movido muy a menudo en los estrechos límites del confesionalismo más reaccionario. Y por otra parte no eran posibles, ni mucho menos, orientaciones como los de la psicoterapia institucional francesa que tanto deben al psicoanálisis, y ni siquiera como los de las clínicas psicoanalíticas de lujo de América, en una sociedad más proclive a acudir al secreto del confesionario que al de un Gabinete, y en la que acudir a un centro de asistencia psiquiátrica supone todavía para muchos un *sambenito* (vg. González Duro, 1978, 1980). Véase también Glick (1982).

rechazaba regularmente cualquier viso de interdisciplinariedad con no médicos había de buscar necesariamente una homologación «médica» de la disciplina en tanto materia que había de ser impartida en las facultades de medicina. De ahí el clinicismo omnipresente, el rechazo al psicoanálisis o el relegamiento de la doctrina asistencial específica y el intento de aproximar la terapéutica a las que se practicaban en las disciplinas médicas o quirúrgicas: terapéutica física, farmacológica o quirúrgica por delante de los criterios «morales» que habían presidido tradicionalmente la asistencia psiquiátrica. Esta actitud relegaba inevitablemente a la Psiquiatría al nivel de las especialidades y asignaturas de segundo orden como la Oftalmología o la Otorrinolaringología que no correspondían ni a su historia ni a su papel en las sociedades avanzadas de su tiempo.

En tercer lugar, la estructura universitaria seguía centrada en un concepto muy patrimonial-personal de la cátedra, en ausencia de un marco institucional como el Departamento o el Servicio en el que articular o desarrollar la investigación. Las cátedras de Psiquiatría creadas en los años cuarenta y cincuenta se fundaron en el marco de instituciones que carecían las más de las veces de clínicas psiquiátricas. Ramón Sarró describe así la situación de las camas psiquiátricas en el Clínico de Barcelona:

«Había una ausencia casi absoluta de clínica universitaria. Tenga en cuenta que tan sólo desde hace pocos años puede hablarse verdaderamente de una clínica psiquiátrica, hecho que casi ha venido a coincidir con el final de mi carrera pedagógica.» (SARRÓ, cit. por MEDIAVILLA, 1980, 35-36.)<sup>9</sup>

Esta reducida capacidad corre pareja con el escaso número de servicios abiertos en los hospitales generales no universitarios. Ello suponía el que la formación postgraduado en Psiquiatría se produjese en condiciones que *no podían ser las mismas que* en las instituciones cerradas.

9. Hasta la habilitación de un par de salas en el Hospital Clínico de Barcelona la situación de la Clínica Universitaria de Barcelona era desastrosa por la carencia de espacio que no mejoró realmente hasta la década de los sesenta. Aún en 1986 el retraso en las obras de remodelación de la Facultad de Medicina han posibilitado el que el espacio destinado a Departamento y Dispensarios de Psiquiatría haya ido prolongado su provisionalidad.

En cuarto lugar la presencia de la Psiquiatría como disciplina universitaria basaba su *proyección social* en torno a un modelo de cátedra muy personalizado, y que confería por ese sólo hecho la condición de *autoridad*. Era una herencia del brillante período universitario de anteguerra, y es clave para entender su grado de influencia política durante el franquismo. Pero, al tratarse de un cargo que confería *status*, pero que no proporcionaba los medios ni para una dedicación exclusiva ni para el desarrollo de una infraestructura de investigación, limitaba mucho su repercusión en el desarrollo de la disciplina. Esa vinculación personal y las limitaciones al desarrollo científico favorecían la identificación de la disciplina a las personas, y en consecuencia su actuación como jerarcas. De ahí que, no solo se identifican ellos mismos con la profesión, sino que su peculiar modo de ejercerla, es decir la opción profesional que ellos han elegido, se convierte en el dogma que debe ser seguido por sus colaboradores o por aquellos que en futuro hubiesen de depender de sus evaluaciones para la obtención de alguna plaza.

En 1939 habían quedado en el país los restos de los equipos formados antes de la guerra en torno a Mira, Lafora o Sacristán, normalmente vinculados a instituciones no universitarias desde las que habían sostenido una actividad científica importante. Para este grupo la nueva situación estaba llena de peligros porque en cualquier momento podía aparecer el fantasma de su vinculación anterior (cfr. *Castilla del Pino*, 177, *Valenciano*, 1977, *González Duro*, 1978, *Marcet*, 1985).

Esto favorecía la implantación de un nuevo sistema de poder que podía controlar el acceso de estos personajes a lugares de trabajo. Es bien significativo que el regreso de Lafora a España fuese laborioso por la depuración a que fue sometido, que Sacristán hubiese de vivir de traducciones, o que Vives i Casajoana, o el propio Fuster hubiesen de refugiarse en posiciones marginales o de escasa influencia y constituyesen un grupo de exiliados interiores atrapados por su pasado reciente y relegados al ostracismo, en provincias.

En estas condiciones el discurso asistencial de anteguerra desaparece. En un artículo publicado hace unos cuantos años, Pérez-Espejo (1973), estudió mediante técnicas bibliométricas, la literatura española sobre asistencia psiquiátrica. Entre 1939 y 1965 se publicaron en revistas dos artículos en 1943, dos en 1944 y en 1954 y uno en 1962: un total de siete artículos sobre

el tema. En ese período se publican en cambio, según este autor, 319 artículos de psiquiatría. Aún teniendo en cuenta la no exhaustividad de la muestra, el porcentaje resultante del 2.19 % es lo suficientemente revelador del desfase existente. Pérez-Espejo destaca como los autores más prolíficos no se ocupan en absoluto del tema (Alonso Fernández, Llaveró, López Ibor, et cétera...).<sup>10</sup> Basta recordar que el número de camas en instituciones psiquiátricas cerradas oscilaba entre unas 30.000 al final de la guerra y más de cuarenta mil de principios de los setenta, y que únicamente el PANAP construyó unas 2.000 camas a partir de 1955. Frente a esa cifra, a principios de los setenta, González Duro, evaluaba las camas correspondientes a las clínicas universitarias y a los hospitales generales en unas 2.000 a 2.500 en todo el país (175:37).<sup>11</sup>

Estas cifras reflejan la existencia de una disociación absoluta entre la docencia y la *praxis* que no halla otra justificación más que la subordinación de la docencia a los intereses generales de la política intrauniversitaria, y que ratifica la situación de la Psiquiatría como disciplina de segundo orden. Al mismo tiempo disocia la *praxis* psiquiátrica en dos universos independientes: el de las instituciones cerradas abandonadas a su suerte, y la de un modelo de práctica «exterior» que se refiere esencialmente a aquellos casos no susceptibles de internamiento en instituciones, es decir, la práctica privada o el trabajo ambulatorio. Esto tuvo consecuencias importantes porque tras esta disociación se halla el problema de la proyección social de la Psiquiatría: el enfoque que inevitablemente se dará al papel del psiquiatra en este período no será el del *ingeniero de la conducta* que actúa sobre multitud de problemas sociales como sucedía en los países avanzados, sino el del especialista de aquellos casos dudosos en los que tras un largo recorrido por multitud de especialistas en lo somático, abocaban en

10. En un estudio bibliométrico sobre la colección completa de las *Actas Luso-Españolas de Psicología y Psiquiatría* se llega a resultados similares (cf. Jordá, 1984). A destacar el control de los catedráticos sobre las distintas revistas que justifica por sí solo las tendencias ideológicas y las temáticas a publicar primordialmente.

11. Me parecen cifras exageradas para antes de 1960 aunque pueden ser razonablemente válidas hacia 1970-1975. Hay que tener en cuenta que la dotación de cátedras y plazas universitarias en Psiquiatría desde 1960 fue notable y posibilitó el desarrollo de clínicas universitarias en todas las Facultades de Medicina.

él, a partir de unos criterios de adscripción no muy distintos a los que habían diseñado el modelo de práctica privada en los años veinte y treinta: es decir, una *praxis* con bases teóricas confusas y de límites imprecisos ante la opinión pública.

En este modelo de práctica basado sobre todo en el despacho privado o en un dispensario absolutamente desconectado de su entorno y sin ninguna capacidad de actuación en el campo preventivo, la imagen del trastorno psiquiátrico que se engendraba seguía siendo la de una *enfermedad de los nervios* para la cual se prevía un modelo de gestión lo menos distinto posible de cualquier trastorno somático. Al no existir una adscripción orgánica entre el dispensario y su área sanitaria, y centrarse la relación sociedad-dispensario o sociedad-hospital psiquiátrico únicamente en la adscripción voluntaria del enfermo o de su red social, el internamiento de pacientes suponía la aceptación de un modelo de interpretación de las causas de enfermedad psiquiátrica que seguía siendo el hegemónico en el siglo XIX. Es decir un trastorno cargado de metáforas, percibido como inevitable e incurable, identificado con una imagen de la locura como tara o estigma. Si pensamos que las interpretaciones dinámico-sociológicas de la etiología de los procesos psíquicos son en parte importante la consecuencia del trabajo asistencial centrado en unidades de observación delimitadas mediante criterios socioculturales (la llamada *asistencia comunitaria*), podemos pensar que el modelo muy medicalizado de la Psiquiatría española de esta época había de basarse todavía en la hegemonía de un perfil de enfermedades mucho más próxima a la psiquiatría *pesada*, a la de las grandes psicosis, que a la de la *ligera* creando con ello el espejismo según el cual el modelo más adecuado de gestión era precisamente el que ya existía.

En teoría, la investigación o el desarrollo institucional hubiesen tenido que modificar este modelo. Sin embargo, aquélla requiere cierta infraestructura y un espacio institucional de observación. Con enfermos procedentes casi aleatoriamente de muchos lugares distintos es imposible proponer interpretaciones no clínicas respecto a la casualidad. Si a ella se añade la carencia de documentación estadística centralizada respecto al campo sanitario, al menos hasta fines de los sesenta, puede comprenderse como la investigación posible en esas circunstancias debía ser anátomo-patológica, clínica o terapéutica. Y aún esta última, carente de una infraestructura



industrial autóctona había de limitarse al ensayo o a la experimentación con productos, técnicas o procedimientos productivos en el exterior.

De ahí que si se añade la existencia de obstáculos ideológicos en torno al desarrollo del discurso psicoanalítico, marxista, e incluso el de la Sociología o la Antropología funcionalista los únicos desarrollos teóricos habían de proceder inevitablemente de la psicopatología clásica, de tal manera que la Psiquiatría española tendía inevitablemente hacia un modelo de discurso confuso e impregnado de pseudoliteratura acerca de la enfermedad psiquiátrica. De ahí que se engendre una disociación esquizofrénica entre una *praxis* basada en el uso indiscriminado del ECT, en la práctica de lobotomías «para ver que pasa» y una producción teórica en la que se mezclan en proporciones diversas, la fenomenología, un humanismo cristiano ramplón, veleidades racistas y mucha literatura. Discurso que no podía tener otra función más que la de justificar, u ocultar una *praxis* que no podía resistir el más mínimo análisis crítico, en especial si hubiese podido ser contrastada con la que se producía en el exterior. Esa teoría era sin embargo, necesaria para legitimar la estructura de poder académica. El discursar de las sesiones de las oposiciones a cátedra tendía a un modelo de disertación erudita y de una retórica más que a la evaluación de la capacidad profesional del candidato (cfr. *Castilla del Pino*, 1977, *González Duro*, 1978, *Angosto*, 1985).

La génesis de esa retórica hay que percibirla no como una reflexión colectiva, sino como la consecuencia de la creación de un metalenguaje profesional en el que lo importante era ajustarse al mismo y si era posible degradarlo para no aparecer como discolo o rebelde ante los detentores del mismo. De ahí que la Psiquiatría española hasta entrados los sesenta engendrara una curiosa literatura de naturaleza teórica cuya incoherencia no ha podido ser puesta en evidencia más que durante la Transición (cfr. *González Duro*, 178).

La imposibilidad de desarrollar, por las razones infraestructurales antes aludidas, una investigación coherente en Psiquiatría biológica motivo el que la Psiquiatría de la época que quería ser e identificarse con la Medicina careciese de una base teórica aceptable por esta última. Al encerrar el discurso teórico en una retórica de naturaleza metafísica, pudo ser percibida por los demás médicos como una especialidad compuesta por criterios diagnósticos poco precisos y confusos, terapéuticamen-

te ineficaz, sin una articulación precisa son una base experimental y en el que las prácticas acababan reduciéndose a instancias empíricas de dudosas científicidad o a recetas promovidas por el sentido común.

#### 4.1.2. *La chispa de la vida*

«Franco, Franco,  
nos prometiste pan blanco  
y nos lo diste de serrín  
peor que el que nos dio Negrín.»

La disociación entre la teoría y la práctica fue particularmente evidente en las instituciones. Las nuevas autoridades las devolvieron a sus antiguos propietarios con lo cual se desarticuló la incipiente red estructurada durante la República. Aquellas que habían permanecido casi hasta el fin de la guerra en el territorio de la República habían sufrido vicisitudes considerables por las necesidades de evacuación de la línea de frente, por su transformación en hospitales de sangre o por la penuria de alimentos. En muchas hubo destrucciones, en otras los antiguos patrimonios estaban abandonados y en casi todas había una severa descapitalización.<sup>12</sup>

En segundo lugar, el personal auxiliar fue depurado y se suspendieron las medidas de formación del mismo instauradas durante la República. La actuación de los subalternos durante la Guerra, alrededor de las incautaciones y de la gestión de los manicomios supuso tras 1939 el regreso de las órdenes religiosas a muchos de ellos y una tendencia a la sustitución del personal por religiosos que contribuía a una disminución de los gastos fijos. Esta reducción de costos implicó asimismo la limitación de los equipos médicos de unos centros muy saturados ya y en los que la *ratio* enfermos-personal se mantendría en niveles ínfimos hasta mediados de los sesenta.

Esta penuria económica tuvo como consecuencias: el hacinamiento, la sobremortalidad, la incidencia de la tuberculosis y de las grandes epidemias de la época, y un empeoramiento

12. Hasta 1955 no se superaron las cifras de internados en instituciones psiquiátricas de 1931. En ello influyó la tremenda mortalidad de la guerra y la postguerra (*González Duro*, 1980:122).



de la calidad de la asistencia al establecerse de nuevo la hegemonía de las administraciones frente a los profesionales.

La guerra supuso también traslados masivos de población y padecimientos en la retaguardia que se prolongaron con una larga crisis de subsistencias en la postguerra que contribuyó a que una serie de trastornos de carácter psicopatológico y que antes eran gestionados por las familias de los enfermos, diesen lugar a una inevitable presión por internar ya que la penuria no permitía mantenerlos en casa.

La nueva situación de las instituciones había de tener importantes consecuencias no sólo en el significado de ésta en el conjunto de la asistencia psiquiátrica, sino también por el papel que podían jugar en la investigación y en la elaboración teórica.

Los manicomios dejan de ser centros prestigiosos y ven sustituido su papel por las cátedras. Los administradores de las instituciones privadas, la gran mayoría de las existentes, no estaban en condiciones de aceptar inversiones en equipo de investigación de dudosa rentabilidad inmediata cuando habían de restablecer el equilibrio financiero de los centros o no disponían de recursos públicos para ello, y las medidas de contención del gasto suponían salarios poco atractivos para los médicos y su desplazamiento a lugares aislados de la geografía española de los que podía ser difícil salir a menos de disponer de algún patronazgo importante.

En esas condiciones los hospitales psiquiátricos aparecen como instancias subordinadas de investigación, en las que puede experimentarse porque disponen de masas considerables de enfermos anónimos, a los que en el peor de los casos las lobotomías, convulsoterapias y más tarde psicofármacos, permiten mejoras en su estado de agitación y contribuyen a disminuir la conflictividad interna, acentuada por el hacinamiento, el abandono y las malas condiciones alimentarias.

Inicialmente, los psiquiatras franquistas pensaron que la presunta regeneración moral que suponía la victoria franquista disminuiría la morbilidad psiquiátrica. Los hechos lo desmintieron inmediatamente. Aunque algunas instituciones hicieron algunas obras de acondicionamiento indispensables (cfr. *Torras*, 1961), el único freno al incremento exponencial de la población internada provenía de unas tasas de mortalidad escalofrantes.<sup>13</sup>

13. La estadística relativa a la asistencia psiquiátrica pública es

A título de ejemplo pueden invocarse los casos del Manicomio de *Sant Boi* y del Instituto Mental de la Santa Cruz de Cataluña. En este último, la media anual de muertes se sitúa en 40,5 para una media de 597 internos en el período 1943-1950. La proporción es de un 6,78 % con una punta en 1950 del 7,42 % que representa una tasa superior a la mortalidad de la primera década del siglo. Pese a ello, el crecimiento vegetativo de la institución supuso en ese septenio un aumento de 299 internados (balance entre ingresos y salidas), que supone un crecimiento real de 86 personas que saturan prácticamente las 652 plazas ofrecidas (cfr. *Comelles*, 1980).

Hay que señalar que en 1939 las poblaciones de internados en Cataluña eran bajas como consecuencia de la sobremortalidad debida a la guerra, a los traslados de enfermos y a su dispersión. En cambio, a partir de 1940, crece progresivamente el número de ingresos en la institución con puntas en 1947 y en 1950, cifras que no volverán a ser alcanzadas jamás, y que marcan también el período durante el cual el diferencial entre ingresos y salidas era superior. Tenemos, por tanto, una demanda amortiguada a expensas de una mortalidad elevada, y que configura una nueva fase de custodialismo, durante la cual el énfasis se hace sobre la capacidad de las instituciones y en la que la terapéutica se orienta hacia las técnicas biológicas. No es, sino a fines de los años 50 que se equilibran admisiones y salidas, y es también el período durante el cual la mortalidad desciende a cifras bajas (2,89 % en 1978) 2,30 en 1975 la más baja, con una población ya muy envejecida.

En *Sant Boi* se duplicó la cifra anual de internamientos, con respecto a las cifras de antes de 1936, tendencia que continuó hasta finales de los cuarenta. Supuso un crecimiento con-

más bien pobre y se limita a los resúmenes anuales del Instituto Nacional de Estadística. Hay que suponer que en los archivos de los Gobiernos Civiles deben constar los estadillos mensuales de movimiento de todas las instituciones, pero conozco ninguna publicación al respecto. Esos estadillos, además del movimiento, incluyen la clasificación nosológica (de Kraepelin, introducida por el Decreto de julio de 1931). Los autores que han publicado cifras sobre este terreno recurren siempre a las mismas fuentes (cfr. *Serigó Segarra*, 1975; *González Duro*, 1975; *De Miguel*, 1976). En este caso he partido de las cifras de dos instituciones: las de *Sant Boi* publicadas por *Cruset* (1971) y *Antón* (1983) y las del Instituto Mental de elaboración propia (1980) que como mínimo pueden considerarse representativas por la significación, que tenían ambos centros en Cataluña.

tinuado de los internados que pasaron de los 741 censados a fines de 1938, a los 1.430 de 1957. Si las cifras de morbilidad son ligeramente superiores a las de antes de la guerra, no por ello son menos significativas (cfr. *Cruset*, 1971:381-389).

A pesar de la introducción de terapéuticas más o menos eficaces, el crecimiento de los internamientos corresponde a oligofrenias (producto entre otras razones de las malas condiciones obstétricas), es decir de aquellos casos que suponían graves problemas sociales en las situaciones de miseria y de hambre de la postguerra. La acumulación de enfermos de estas características, que encontramos en los años setenta formando el grueso de los internados contribuyeron no poco a la estampa carcelaria de los manicomios; la degradación y las taras físicas, los harapos, la suciedad, contribuyeron a engrosar la mala imagen de los manicomios que venía engrandándose desde finales del siglo XIX.

A esta estampa contribuyó no poco la mala imagen pública de las terapéuticas biológicas que eran percibidas a menudo como la continuación, por otros medios, de los procedimientos de contención física, en especial de las trepanaciones que precedían a las leucotomías y lobotomías y el *electroshock* (ECT). Aunque no cabe dudas de la eficacia de éste último en los cuadros delirantes y en la melancolía, esta técnica se identificó con el manicomio porque se aplicó con criterios muy laxos y con indicaciones muy poco precisas en muchas ocasiones. Ya en una época de decadencia del mismo, en los setentas, el *electroshock* intervenía un poco a la desesperada cuando ya no se sabía que hacer. Este uso más o menos indiscriminado posibilitó el que estas técnicas desbordasen sus indicaciones específicas y se situasen en la panoplia represiva de unas instituciones llenas a rebosar y con un personal insuficiente. La «chispa de la vida» se convirtió en un antecedente de la «picana», asociada a las «tremontinas» o a los medios mecánicos de sujeción, que no desaparecieron en muchos manicomios hasta los primeros setenta.

El horror a las «corrientes», como era conocido comúnmente el *electroshock*, venía asociado a sus procedimientos de aplicación. En el Instituto Mental de Barcelona, hasta 1975-1976, no se requería a un anestésista con el objeto de garantizar al máximo la seguridad. Un ECT a «palo seco» era seguro, pero aparatoso. Se disponía al paciente en una cama de exploración o en un colchón en el suelo. Se requerían un par o tres de mozos

robustos para trincar fuertemente los miembros y amortiguar las convulsiones y un sanitario o ATS, o el médico aplicaban los electrodos. La aplicación se prolongaba mientras alguien contaba en voz alta. Tras la convulsión tónica y el opistótomos, había que resistir las clónicas. Todo terminaba en unos quince o veinte segundos y se aplicaban una docena a días alternos. Esta técnica podía suavizarse mucho mediante un anestésico de ciclo corto y un curarizante sintético. El problema era que el riesgo de la anestesia era muy superior al de su ausencia en hospitales mal equipados como eran la mayor parte de los psiquiátricos. Requería el concurso de anestésista e idealmente de un quirófano.

La principal virtud del ECT era que conciliaba tres variables: la ejemplaridad, una eficacia notable en sus indicaciones y su economía. Un aparato del ECT podía ser construido artesanalmente y el coste de las doce sesiones era absolutamente irrisorio incluyendo en ello los gastos de amortización del aparato. En 1975 calculamos que una sesión del ECT costaba del orden de 0,50 ptas., a lo que podía añadirse el de una ampolla de pentotal y el de un curarizante sintético. A menos de 25 pesetas por sesión suponía un tratamiento infinitamente más económico que cualquier terapéutica farmacológica. Si se tiene en cuenta que los conciertos como los de las diputaciones incluían en una tasa fija la terapéutica, ante la alternativa entre el uso de un fármaco caro y de una «chispa» barata no había opción. Máxime si el discurso oficial iba a favor de la eficacia «generalizada» del ECT en un buen número de psicosis y no como suele propugnarse casi exclusivamente hoy en las depresiones (cfr. *Herrero*, 1983). Pero no fue únicamente el ECT. A lo largo de los cuarenta y los cincuenta se experimentaron un conjunto de técnicas, especialmente quirúrgicas, hoy en su mayoría abandonadas, que se aplicaron de modo muy sistemático y que permiten reconocer hoy en los grandes manicomios bloques enteros de internados a los que se aplicaron con criterios poco claros, se justificaban las más de las veces más como intentos de corregir los trastornos comportamentales que alteraban el orden de la institución, que en tratar eficazmente indicaciones específicas.

Esta situación tiene ribetes que la aproximan a la de la *praxis* del siglo XIX. Hospitales abarrotados, con un personal de escasísimo nivel y pésima preparación, las más de las veces carentes de enfermeras o practicantes diplomados y con plan-

tillas de tres o cuatro médicos, a tiempo parcial, para atender varios centenares de enfermos. Médicos formados en un contexto clínico que concebía a los internados como una suma de casos individuales a los que había que clasificar y tratar individualmente en unas condiciones en que esto era materialmente imposible.

La ignorancia por parte de la Psiquiatría española de los cambios que desde fines de los cuarenta y durante los cincuenta estaba realizando la Psiquiatría en los países avanzados y que implicaba una redistribución de los papeles en el manicomio entre psiquiatras, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales o psicólogos, no era únicamente el fruto de una falta de información. El rechazo a las ciencias sociales por parte del Régimen en su conjunto y el corporativismo de la profesión médica en unos años de progresivo auge de su poder no podía tolerar la aparición de un discurso que desbordase los estrechísimos límites de la formación médica de entonces y del paradigma de práctica vigente. Al rechazar las posibilidades que ofrecían los modelos de análisis socioantropológicos o dinámicos, la capacidad de intervención sobre las envejecidas y deterioradas poblaciones asilares se veía fuertemente reducida, de ahí que el custodialismo que tanto perjudicó a la imagen pública de los psiquiatras antes de la guerra, siguiese perjudicándola en la postguerra, sin que se diesen las condiciones para que a través de su crítica naciese un nuevo pensamiento asistencial.

#### 4.2. EL ESTADO DE OBRAS

A pesar de la situación en que se hallaban los manicomios tras la guerra, el Estado no intervino en ellos hasta los años cincuenta. Entre 1939 y 1945 se publicaron una serie de disposiciones legales que condujeron a la promulgación de la Ley de Seguridad Social de 1944 y a la constitución del Seguro Obligatorio de Enfermedad, pero que tuvieron la particularidad en lo relativo a la asistencia psiquiátrica de mantener el *statu quo ante*. Vallejo Nájera abogó sin éxito, desde la posición que se le supone, por la inclusión de los trastornos psiquiátricos

en el seguro de enfermedad (citado por de Miguel, 1979:49).<sup>14</sup>

Sin embargo, la Ley de Bases de Sanidad Nacional dejaba la puerta abierta a la creación de Patronatos y el 14 de abril de 1955 nació el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica más conocido como PANAP.

Las ideas fundacionales de éste suponían cierta modernidad y un intento de reducir el número de internados a través de una tendencia a la centralización. La ley hacía hincapié en la creación de dispensarios, se planteaba la prevención, la formación del personal enfermero, reformas legislativas y una inspección eficaz entre otras medidas. No tuvieron aplicación, y el PANAP se convirtió en un organismo casi inoperante, encargado de la gestión de algunos hospitales tan custodiales como los otros, de publicar algunos textos sobre asistencia y de organizar cursos para médicos y enfermeros (Serigó Segarra, 1976:441-442).<sup>15</sup>

La creación del PANAP hubo de superar obstáculos importantes desde su presentación como proyecto de ley en las Cortes franquistas. González Duro (1980:123) transcribe una conversación entre el Presidente de las Cortes, Esteban Bilbao, y el Director General de Sanidad en la que aquel le indicaba que había muchos intereses creados entre los cuales cabe suponer una gran resistencia de los propietarios al establecimiento de una inspección eficaz y a la capacitación del personal. Son aquellos puntos que atentaban discretamente contra la economía de las instituciones, y que habían jugado un papel durante la Monarquía.

En realidad el PANAP hubo de limitarse a intervenir con parches allí donde había un problema de internamiento mal resuelto. Prueba de ello es que en Cataluña se accionó quedó

14. En 1943, la Dirección General de Sanidad creó en provincias dispensarios de Higiene Mental y Psiquiatría. Muchas de las plazas no se proveyeron y se han convertido progresivamente en centros de clasificación de enfermos que solicitan pensiones, etc. Son plazas sin deducción exclusiva (cfr. González Duro, 1980:123).

15. El régimen franquista acabó con la política seguida durante la República de formación de los trabajadores de los manicomios. En ello intervino el papel que jugaron los comités de los centros durante la Guerra y las malas relaciones que establecieron con los médicos (Torras, 1961). También influyeron los intereses de las administraciones que preferían personal no cualificado con sueldos más bajos (cfr. González, 1977).

casi en mantillas dado que la red de manicomios pudo absorber sin excesivos problemas el incremento de enfermos.

A pesar, o precisamente a consecuencia de la muy limitada intervención del Estado el negocio de la asistencia psiquiátrica hasta principios de los sesenta, siguió siendo favorable porque la relación entre costos e ingresos, procedentes mayoritariamente de las Diputaciones, no se diferenciaba mucho de la estructura de antes de la guerra: gastos muy reducidos en personal y farmacología, ingresos diversos procedentes de las explotaciones patrimoniales, persistencia de los pensionados. De ahí que hasta 1960-1965 se siguieron produciendo algunas inversiones y la apertura de nuevos centros para cubrir una demanda siempre insatisfecha.

Sin embargo, a partir de los años sesenta se producen dos hechos que van a ser muy decisivos. El crecimiento demográfico y la expansión de las ciudades alcanza muchas veces los muros de los asilos: en *Sant Boi*, en Reus, en el *Institut Mental*, en la Clínica de Santa Coloma, en Leganés con lo cual los patrimonios rústicos suelen convertirse en terrenos urbanizables sometidos a especulación y a menudo vendidos. En segundo lugar, el desarrollo tecnológico que en Psiquiatría debe cifrarse con la introducción masiva de los psicofármacos a partir de 1955, supuso una carga muy onerosa al haberse de afrontar con unos conciertos con las Diputaciones que no crecieron en los mismos términos, y que incluían cláusulas según las cuales la terapéutica formaba parte del precio de la pensión.

Es así como a través de este proceso que viene marcado por la devaluación del concierto público, como *Sant Boi* lo denunció en 1967 y situó al sector público entre la espada y la pared. La respuesta de la Diputación hubo de ser necesariamente la ampliación de sus propios servicios, para lo cual hubo de solicitar créditos extraordinarios al Estado (cfr. *González Duro*, 1980:126).

Ahora bien, la falta de inversión del Estado en Cataluña, y la de la asistencia psiquiátrica a las Diputaciones y al Ayuntamiento de Barcelona suponía el crecimiento de la cifra de internados incrementase la dotación de gasto, teniendo en cuenta que para la Diputación había sido siempre más económica el arrendamiento de plazas privadas que la gestión de plazas propias.

En la situación de progresiva descapitalización de los manicomios privados, provocaba el que los pensionados que soste-

nían casi todos ellos se degradasen. En primer lugar porque los enfermos de niveles sociales altos se dirigían a las clínicas privadas nacidas en la postguerra, pero sobre todo porque los pensionados de segunda y de tercera resultaban insostenibles para las familias. La estrategia de las instituciones tendía a favorecer la conversión de estos pensionados en plazas concertadas facilitando los procedimientos de inserción en esos enfermos a cargo de la administración provincial.

Esto conducía a un incremento del gasto público que abocaba a medio plazo en incrementos muy lentos del concierto diario que habían de cubrir cada vez más jornadas de estancia, al incrementarse los gastos diarios de los enfermos que a su vez por el mayor consumo de medicamentos o de tecnología, a una progresiva asfixia económica de las instituciones.

Las instituciones de asistencia psiquiátrica trataron de luchar contra ello a través de la inversiones destinadas a mejorar la imagen asistencial y negociar mediante convenios, desarrollando secciones de pensionistas con el objeto de competir con las clínicas privadas. En otras ocasiones se intentaron políticas de amortización de plazas de crónicos con la intención de convertir los centros en unidades rentables de enfermos agudos de corta estancia. En todo caso, está muy claro que los distintos centros privados, incluso los de características más custodiales intentaron en uno u otro de sus pabellones alguna experiencia renovadora, contratarán un mayor número de médicos, y algún personal especializado: ATS, psicólogos, etc. Casi todas ellas (cfr. *Rendueles*, 1980), intentaron o promovieron el *aggiornamento* de los modelos de asistencia.<sup>16</sup>

Todos ellos también tratarán de situarse en una buena posición a la espera del día en que la Seguridad Social se hiciese cargo de la asistencia y pudiese firmar conciertos con ella, a mucho mejor precio que con la Diputación. Esta reconver-

16. La presencia de personal de enfermería cualificado se inicia en torno a los años sesenta en algunos centros, como el Instituto Mental. La presencia de asistentes sociales y de psicólogos es muy posterior. El régimen de Franco acabó con el desarrollo de la psicología clínica y la psicotécnica que había iniciado Mira. Los estudios de Psicología, hasta los años sesenta estuvieron dominados por una orientación especulativo-filosófica en las Facultades de Filosofía. No fue hasta 1968 que se inició, en la Universidad de Barcelona, una licenciatura de Psicología dentro de los parámetros contemporáneos de esta disciplina. Hasta entonces este campo había permanecido como una materia poco importante en la docencia médica.

sión supondría, como veremos más adelante un proceso complejo, que no ha terminado todavía de transformación de la asistencia psiquiátrica y una modificación harto radical de la *praxis* de la misma.

Hasta ese momento la opción profesional de los psiquiatras no podía ser otra que el desarrollo de un sector privado sólido allá donde fuese posible, es decir, allá donde el grado de psiquiatrización de la sociedad permitiese su subsistencia, y el bloqueo simultáneo de cualquier iniciativa que tendiese a incrementar el número de especialistas, o de la puesta en marcha de cualquier dispositivo de asistencia público privado que pudiese competir con él.

El nivel de salarios vigente en la Universidad, y en los manicomios, y la exclusión de la psiquiatría de la Seguridad Social, salvo en muy escasas plazas de «neuropsiquiatría» suponía ante todo la competitividad de cargos y por tanto la casi imposibilidad de dedicaciones exclusivas, obligaba a no pocos psiquiatras a ejercer de médicos generales en los ambulatorios de la Seguridad Social, y exigía la instalación de una práctica privada.

Sin embargo, la práctica privada psiquiátrica no podía tener en esa época el mercado que puede tener hoy, muy limitado aun en muchas provincias. De hecho afectaba sobre todo a una clientela potencial de las grandes ciudades y por las propias características del discurso psiquiátrico de la época podía ser compartida con los neurólogos. En conjunto y sin que pueda disponer de datos directos para su evaluación, hasta principios de los sesenta en que le número de psiquiátricos fue relativamente reducido (menos de 600 hasta 1956), al disponer de un mercado potencial muy sesgado por las prevenciones nacidas de la propia *praxis*, no es de extrañar que las actuaciones políticas de los administradores de las instituciones interesadas asimismo en acumular enfermos de Diputación con un mínimo de costos de mantenimiento. La degradación institucional favorecía el recurso al sector privado en aquellos que no querían caer en los viejos manicomios.

## 5. INCIERTA GLORIA

«Y allí, en un rincón de la mitad del edificio que todavía no habían derribado, nos juntamos, en 1972 un grupo de jóvenes, en su mayoría no tocados por los vicios de la profesionalización, que —rápidamente, en plena época fascista y en el submundo del manicomio— llegamos al convencimiento de que la liberación del grupo más claramente oprimido (...) no se daría sino paralelamente a nuestra liberación.» (R. GARCÍA, 1979: 153.)

### 5.1. VIEJO ESTADO Y NUEVA PSIQUIATRÍA

«Tres cosas hay en la vida  
salud, dinero y amor,  
y el que tenga esas tres cosas,  
que le dé gracias a Dios.»

El desarrollo económico en que se vio inmerso el país a partir de 1960, modificó profundamente la economía y la sociedad española. A este período que se inicia con el Plan de Estabilización, que está presidido por los Planes de Desarrollo y que concluye el verano de 1976, con el nombramiento del Gabinete Suárez voy a llamarlo tardofranquismo, expresión que creo caracteriza adecuadamente, la disociación casi esquizofrénica

entre lo que sucedía en la calle y en la vida cotidiana de la población y lo que propugnada la ideología oficial.<sup>1</sup>

En este período persiste una superestructura ideológica y una *praxis política* de carácter retórico, sostenida por los poderes del Estado y por los medios de comunicación social, mientras que en la conducta de la población, de manera más o menos intersticial, se iban produciendo una serie de adaptaciones secundarias que afectaban a áreas muy complejas del comportamiento social y que se referían a cambios en las actitudes en relación al sexo, la moral o la religión, en los estilos de vida, en la estructura del consumo, del ocio, de las costumbres, y de la vida familiar entre muchas otras. La respuesta del régimen ante los cambios oscilaba entre el desconcierto, la tolerancia eventual, la represión brutal, o los intentos de exacerbar un nuevo rearme ideológico. Todo ello con variaciones importantes según las áreas del Estado y según los grupos implicados.<sup>2</sup>

Las bases económicas de este período se centraron en una fuerte devaluación de la peseta, en una rígida política monetarista y en el diseño de un modelo económico muy intervencionista por parte del Estado. El despegue económico incluía facilidades a la entrada de inversiones extranjeras alentadas por un mercado potencial y virgen todavía, por unos costos de mano de obra muy bajos y por una inexistente conflictividad laboral. Esto se combinaba con el desarrollo de una infraestructura industrial pesada basada en la iniciativa pública, y en

1. Un estudio de conjunto sobre el ardofranquismo es difícil de recomendar por la escasa perspectiva histórica en relación con este período y a las propias dificultades en interpretarlo sin hacer referencia a la propia Transición. Como estudios sectoriales sobre los intelectuales y el pensamiento están, entre otros muchos, los estudios de Díaz (1983) y de Castellet (1977) que son aproximaciones a la ideología de la época. Más satisfactorios son algunos de los contenidos en Fontana y otros (1986). Desde la perspectiva sanitaria, la bibliografía es muy abundante, aunque limitada por la insuficiencia de datos estadísticos fiables. Sobre la Seguridad Social deben verse Infante (1975), Solé Sabarís (1975), Ministerio de Sanidad (1979), Vergés (1975, 1977) y los análisis de Jesús de Miguel (1976, 1979, 1984a y 1985), Serigó Segarra (1975) y el libro colectivo *Planificación y reforma sanitaria*, publicado en 1976 por Jesús de Miguel.

2. El mejor análisis sobre la ideología antifranquista es posiblemente un reciente libro de Josep Maria Colomer (1985). Véanse Fusi (1986) y Fontana y otros (1986).

el desarrollo de una industria privada mediana y pequeña, destinada a la producción de consumo basada en mano de obra poco especializada. Esta base industrial se potenciaba con el desarrollo espectacular de la entrada de invisibles a partir de los ingresos por turismo y por las remesas de emigrantes. Los primeros actuaban como motores de la construcción y del equipamiento público y generaban una oferta de servicios basada también en mano de obra poco cualificada.<sup>3</sup>

Este serie de cambios exigían un transvase de población agraria al extranjero o a las áreas metropolitanas de las grandes ciudades. En el primer caso la emigración se componía de peonaje poco cualificado, de mano de obra adiestrada, e incluso de profesionales medios y superiores, en el segundo, de peonaje apto para cubrir las necesidades de la construcción, de las obras públicas o de una industria de escasa sofisticación tecnológica.

El modelo de desarrollo, a pesar del fuerte intervencionismo del Estado, no era la consecuencia de su crecimiento, sino que iba a remolque de aquél. Entre 1964 y 1976 la suma de gastos corrientes de bienes y servicios de la Administración española pasó de 94.084 millones de ptas. a 747.341 millones, lo cual supone, en pesetas constantes un crecimiento real de dos veces y media. Hasta principios de los setenta este crecimiento se realizó a expensas de los impuestos indirectos y del *Impuesto sobre las Rentas del Trabajo Personal*, es decir de impuestos que gravaban el consumo y el trabajo por cuenta ajena, pero cuyos límites eran notorios en la ausencia de una profunda reforma fiscal. De ahí que la insuficiencia financiera del Estado no permitiese un desarrollo importante de su papel asistencial como venía sucediendo en los países europeos desde el final de la segunda Guerra Mundial y que su oferta de infraestructuras asistenciales fuese desigual, de mala calidad y poco productiva en educación, asistencia social, calidad de vida o sanidad.

Sin embargo, el crecimiento económico llevó aparejado un

3. El modo de crecimiento combinaba recetas claramete liberales que conducían a la penetración del llamado capitalismo monopolista, con la existencia de unos modelos de planificación atiborrados de reminiscencias fascistas. Se ha señalado con frecuencia la proximidad entre el modelo del ENI italiano y el INI español. En los planes de Desarrollo, la mención *social* no fue más que un añadido de última hora para maquillar un poco un modelo de desarrollo económico. Véase Fontana y otros (1986).



incremento notable de la capacidad adquisitiva y de endeudamiento de algunas capas sociales, engendrándose así una clase media que podía ser presentada como la que apuntalaba el régimen, pero cuyo, poder adquisitivo estaba mermado al tener que recurrir a una oferta privada de servicios sociales que en los países europeos resultaban prácticamente gratuitos: escuelas, guarderías, subsidios familiares, transportes públicos, vivienda... y a una enorme presión fiscal indirecta.<sup>4</sup>

Las insuficiencias de equipamiento público dieron lugar a movimientos cívicos, desde fines de la década de los sesenta. Los más conocidos eran las Asociaciones de Vecinos que reivindicaban el cumplimiento por parte del Estado de sus incumbencias y que aglutinaban tanto la problemática de los *lumpen*, como la de barrios o sectores de la población que no aceptaban los niveles deficientes de los servicios públicos y en los que se encuadraban profesionales, empleados de nivel medio, intelectuales e incluso sectores del empresariado. Contribuyeron a ir definiendo una serie de campos en los que los déficits eran más palpables o más escandalosos. Entre ellos estaba la sanidad.

#### 5.1.1. La sanidad enferma

Entre 1960 y 1976 el presupuesto de la Seguridad Social creció cuatro veces y media en pesetas constantes (cfr. *de Miguel*, 1979).<sup>5</sup> Este presupuesto era prácticamente independiente de los Presupuestos Generales del Estado. Las transferencias de éste a la Seguridad Social oscilaban entre el 3 y el 5 % y se

4. El crecimiento del Estado no podía producirse más que con una importante reforma fiscal. Esta no podía invocarse porque socavaba los sostenes económicos y políticos de la dictadura. Con una estructura fiscal centrada en los impuestos que gravaban el consumo únicamente podía esperarse crecimientos moderados dado que la estructura del consumo español de la época no era comparable en madurez a la de ningún país desarrollado. El Estado providencia en los países europeos se asentaba sobre unas bases económicas, políticas e ideológicas creadas antes de la Segunda Guerra Mundial que en España eran inexistentes (cfr. *Fontana y otros*, 1986).

5. Sobre la Seguridad Social y su dimensión económica, véase *De Miguel* (1979) y *Solé Sabarís* (1975).

destinaban casi exclusivamente a cubrir el déficit crónico de los regímenes especiales.

El modelo de Seguridad Social puesto en pie por los falangistas en los años cuarenta se concebía como un sistema autónomo al margen del Estado. Sus capitales, producto de las cuotas obrera y empresarial, se canalizaban hacia la cobertura de las prestaciones de jubilación y de enfermedad y a sufragar el gasto sanitario que generaban sus afiliados. Los fondos solían colocarse en obligaciones muy mal retribuidas de empresas públicas.

El papel de la Seguridad Social ha sido decisivo en los cambios sufridos por la Sanidad española en los últimos cuarenta y cinco años. Entre 1966, fecha de la entrada en vigor de la Ley de Bases de 1963, y 1976 la población protegida pasó del 53 % al 84 %, el número de camas propias ascendió del 10 % de los médicos y la asunción del 76 % del gasto farmacéutico.<sup>6</sup> (*de Miguel*, 1979:15).

La SS no pudo promover una planificación de conjunto coherente porque en su organización queda reflejado el doble plano entre lo ideológico y la realidad a la que hacíamos referencia. Fundada la SS (el *Seguro Obligatorio de Enfermedad*) bajo los criterios organizativos de una mutua privada que no atendía la salud de la población, sino sólo las enfermedades de sus afiliados, tanto su organización como el despliegue de sus dispositivos asistenciales estuvo y está todavía condicionado por ese modelo mutualista, y por su modelo de financiación. Hasta la creación del Ministerio de Sanidad, ya en plena Transición, la sanidad pública quedaba dividida en mutuas (Administración local, provincial, estatal, fuerzas armadas, etc. SS) dependientes de casi todos los Ministerios mientras que las competencias en Salud Pública correspondían a la Dirección General de Sanidad encuadrada en el Ministerio de la Gobernación (hoy Interior), el cual a través de las Diputaciones Provinciales controlaba también la beneficencia pública (los hospitales provinciales) y la asistencia psiquiátrica.

6. Sobre el sector farmacéutico, véase *Lobo* (1975), *Ministerio de Sanidad* (1979) y *De Miguel* (1979). La trascendencia de este crecimiento no sólo tiene una dimensión económica sino también social: sobre la significación del consumo de medicamentos al margen de los conductos reglamentarios y su significado en la sociedad, véase *Comas* (1985) y *Comelles, París y otros* (1985).



El modelo de financiación mutualista se basa en un sistema de cuotas que en el caso de la Seguridad Social se dividen en cotización empresarial y una participación obrera. Esto se convierte en la realidad en un impuesto por la obligatoriedad de la cotización que grava los costes de producción de la industria y los servicios y que solo protegía realmente a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares. Si tenemos en cuenta que el déficit de los regímenes especiales absorbió durante años las aportaciones del Estado al presupuesto de la Seguridad Social, no cabía pensar en otro tipo de actuación de la misma que no fuese estrictamente su papel de mutua de enfermedad y de organismo de pago de pensiones, dado que una más amplia cobertura hubiese supuesto un incremento en las cotizaciones, inaceptable para los empresarios. Las presiones de la patronal por limitar el crecimiento de las cotizaciones han sido decisivas para comprender no solo la crisis de la institución a medio plazo, sino también los obstáculos a la contratación laboral y la aparición de enormes zonas de economía sumergida o de fraude. Por ello, la lucha de los distintos agentes políticos se ha centrado casi siempre en lograr reducciones en las cotizaciones compensadas por la aportación del Estado. Ahora bien en tanto éste último no procediese a una reforma fiscal basada sobre la imposición directa que permitiese como mínimo que el aporte del presupuesto cubriese al menos el gasto sanitario no era posible plantearse una planificación coherente, pero esto a su vez representaba recabar mayores impuestos de los grupos sociales que sostenían fundamentalmente al régimen.

La estructura mutualista de la Seguridad Social dio lugar a que entre 1944 y 1976, a pesar que en este último año un 84 % de la población fuese beneficiaria de la misma, apenas controlase un 23 % de las camas hospitalarias. Este desajuste es extremadamente importante porque suponía el recurso al conjunto de las camas públicas o privadas del país para atender una demanda inevitablemente superior a sus posibilidades. De ahí que ya a finales del tardofranquismo la política de conciertos fuese indispensable para ofrecer a sus beneficiarios las prestaciones a qu tenían derecho. El encarecimiento de los gastos explica asimismo que la Seguridad Social demorase el hacerse cargo de dos sectores de población no protegidos: los enfermos psiquiátricos cubiertos por las Diputaciones y aquellos sectores de población marginales y de bajo nivel de renta que al no estar adscritos a una actividad industrial o de servicios

carecían del derecho de ser atendidos por la Seguridad Social.<sup>7</sup>

La adaptación a la Seguridad Social al incremento de población protegida supuso el desarrollo de una red hospitalaria propia, que se organizó bajo parámetros tecnocráticos, enfocándola como una respuesta al aumento de morbilidad y no tanto a la problemática engendrada por la mortalidad; era una respuesta al incremento de la siniestralidad producida por los accidentes cardíacos y vasculares, del cáncer o de procesos críticos que implicaban la introducción en los hospitales de modelos de organización y de tecnología sofisticada y compleja.<sup>8</sup>

Este nuevo modelo de organización suponía la movilización de capitales para la construcción de los dispositivos y el diseño de un modelo de atención distinto al tradicional presidido por la imagen del hospital organizado en torno a *staffs* complejos de médicos de plantilla contratados a dedicaciones completa y desconectadas de la red de asistencia primaria. El hospital en este nuevo modelo dejaba de ser el espacio de atención del pobre o del marginado, para convertirse en una institución cuyo significado residía en su eficacia con respecto a una serie de enfermedades agudas a las que se pretendía ofrecer una respuesta.

La política de la Seguridad Social supuso el que entre 1944 y 1976 el porcentaje de camas hospitalarias dependientes de la Administración pública (local, provincial o estatal) pasase del 69 % al 45,4 %, y que esta serie de instituciones mal articuladas entre ellas y con graves problemas de financiación se viese ante la alternativa de cerrar sus puertas al no poder sostenerlos, intentar reconvertirlos en hospitales modernos y tecnificados, o quedar relegados a la condición de hospicios de ancianos. En algunos hospitales estatales, como los pertenecientes a los Ejércitos, se procedió a una reconversión técnica a fin de destinarlos a cubrir las necesidades militares y de la mutualidad de las Fuerzas Armadas (ISFAS), pero en otros casos, hospitales provinciales o locales, el proceso ha resultado más com-

7. Un buen ejemplo de ello han sido los altibajos que ha sufrido la cobertura a toda la población por parte de la Seguridad Social a lo largo de los distintos borradores de la Ley de Reforma Sanitaria.

8. Sobre el tránsito del hospital de beneficencia al hospital de servicios puede verse, para Francia, Steudler (1973, 1974), y para USA, Perrow (1960). En España, De Miguel suministra algunas pistas (1979, 1984).

plejo al hallarse involucrados en los mismos intereses corporativos.

Hasta principios de los setenta, la condición de mutua privada de la Seguridad Social excluía de la misma la afectación de los hospitales propios a las necesidades de formación pregraduada. Se daba la paradoja, en los sesenta que los hospitales clínicos no daban abasto ante el número de pregraduados en Medicina, mientras la Seguridad Social disponía de los centros mejor equipados de su tiempo.

En tanto la asistencia hospitalaria no se movió de los límites de la atención quirúrgica o de los ciudades a crónicos o terminales que implicaban un recurso relativamente reducido a la tecnología, la economía de estos hospitales «de beneficencia» pudo mantenerse merced a los bajos sueldos del personal sanitario, a las prestaciones voluntarias de los médicos, a la sustitución de personal de enfermería por religiosos y a la contratación de peonaje de muy baja cualificación para los puestos menos importantes. Los hospitales de beneficencia podían ofrecer costes bajos de atención ya que el gasto farmacológico era mínimo, compensado por donaciones de laboratorios farmacéuticos, y porque el escaso peso de la tecnología de la época reducía costos: el papel relativamente secundario de las exploraciones complementarias permitía largos plazos de amortización de las inversiones. Asimismo existían aportaciones más o menos importantes a fondo perdido de organismos públicos como el Ministerio de Educación en los hospitales universitarios, de las Diputaciones y los Ayuntamientos, e incluso los laboratorios farmacéuticos podían financiar pequeñas inversiones en equipamiento.

Con las inversiones de la Seguridad Social en los sesenta, la mayor parte de estos hospitales se veían abocados a la desaparición, si no se integraban en el proceso de reconversión hospitalaria hacia el modelo de hospital-empresa de servicios. De no resolver el problema de su adecuación tecnológica y organizativa corrían el riesgo de quedar reducidos a medio plazo al papel de hospitales locales de bajo nivel con los efectos que ello podía producir en la estructura de formación y de prestigio de las corporaciones médicas que de ellos dependían.

Los más prestigiosos de estos centros iniciaron, en los años sesenta, políticas de reconversión partiendo de la idea que no sería operativo para la Seguridad Social el seguir construyendo *ad infinitum* hospitales propios, y que le sería más rentable

disponer de conciertos homologables que convirtiesen a esos hospitales en arrendatarios del déficit de plazas que presentaba la Seguridad Social.<sup>9</sup>

Alentar estas transformaciones podía ser una buena política para las autoridades locales: podía granjearles una imagen popular por cuanto estos centros solían estar arraigados entre las señas de identidad de la población, y permitían la progresión de los profesionales locales que solían controlar esas instituciones a través de dinastías de médicos. De ahí que centros como el Hospital General de Asturias, el *Hospital de Sant Pau* de Barcelona y en otros se asistió a una política destinada a situar el centro a caballo entre el concierto de la Seguridad Social y la posibilidad de competir en el mercado de camas privadas, quedando relegada la atención de beneficencia a unos límites tan reducidos que no pudiesen afectar su estructura económica.<sup>10</sup>

Tres de estas instituciones, el Hospital General de Asturias, el *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* en Barcelona y la Ciudad Sanitaria Provincial de Madrid que pueden englobarse en este grupo protagonizaron a finales de los sesenta y principios de los setenta transformaciones de este tipo. Los dos primeros fueron pioneros en el establecimiento de programas MIR y los tres mantenían vínculos o relaciones de dependencia orgánica con instituciones psiquiátricas. Significativamente, tres de las crisis más importantes del sector psiquiátrico se produjeron en ellos.

#### 5.1.2. La sospechosa asistencia psiquiátrica

Si en el tardofranquismo se exacerbó la imagen de un sector sanitario centrado sobre la noción de enfermedad y no en la de

9. Estos cambios han sido estudiados en España por Perinat (1975), García González (1979, 1979a) y Comelles (1979, 1980), entre otros.

10. Sobre este período puede consultarse González de Chaves (1980), que hace el balance completo del período; véanse Rendueles (1980) y Saez (1978). Hay dos tesis de doctorado sobre Oviedo (García González, 1980) y el Instituto Mental (Comelles, 1979) y una serie de publicaciones colectivas que se refieren al tema: Alvarez y cols. (1976); Saez (1978), García (1979), a los que habría que añadir los trabajos de González Duro (1975, 1978) sobre lo que pueden ser los antecedentes de la

salud, y en una imagen del hospital como centro de la atención de salud en detrimento de los niveles primarios de atención; en el caso de la asistencia psiquiátrica estas transformaciones o no tuvieron lugar y siguieron un curso distinto.

El Decreto de 1931 posibilitaba la existencia de servicios abiertos de Psiquiatría. Este desarrollo no se produjo más que en muy escasa medida por problemas financieros. La Seguridad Social no cubría la asistencia psiquiátrica y por tanto sería ingenuo pensar que espontáneamente atendiese a ese sector. Por otra parte, al estar el internamiento psiquiátrico confiado a las Diputaciones y disponer éstas de estructuras de internamiento ampliables a bajo costo resultaba absurdo desde un punto de vista económico abrir servicios en los hospitales generales que no serían remunerados por las Diputaciones al precio de los conciertos de camas de agudos, sino al precio de pensión diaria de subsistencia propio de los hospitales de crónicos. Únicamente las cátedras de Psiquiatría habían de tener un cierto interés por disponer de un mínimo de camas abiertas indispensables para asegurar la continuidad de las Escuelas Profesionales de Postgraduados y con las que operar en igualdad de condiciones con sus colegas de las clínicas médicas y las quirúrgicas. Por todo ello, entre los años cincuenta y los sesenta las cátedras que se dotaron crearon servicios de Psiquiatría abiertos según las previsiones de los Decretos de 1931.

Las circunstancias del momento, que suponían una cierta apertura ideológica y que suponían la participación de los psiquiatras españoles en los eventos profesionales del exterior, habían ido modificando los comportamientos y las *praxis*. En particular las nuevas tecnologías terapéuticas en Psiquiatría facilitaban el cultivo de *praxis* eclécticas no necesitadas a menudo de grandes discursos teóricos, y en algunos departamentos, algunos catedráticos optaban por políticas de *laissez faire* (dentro de ciertos límites) a sus colaboradores que contribuían a la introducción de técnicas más o menos nuevas, o el desarrollo de experiencias por lo menos novedosas: psicodrama, psicoterapia de grupo, etc.... Al tratarse de instituciones

crisis. Para los aspectos ideológicos son interesantes Valdés (1974), González de Chaves (1977, 1980) y García (1975, 1979), pero sobre todo la transcripción de un Coloquio realizado en Barcelona en 1973 (Cfr. Comelles, 1979, IV). Puede verse también la colección completa de la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*.

situadas, por regla general, en hospitales generales podían beneficiarse de los cambios organizativos y tecnológicos que se iban produciendo en ellos, y al tratarse de departamentos universitarios habían de sostener un esfuerzo formativo e investigador. Sin embargo, al cubrir una demanda de casos agudos o de corta estancia, estas instituciones tendían a moverse en un marco asistencial con perfiles de internados muy distintos a los de los manicomios. La cifra de estas camas ha sido evaluada en unas 1.500 a 2.000. Es muy posible que sea una cifra exagerada que representa sin embargo, un porcentaje mínimo frente a las 40.000 plazas censadas de los hospitales psiquiátricos cerrados.<sup>11</sup>

Frente a la dinámica creada por la rotación de enfermos en este tipo de instituciones, el conjunto de los manicomios alineados de edad avanzada con una muy baja rotación. Correspondían a los ingresos masivos productivos entre 1940 y 1955, los cuales si bien no habían saturado los centros por la elevada mortalidad de los mismos, sí suponían porcentajes muy elevados de enfermos con diez, veinte o más años de internamiento entre las cuales una gran proporción de enfermos neurológicos, alcohólicos, dementes u oligofrénicos.

La demanda de nuevos internamientos y el incremento en el control de los mismos por parte de las autoridades provinciales, perceptible desde mediados de los sesenta, motivó que algunas instituciones intentasen reformas puntuales de la asistencia, a partir de inversiones en equipamiento y hábitat y mediante la contratación de psiquiatras o de personal sanitario.

Hemos visto como estas actuaciones se inician en los años cincuenta, en parte a cargo del propio Estado a través del PANAP, en parte merced a las Diputaciones o a los empresarios privados. Hasta finales de los sesenta el número de demandas

11. No existe estadísticas sobre el número de camas en régimen abierto porque están computadas como camas hospitalarias generales. Las estimaciones de González Duro (1975) me parecen poco fiables: incluye servicios con más de cien camas, lo cual hace suponer más bien la existencia de zonas de hospitalización cerradas que un servicio de «agudos». González Duro tampoco establece el peso de las clínicas privadas de Psiquiatría, relativamente numerosas y cuyo comportamiento se aproxima mucho al de una unidad de agudos que al de un hospital de crónicos en régimen cerrado. Muñoz y Calvé (1983: 63) estiman su número en unas 1.500: un 8 % de la S.S., un 20 % en los Hospitales Clínicos y un 72 % en hospitales provinciales.

de admisión en hospitales cerrados era considerable y como consecuencia el peso de estos centros de enfermos técnicamente internados a perpetuidad, la rotación de plazas era baja.<sup>12</sup> La política de muchas instituciones consistente en convertir los pensionados de tercera clase en plazas a cargo de la Diputación no sólo gravaba el gasto corriente provincial, sino que contribuía a que los familiares de muchos enfermos descargasen sus responsabilidades con respecto a sus deudos en las administraciones provinciales.<sup>13</sup> Conducía a medio plazo a la saturación de las instituciones y a una baja rotación que ponía dificultades a nuevos internamientos.

Una segunda consecuencia era que la carencia de instituciones de asistencia psiquiátrica especializada: toxicomanías, asistencia a minusválidos psíquicos, demencias irreversibles, alcohólicos, etc.... provocaba el hacinamiento en los manicomios de colectivos de enfermos difícilmente recuperables, o que quedaban recluidos en instituciones inadecuadas para su tratamiento, y en ocasiones contraproducentes.<sup>14</sup> De ahí que se desarrollase durante los sesenta, pero sobre todo durante los setenta, un sector privado destinado a la atención de algunos procesos de este tipo, y desde 1975 a la aparición de experiencias semi-privadas, semi-públicas de centros de Salud Mental en barrios destinados a la orientación y la gestión de aquellos trastornos psiquiátricos de carácter más leve o gestionables fuera de la institución.

Una tercera consecuencia estaría asociada a un cambio en los procesos asistenciales de los trastornos identificados como psicopatológicos. El desarrollo del consumo sanitario derivado de la implantación de la Seguridad supuso cambios muy cuali-

12. Las estadísticas están en los anuarios del INE y muestran estancias medias que oscilan alrededor de los 180 días en los hospitales psiquiátricos (cinco o seis meses) e índices bajos de rotación lejos de las cifras de los hospitales generales (cfr. *De Miguel*, 1979; *Serigo Segarra*, 1975; *Ministerio de Sanidad*, 1979).

13. El análisis de las consecuencias económicas de esta política puede verse en *Comelles* (1980). Aun cuando el caso estudiado es el del *Institut Mental de la Santa Creu* de Barcelona, no hay razón para pensar que en otros centros no se manejasen procedimientos parecidos.

14. El anecdotario producido por los alcohólicos o por toxicómanos internados en instituciones cerradas llevaría varios tomos. En algunos hospitales psiquiátricos se llegó a impedir su ingreso para evitar la aparición inmediata de adaptaciones secundarias (*Comelles*, 1979).

tativos en relación a la demanda de atención sanitaria. Es perceptible un incremento de la atención en ambulatorios y consultas y una disminución de la asistencia domiciliaria. Es también perceptible un incremento importantísimo de los procesos considerados morbosos y que implicaban el recurso a los servicios sanitarios. Probablemente hayan sido los trastornos funcionales, psicofuncionales, los equivalentes depresivos y los síndromes neurótico-ansiosos algunas de las patologías que más demandas de atención han supuesto tanto en los grandes núcleos de población como en los pequeños. Sin embargo, al no existir una infraestructura de atención específica en la Seguridad Social, y al subsistir una imagen del trastorno psiquiátrico entre la población aun muy vinculada a la de la locura, un trastorno irreversible y susceptible de internamiento, esa demanda se canalizó sobre todo a través de los médicos generales y de los especialistas. Como, por añadidura, mucha de esa patología tiene una traducción somático-funcional, el recurso a esos especialistas estaba plenamente justificado, sin que el recurso al psiquiatra fuese ni siquiera considerado.<sup>15</sup> La presencia en el mercado de fármacos ansiolíticos e hipnóticos muy fáciles de manejar por los no especialistas permitió el que esos médicos pudiesen canalizar hacia ellos ese sector del mercado, disociando todavía más de los psiquiatras aquellos trastornos que se han venido a llamar «psiquiatría ligera».<sup>16</sup>

Los psiquiatras no respondieron a ese desafío más que en muy escasa medida por su posición marginal en la Seguridad Social y por la estructura profesional e ideológica que se había creado entre los cuarenta y los cincuenta. Esta excluía aquellas orientaciones asistenciales como la psicoanalítica, o la Psiquiatría social que eran las que, en los países europeos y en Norteamérica, habían favorecido el desarrollo de modelos de asistencia comunitarios a amplios sectores de la población.<sup>17</sup> En

15. En las placas de anuncio de muchas consultas privadas de Neurología, los especialistas añaden la expresión «enfermedades de los nervios». Obviamente, no se trata de un reclamo para enfermos «neurrológicos». Ello no es óbice para que el presunto «enfermo de los nervios» no salga de la consulta sin que se le haya practicado, y cobrado, el correspondiente EEG. El resultado de este último es obviamente negativo.

16. Para un análisis cuantitativo del mismo me remito a *Comas* (1985:97-117). Es especialmente significativo el grado de reconocimiento por parte de la población de muchos psicofármacos legales.

17. Como ejemplo puede invocarse lo que ha sucedido con la Psi-

España la imagen del psiquiatra seguía siendo la de una especie de charlatán, con muy escasa consideración científica por parte de los demás médicos, que utilizaba dudados procedimientos terapéuticos y que acababa contagiándose de la locura de sus propios pacientes.<sup>18</sup>

Esta imagen de la Psiquiatría como campo mal definido, dudosamente científico y aparentemente vinculado a procedimientos terapéuticos basados en «sedantes» o verborrea presuntamente terapéutica se proyecta hasta nuestros días, y no es por azar que a fines de los setenta uno de los expertos del Ministerio de Sanidad dijese lo que sigue:

«Tampoco hay que dejar de lado el hecho que la asistencia psiquiátrica quizá sea peligrosa, puesta en la Seguridad Social. Si hubiera psicólogos, y psiquiatras en la Seguridad Social no se podrían poner límites a los servicios que éstos prestaran. Habría que tender desde los problemas menores hasta los más graves, como los subnormales y los ancianos y tal vez acabaríamos hospitalizando a medio país, eso podría concluir resolviéndose contra la misma sociedad.» (Citado por GARCÍA GONZÁLEZ, 1980:405.)

cología. La Psicología científica que aparece en las Facultades de Letras a finales de los sesenta topó siempre con grandes reticencias por parte de los médicos que pretendían que su Psicología debía ser ejercida por y para médicos con las nefastas consecuencias que ello ha tenido para un buen desarrollo de la Psicología, de los psicólogos y para la propia asistencia psiquiátrica.

18. Sobre el monolitismo ideológico han escrito González Duro (1978, 1980), y González de Pablo (1987) sobre la rigidez del modelo germánico en que se inspiraba la Psiquiatría española. En sus textos se evidencian las relaciones de patronazgo entre la cúspide del *establishment* y la coadaptación en la previsión de plazas. Alude González Duro (1978: 305) a la ortodoxia doctrinal necesaria a los candidatos a oposiciones, así como al control de las editoriales por aquéllas, que de hecho no fue otro sino por la aparición de editores independientes o no ligados a ese *establishment*, a partir de 1965-1970. Es a través de éstos que se editó Freud en ediciones populares, o llegaron aquí los textos de los aptipsiquiatras.

E. González (1977:48) indica que se criticaron las posturas de la Psiquiatría española en el Congreso Mundial de Médicos, críticas de las que no hubo réplica. Puede probarse con facilidad la actitud «dura» de muchos profesionales ante los conflictos de los setenta.

### 5.1.3. La vocación de los psiquiatras

«El psiquiatra acaba la carrera sin la más ligera idea de su trabajo, pero con la certeza subjetiva de su misión.» (M. VALDÉS, 1974.)

En 1960, la proporción de psiquiatras en relación al número de médicos era del 1,9 % (De Miguel, 1976:148). Si atendemos a los 34.567 médicos censados en ese año, podemos deducir la existencia de unos 650 psiquiatras en todo el país. Entre Barcelona y Madrid, ejercían unos 275 (un 42,15 %) (De Miguel, 1976:145). En 1970 esta cifra había aumentado a unos 1.130 sobre 43.693 médicos, de los cuales 460 (40,60 %) se concentraban en ambas capitales. Al terminar el período, en 1976, había unos 1.650 entre 53.431 médicos de los cuales 672 ejercían en ambas capitales (40,60 % del total). Si el crecimiento entre 1960 y 1970 había sido del 173 %, entre el 70 y el 76 fue de un 145 %.

Estas cifras tienen el valor de una estimación sobre datos muy poco precisos y suponen que en 1960 existía un psiquiatra por cada 45.731 habitantes, que esta proporción se había convertido en uno por cada 30.800 habs. en 1970 y de uno por 21.730 en 1976.<sup>19</sup> Esta última cifra, que corresponde a una proporción de 4,60 por cien mil habitantes, puede compararse con las cifras de los países europeos, pero esconde una distribución enormemente desigual.

Las provincias de Madrid y Barcelona reunían casi un 25 % de la población, pero agrupaban al 40 % de los psiquiatras. De ahí que a pesar de las afirmaciones de González Duro (1975) el número de psiquiatras en el país seguía siendo muy bajo (cfr. De Miguel, 1976).

Ese crecimiento no puede atribuirse exclusivamente al efecto multiplicador engendrado por el desarrollo sanitario de los sesenta-setenta. Destaca De Miguel (1976), que sólo los pediatras

19. Según los datos recientes (Berzosa, 1984), la cifra de psiquiatras era de 2.093. Esta cifra no es del todo fiable, y es probablemente superior. Rubén Gualtero (1987) ha realizado un censo de psiquiatras en Cataluña en el cual registra más de seiscientos profesionales en 1986. En las estadísticas oficiales las cifras son muy poco fiables por cuanto no todos los psiquiatras tienen registrados sus títulos en los respectivos colegios. Con todo, las estimaciones que aquí presento pueden dar cierta idea del número y del crecimiento.



crecieron más y ello teniendo en cuenta que el tardofranquismo fue un período de espectacular crecimiento demográfico. No puede atribuirse tampoco al desarrollo del mercado de trabajo en asistencia psiquiátrica, porque como hemos visto ésta no había transformado sus estructuras técnicas ni asistenciales.<sup>20</sup> La explicación tiene que ver posiblemente con un momento histórico en el que no existía *numerus clausus* en las Universidades para el acceso a las formaciones médicas y en el que la formación psiquiátrica tenía un especial atractivo por razones extra-profesionales.

Este fenómeno se produce con notable amplitud durante este período y en muchos otros campos. Las necesidades de los cambios económicos, la hegemonía de los tecnócratas y el crecimiento de las facilidades de accesos a la universidad posibilitaban el desarrollo de nuevas disciplinas y de nuevas profesiones que pudiesen surtir de técnicos a los organismos públicos y a la demanda privada. De ahí que también en el campo de las ciencias sociales, y con diferencias según de qué disciplinas se tratase se produjese una expansión,<sup>21</sup> y en su docencia se sustituyese la hegemonía de la especulación pseudofilosófica por las corrientes empírico-positivistas o dialécticas.<sup>22</sup>

La Psiquiatría y la Psicología pueden incluirse a este grupo. Sin duda ninguna, la recuperación de Freud y del Psicoanálisis, posible por la redición en una colección económica de su obra a partir de 1967, acercó el discurso psicoanalítico a las aulas universitarias, al campo de la enseñanza y en gene-

20. Aunque se crearon plazas en ambulatorios, su número no supera las 350, lo cual, supuestos unos 35 millones de habitantes, supone un psiquiatra por 100.000 habitantes, cifra que habría de ser corregida teniendo en cuenta que un tercio aproximadamente de esas plazas están ocupadas por neurólogos. Sobre la situación de la Psiquiatría en los ambulatorios, véase Bravo y cols. (1979).

21. Razones parecidas han motivado el crecimiento del número de estudiantes de Psicología en estos últimos quince años, muy por encima de las posibilidades reales de trabajo.

22. Un buen ejemplo de cuanto decimos está en García (1979:547) cuando rememora su trayectoria como psiquiatra. Ramón García, a quien tuve como profesor de psicología médica en el curso 1967-1968 en la Facultad de Medicina de Barcelona era un excelente ejemplo de discurso distinto en el marasmo de una Facultad de Medicina que era entonces un modelo de corrupción, de bajo nivel de enseñanza (con las excepciones de rigor), y de educación masificada. Recuerdo y conservo apuntes de García en los que se hablaba de antropología cultural, de sociología y de psicoanálisis.

ral a un amplio espectro de intelectuales. A finales de un período histórico caracterizado por una religiosidad pacata, represora, atiborrada de tabúes y de culpabilizaciones y reforzada por una censura férrea sobre el sexo; la presencia de un autor que hablaba de sexo y de muchas otras cosas, representaba una fuente de curiosidad inagotable y un revulsivo. Pero también en la misma época, la explosión del mayo del 68 que pudo ser presenciada por no pocos compatriotas y que halló un eco considerable en los medios de comunicación social, aportó una serie de *ismos* antiautoritarios entre los cuales la corriente antipsiquiátrica, la cual, más allá de la liberación personal que proponía el psicoanálisis, añadía la liberación a escala colectiva que podía conectar de modo absolutamente eficaz con la ideología antifranquista.

Pero no fueron solo los *ismos*. Del mismo modo como durante la Transición crecería extraordinariamente el número de estudiantes de Historia Contemporánea que buscaban que les fuese explicado su pasado inmediato, el tardofranquismo llenó las asignaturas de Psicología y de Psiquiatría de estudiantes que buscaban instrumentos con los cuales ejercer la introspección.

La atracción de la Psiquiatría respondía a más razones. Desde mediados de los cincuenta, las posibilidades de comunicación internacional de los psiquiatras españoles se habían incrementado notablemente, las influencias anglosajonas habían desplazado a las influencias hegemónicas de la Psiquiatría alemana y ello contribuyó indudablemente a la presencia entre nosotros en mayor o menor medida de los conceptos y los criterios de la Psiquiatría Social.

Estas prácticas no modificaron la estructura de la Psiquiatría española como ha demostrado González Duro (1978), pero si ampliaron su espectro y contribuyeron a incrementar su atractivo entre los estudiantes y postgraduados. García (1979) ha señalado los límites de esas experiencias, pero con todo dentro del modelo hegemónico de medicina que se enseñaba en las facultades de Medicina, lo que decían los psiquiatras, aun en la hueca retórica de algunos de ellos, conectaba más con la realidad que la monótona descripción fuera de todo contexto que suponía la enseñanza en aquellos años.

Estos cambios, que no pueden separarse del clima ideológico de los movimientos estudiantiles que dio lugar a que apareciese durante y a finales de la década un perfil de mé-

dico y de psiquiatra postgraduado que Infante (1975:29) caracterizó así: médicos formados en la época de mayor efervescencia universitaria, decantados hacia la medicina hospitalaria y no implicados en la práctica privada, formados en la perspectiva de una profesionalización dentro de parámetros tecnológicos al margen del viejo esquema de beneficencia. Añadía (1975:17), como factores causales, los cambios científicos y tecnológicos, el descubrimiento del papel social de la sanidad, y el reflejo de ambos sobre la actividad y la conciencia de los trabajadores sanitarios.

La descripción del Infante no es la de un nuevo médico. De un modo mucho más minoritario este modelo ya se había iniciado en los años cincuenta a partir del momento en que los Acuerdos Hispano-americanos de 1953 habían abierto la posibilidad de enviar postgraduados en formación a los Estados Unidos. Respondía a la falta de técnicos autóctonos en un conjunto de nuevas disciplinas, pero era una más posibilidad de introducir en España nuevos conocimientos que eran normalmente compatibles con el establecimiento posterior de industrias privadas ofreciendo servicios sofisticados. Obviamente, los elegidos estuvieron muchas veces relacionados con la jerarquía académica, con lo que la ilegitimación de esos conocimientos quedó asegurada. En efecto, en las demandas de pacientes de cierto nivel económico podían incluirse técnicas y métodos sofisticados procedentes del exterior.<sup>23</sup>

La formación de nuevos psiquiatras a fines de los sesenta se hizo en buena manera de modo autodidacta y frente al modelo de formación vigente en las cátedras. Esta oposición al modelo hegemónico había de venir necesariamente de campos situados en el extremo opuesto al organicismo o a la fenomenología vacía de contenido del discurso oficial. Las fuentes van a ser esencialmente la Psiquiatría Social y los desarrollos en Psicología Clínica, las técnicas de modificación de conducta y la sexología, terrenos que habían asumido los modelos experimentales y la retórica científica con una base metodológica ho-

23. La mayor parte de las terapias sexológicas o conductistas se han desarrollado en la práctica privada. Han supuesto una diversificación considerable de la oferta psiquiátrica clínica y se han beneficiado de la entrada en el mercado de trabajo de los psicólogos.

mologable.<sup>24</sup> En cierta manera esta actitud suponía enlazar con el proyecto de Emili Mira de antes de la guerra y romper con el viejo organicismo kraepeliniano de raíces neurológicas que había presidido la Psiquiatría española desde los años diez. Y aunque posiblemente en el tardofranquismo fueron las distintas corrientes de la Psiquiatría Social las que jugaron el papel más evidente, el modelo de *praxis* que se estaba implantando recuperaba en mayor o menor medida la posición de la Psiquiatría como una disciplina no estrictamente médica, sino articulada también con las ciencias sociales.

Entiendo que este punto es decisivo para explicar el tipo de ligazón que se establece en esta época entre los psiquiatras y los movimientos intelectuales y profesionales antifranquistas. Desde muchos puntos de vista los jóvenes psiquiatras añadían al discurso estrictamente profesional de los médicos (por ejemplo en relación con la problemática laboral del conflicto MIR), una dimensión intelectual que les acercaba a otros derroteros. Y como veremos más adelante, la ideología manejada por los psiquiatras *progres* de entonces se situaba más cerca del discurso de los científicos sociales, o de los médicos que se proponían la transformación del aparato sanitario en la perspectiva de la Salud Pública, que de las reivindicaciones profesionales y corporativistas de sus colegas.

#### 5.1.4. La transformación del mercado de trabajo

El crecimiento espectacular del número de psiquiatras modificó muy sustancialmente el mercado de trabajo. Hasta mediados de los sesenta, las salidas profesionales giraban entorno a la práctica privada y al trabajo institucional, éste voluntario y mal remunerado o ejercido en ambulatorios de la Seguridad Social. La formación de los psiquiatras se efectuaba en escuelas de postgraduados o mediante la colaboración durante dos años en un servicio hospitalario. La aparición de una muy reducida oferta de plazas MIR en Psiquiatría entre 1965 y 1975, apenas una docena por año en todo el país, y de algu-

24. Véase a este respecto, para el contexto general de estos cambios, Castel (1981). En el caso de España, véase, por ejemplo, Comelles (1986).



nos incrementos de plantilla por parte de los psiquiátricos que se renovaban, hizo perder peso a las Escuelas y provocó un desplazamiento de la formación hacia éstos que comportaban un desplazamiento de la formación hacia una expectativa de trabajo a plena dedicación en el medio hospitalario. De un modo incipiente se apuntaba a una posible carrera hospitalaria psiquiátrica parecida a la que estaba gestando en la medicina a raíz de la transformación de los hospitales generales.

Los escasos psiquiatras que fueron contratados como médicos residentes o de guardia en los manicomios, lo fueron en las mismas condiciones que sus colegas médicos y se enfrentaron a una problemática laboral común, pero con problemas asistenciales diametralmente opuestos,<sup>25</sup> ya que predominaban en los manicomios los problemas sociales de los enfermos y de equipamiento sobre los problemas estrictamente clínicos. Eran consecuencia de la descapitalización de los manicomios que se habían convertido en hospitales de marginados y habían perdido, muchos años atrás, cualquier componente terapéutica que hubiesen podido tener. Estas instituciones no podían efectuar ningún esfuerzo en relación con la formación, ya que sus condiciones eran deplorables. En algunas cosas cabía la posibilidad de tropezar con experiencias innovadoras como la de Oviedo, pero lo habitual era la práctica de una Psiquiatría de choque como correspondía a centros que habían de cubrir todas las necesidades de áreas dilatadas.

Las únicas instituciones que disponían de algunas ventajas eran los servicios de Psiquiatría en los hospitales generales en los que existía movilidad de enfermos, la posibilidad de implantar esquemas abiertos de asistencia y la de iniciar experiencias en campos como el alcoholismo y las toxicomanías, las terapias comportamentales, la sexología. La ausencia de enfermos crónicos y su condición de servicios abiertos, les alejaban de los problemas de los manicomios.

25. La escasez de plazas de residente psiquiátrico durante el período reformista era constante. En los mejores momentos no pasaban de una veintena en Barcelona, contando todos los cursos. En los concursos anuales se convocaban de dos a cinco por año para toda Cataluña. García González (1980) indica que en 1979 hubo únicamente 29 nuevas plazas de residente en Psiquiatría. En la actualidad, no pasan de 30-40 el número de plazas de psiquiatría convocadas anualmente. Sobre los MIR, ver Borasteros (1975).

El problema de la formación se agudizaba por otras razones. La principal era que la Psiquiatría de los sesenta ya no era la de antes; se habían producido cambios tecnológicos aún no del todo asimilados, sobre todo en psicofarmacología y se había roto el monolitismo teórico de la postguerra. Como tendremos ocasión de comentar más adelante, los cambios ideológicos tendían a aproximar enfermos y psiquiatras, frente al modelo tradicional que les distanciaba. Esta aproximación no estaba exenta de riesgos. Había en ella un aumento notable de la ansiedad de los profesionales y crisis de adaptación en los viejos manicomios en los que el médico solía tener una dedicación a tiempo parcial y no bajaba a la arena más que de un modo muy ritualizado. En la nueva situación, el personal médico estaba en la arena durante su jornada de trabajo sin que hubiese recibido una formación para manejar los problemas que se producían.

No hay que olvidar que esos profesionales se estaban formando en una Universidad muy conflictiva en la que el hacinamiento empezaba a ser la norma, en la que las formaciones básicas estaban muy masificadas y eran de pésima calidad y en la que las prácticas en las carreras técnicas no iban más allá de una entelequía. Todo ello agravado por la conflictividad permanente hecha de alternancias entre períodos de huelgas y de cierre rectoral en una universidad en la que los planes de estudio eran obsoletos y en el caso de Medicina mantenían la Psicología y la Psiquiatría como disciplinas marginales.

La mayor parte de los psiquiatras carecía de filiación política concreta. La mayoría profesaba un antifranquismo sociológico, y algunos militaron en organizaciones clandestinas políticas o sindicales. Con el tiempo, la postura de muchos evolucionó como consecuencia de su participación en la larga serie de conflictos laborales y políticos que tuvieron lugar en los manicomios.<sup>26</sup>

26. Respecto al tardofranquismo, sería interesante contrastar la combinación ideológica, el cóctel que se hacía entre posturas marxistas y psicoanálisis, por ejemplo, o la influencia de los propios psiquiatras. Aunque haré amplia referencia de ello, véase sobre todo García (1979) y González de Chaves (1980). Al menos en una primera influencia de las directrices de los partidos de la oposición no estuvieron muy presentes en el movimiento psiquiátrico. Véase García (1979) y Comelles (1979).

## 5.2. CRISIS MANICOMIAL

*«demeure d'ou partirent et ou revinrent se briser, comme des vagues sur un rocher désert, nos aventures» (ALAIN-FOURNIER, Le grand Meaulnes).*

La serie de cambios inducidos por la nueva estructura de la Psiquiatría puso en evidencia la disociación a la que hemos aludido en diversas ocasiones a lo largo de estas páginas entre la superestructura oficial y el país real. El modelo de organización implantado en los años cuarenta y sus bases ideológicas estaban en crisis, pero la incapacidad del Estado dentro de este sector, tanto en la vertiente asistencial como en la formación de profesionales provocó tales contradicciones que éstas únicamente podían resolverse de manera conflictiva. No es de extrañar que entre 1968 y 1976 la Psiquiatría española viviese en una permanente convulsión, en torno a conflictos sociolaborales en los manicomios.

Este período tuvo cuatro consecuencias fundamentales para el futuro de la asistencia psiquiátrica: indujo algunas mejoras más o menos sustanciales en muchos sectores de la asistencia motivó un cierto cambio en la actitud de amplios sectores de la población en relación con la problemática de la asistencia psiquiátrica, contribuyó a engendrar una nueva generación de profesionales independientemente del modelo de formación vigente desde 1940 y preparó el camino hacia un nuevo modelo de organización y de *praxis* profesional. Desde la perspectiva del científico social, esta serie de conflictos tienen valor por su contribución a las luchas y a la construcción de las ideologías del antifranquismo, y aunque su repercusión social fue muy reducida su análisis revela ahora perfiles atractivos en relación al significado que adquirieron en ese contexto el manicomio, el psiquiatra y la locura.

No voy a efectuar aquí un análisis pormenorizado de estos conflictos. Voy a limitarme a establecer sus antecedentes, en parte ya enunciados, y a analizar posteriormente el marco teórico en el que se produjeron.<sup>27</sup>

27. Sobre los conflictos existe una extensa bibliografía que se halla en González de Chaves y otros (1980) y Comelles (1979). Existen sendas cronologías en Infante y cols. (1975) y Sáez (1978). Sobre Conxo, véase Alot (1976) y E. González (1977) y García González (1980a). Sobre el

### 5.2.1. ¡Abajo las caenas!

Hay que distinguir tres tipos distintos de conflictos: Unos mayores por su importancia cuantitativa y cualitativa y por el eco que tuvieron en forma de solidaridades, movilizaciones o presencia en la prensa: Oviedo que fue el primero y paradigmático y que ha dado lugar a un grupo de profesionales que posteriormente ha tenido una importancia clave durante la Transición; El *Instituto Mental*, posiblemente el más confuso y complejo; Conxo en el que se manifestó con más fuerza del componente nacionalista, y finalmente las *Clinicas del Hospital Provincial de Madrid*.

El segundo grupo tiene un carácter menos espectacular, ya que surgen y aprovechan el eco de los anteriores que les sirven casi siempre de detonadores: dos ejemplos podrían ser Salt y Alcohete entre otros. Finalmente, un tercer tipo de conflictos tiene poca repercusión fuera de sus ámbito naturales, y forman parte ya de la Transición. Nacen de las diferencias que se producen entre los profesionales en relación con la implantación de experiencias de renovación en distintos centros (cfr. García González, 1980).

La división en dos etapas no es un artificio. La primera, entre 1970 y 1975, que corresponde al tardofranquismo, es un período de progresiva radicalización, cuyo acmé se alcanza entre 1973 y 1975; la segunda es una fase de regresión en la que va adquiriendo hegemonía el reformismo de cariz tecnocrático y posibilista.

La mayoría de conflictos se iniciaron como protesta contra las condiciones físico-asistenciales de los manicomios más antiguos. En los más nuevos eran consecuencia de las ampliaciones del personal, de la renovación de la asistencia, o simplemente de conflictos de tipo laboral, o encuadrables en situaciones los médicos, en torno de la estabilidad en el puesto de trabajo,

Mental, Comelles (1978, 1979, 1980, 1980a, 186). Sobre Oviedo, García González (1979, 1979a, 1980). La génesis de los conflictos ha dado lugar a varias revisiones. Una de alcance (Sáez, 1978), otra con intención algo más crítica (Comelles, 1979, I) y una tercera muy completa preparada por García González (1980), que trataré de ampliar desde una perspectiva menos centrada en el aspecto técnico de la reforma. En González de Chaves (1980) hay un dossier con una descripción bastante exhaustiva de casi todos ellos. En este capítulo incluyo materiales diversos de artículos así como materiales procedentes de mi tesis sobre el Mental (1979).

del control de las instituciones y de la lucha ideológica. Esta última como tiene la oposición a las estructuras asistenciales obsoletas de los centros o como una toma de articular la lucha frente del régimen. Si en el primer caso, el de la estabilidad laboral, el movimiento psiquiátrico siguió más o menos de cerca al movimiento MIR de todo el estado, es en los dos aspectos últimos en los que se labró su caractere específico.

Las reformas que se realizaron en las instituciones, dejando de lado las obras de mejora del entorno físico, se referían a tres tipos de acciones fundamentales: a) acciones «antirrepresivas» que trataban de reducir al mínimo las barreras físicas o administrativas (pases de salida, abolición de los procedimientos mecánicos de contención: camisas de fuerza, grilletes, etc...), reducción sistemática del uso del *electroshock* cuando no su abolición, y b) establecimiento de dispositivos que tendían a romper la barrera entre enfermos y personal dentro de las instituciones: reuniones de sección, laborterapia, actividades lúdicas, salidas colectivas, clubs de relación, junto a un sinfín de medidas menores, y c) se produce un aumento en la dedicación a los enfermos, de tal manera que se asegura una presencia puramente del *staff* en las salas, y no de modo irregular como antes.

Estas medidas, muchas veces modestas, atentaban contra privilegios y situaciones consolidadas durante el periodo custodial: los trabajos forzados, las relaciones patrón-cliente entre médicos y enfermos, médicos y subalternos, y entre éstos y las congregaciones religiosas y los enfermos. Suponían a la vez un aumento coyuntural de los conflictos en los pabellones como consecuencia de la libre circulación de enfermos con las crisis de ansiedad del personal médico y no médico que pueden suponerse, y muy escasos conflictos en la calle provocados por enfermos que salían por primera vez tras muchos años de manicomio. Estas tensiones enajenaron para la reforma a buena parte de los subalternos que no estaban dispuestos a ceder su poder intersticial, a la mayoría de la jerarquía médica que veía con horror el atentado que las reformas suponían al poder absoluto de las direcciones médicas, y a los administradores que veían como las cuentas de gastos aumentaban irremediablemente y que estaban molestos por el apoyo ocasional de los movimientos cívicos.<sup>28</sup>

28. El apoyo de los movimientos ciudadanos se inició hacia 1974

El desarrollo de las crisis era bastante parecido en todas partes. Se iniciaban por medio de asambleas, convocadas por los más concienciados, para tratar de las condiciones de asistencia, o para recabar la solidaridad con algún centro que se hallase en conflicto. Se trataba de asambleas abiertas a todo el mundo, pero en las que, con la excepción del Instituto Mental, la voz cantante la llevaban los médicos. Las asambleas tenían tres finalidades: solidaridad con otros, discusiones de tipo sindical, o el carácter de asambleas constituyentes para reorganizar las instituciones.<sup>29</sup> Los tres no tenan por qué coincidir, ya que las primeras solían referirse al movimiento MIR, las segundas a la coordinación con el sector sanitario, y las terceras a las acciones de reforma. Salvo en las segundas, los médicos dominaban largamente los debates, y el problema que se planteaba era el de establecer cuáles eran las prioridades: si la acción sindical y después la reforma de la psiquiatría, o viceversa. La consecuencia era que, en este segundo caso, que parece ser fue el predominante, el foso entre personal médico y no médico creía día a día, lo que se traducía en una mayor debilidad del movimiento, que solía ser acosado por los administradores y las autoridades. (Cfr. *Comelles*, 1986).

El balance de los conflictos nos muestra una cierta desproporción entre las esperanzas que se depositaron en ellas y la realidad. Las razones pueden resumirse como sigue:

1. Las instituciones en conflicto eran escasas y dispersas en el espacio y el tiempo. En todos los casos se trata de movimientos cuantitativamente muy minoritarios.
2. En los conflictos se tendía a presentar la problemática psiquiátrica como independiente de la medicina; con lo cual

pero tuvo mayor trascendencia durante los primeros años de la Transición. Influyó en el desarrollo de instituciones descentralizadas de Psiquiatría y Psicología comunitaria que serían recuperados a partir de 1979-1980 por las Diputaciones y los ayuntamientos democráticos.

En el Instituto Mental se daban unas circunstancias particulares: había entrado mucho personal nuevo, que había sido reclutado en medio de izquierdas o entre estudiantes universitarios. Por ello la asistencia a las asambleas eran masivas (80-100 personas) y los médicos estaban en franca minoría (cfr. *Comelles*, 1979, II; 1980, 1986).

29. Es el caso del Mental. El personal nuevo entró casi con la condición de participar en la organización de un conflicto en la institución (*Comelles*, 1979, II).

se va aislando de la lucha sanitaria en general, e incluso de los conflictos MIR. Las posturas «antipsiquiátricas» provocan en algunos hospitales divisiones internas muy graves.

3. El movimiento estaba en la mayor parte de casos en manos de médicos, auxiliados por fracciones minoritarias de no médicos; ATS, psicólogos, asistentes sociales, algunos educadores y los muy escasos cuidadores jóvenes. Aún así, éstos no pasaban de ser unos meros comparsas, por cuanto las decisiones se tomaban a otro nivel (González de Chaves, 1978:101; Castillón y cols., 1978; Comelles, 1979:11). La distancia entre ellos y el subproletariado que componía el personal sanitario y las mujeres de limpieza era enorme e insalvable (Comelles, 1986).

4. El movimiento reformador no pudo contar, como en Italia, con el apoyo más o menos explícito de las autoridades locales de izquierda más que a partir de 1977-1979. Los reformadores hubieron de esquivar el boicot de las autoridades hospitalarias y de los subalternos que ven en las reformas un atentado a los escasos privilegios de que disponen. La propia debilidad del sector se pone de manifiesto por el desinterés de las autoridades franquistas por cercenar el movimiento, a diferencia de lo que sucedía con el movimiento obrero o con los estudiantes.<sup>30</sup>

5. La falta de concreción ideológica y de criterios de acción comunes era el lastre fundamental del movimiento, por cuanto este incluía desde militantes de partidos de izquierdas a liberales, miembros de la *gauche divine*, o personajes anarquizantes, entre los cuales se definían tres posturas: una fracción que pretendía simplemente un remozamiento de tipo tecnocrático; una que no quería caer en este reformismo, sino que se planteaba la asistencia psiquiátrica como algo que debía de estar conectado con el entorno social y formar parte de un proyecto asistencial organizado; y una tercera que propugnaba el que locos y marginados eran las vanguardias obreras auténticas, una vez que la clase obrera tradicional había perdido su ardor revolucionario en manos de la sociedad de consumo. Esta coexistencia solía terminar con la purga de los más radicales. A menudo permanecían en el centro los psiquiatras que se

30. Prueba de ello fue la escasa intervención de la fuerza pública si se compara con lo que sucedía en esos mismos días en la Universidad o en las fábricas.

alineaban con posturas más «profesionales», y que solían beneficiarse de las mejoras en el equipamiento producidas en torno de las reivindicaciones.

6. En Cataluña hubo huelgas en solidaridad, despidos injustificados y cierto número de tensiones, pero sólo Salt y el *Mental* protagonizaron conflictos de larga duración que repercutieron fuera del Principado. La razón de esta baja conflictividad en una zona donde el sector sanitario está controlado por un movimiento sindical importante, hay que entenderlo a partir de una serie de acciones de renovación que ya habían ido realizándose en los distintos centros, y que habían ido ajustándolos, sino a unas condiciones óptimas de asistencia, si por lo menos a unos mínimos aceptables. Prueba de ello es que en el balance de centros públicos que realizó Rendueles (1980), todas las instituciones catalanas aparecen clasificadas como centros en curso de transformaciones coherentes (*St. Boi mujeres*, *Clinica Mental*, *Salt* y el *Pere Mata*) como centros actualizados (Martorell), o como centros especiales (Instituto Municipal de Psiquiatría).

Estas acciones corresponden a la aparición de una reflexión colectiva por parte de los profesionales de la sanidad de muy diversa procedencia política y que se planteaban desde finales de los sesenta un replanteamiento de la Sanidad Catalana. Es por ello que la transformación de la Psiquiatría catalana se ha producido con mucha mayor gradualidad y salvo en los casos aludidos con una conflictividad mínima.<sup>31</sup>

### 5.2.2. La confusión de los psiquiatras

Los conflictos engendraron un debate teórico entre las distintas tendencias que era indispensable para justificar las prácticas que se pretendían modificar. No es mi intención efectuar aquí un análisis a fondo de la ideología de esos intentos de reforma ya que resulta imposible hacerlo sin contextualizar

31. Sobre el desarrollo de ese movimiento, véase De Miguel (1979). Indudablemente, el desarrollo histórico de la Psiquiatría en Cataluña y el nivel de equipamiento posibilitaron su más fácil ajuste. Puede pensarse también que las cotas de apertura ideológica en Cataluña en esos años habían sido mayores.

esas ideas en el período histórico en que se producían, sino sólo señalar algunos de sus fundamentos básicos.<sup>32</sup>

Los postulados ideológicos fundamentales del reformismo psiquiátrico de los primeros setenta, eran tres: reintroducir en la asistencia psiquiátrica española la preeminencia del pensamiento social, restituir el enfermo a la sociedad para romper el aislamiento a que había sido sometido por la ideología clasificatoria del tratamiento moral decimonónico, y finalmente, volver a diferenciar la asistencia médica de la asistencia psiquiátrica. En este período se trata de un pensamiento muy centrado en la noción de *institución* y en la justificación de la necesidad de severos cambios en el manicomio. Sus fuentes principales de inspiración hay que buscarlas en el movimiento de la psicoterapia institucional francesa que ya desde mediados de los sesenta tuvo cierta influencia en algunos psiquiatras catalanes, en los desarrollos de la Psiquiatría administrativa británica y del movimiento de la comunidad terapéutica. Entre los psiquiatras de izquierda hubo manifestas influencias de Basaglia y referencias a la antipsiquiatría británica. Todo ello aderezado con influencias más difusas derivadas de la lectura de Goffman,<sup>33</sup> a partir de las cuales se enlazaba con el discurso sociológico subyacente en los reformistas del siglo XIX, superar la concepción clasificatoria estática del trastorno mental y recuperar la noción del hospital como asilo y pieza fundamental del dispositivo psiquiátrico.

32. No existe todavía un análisis de la ideología ni de las bases teóricas del movimiento. Sin embargo puede dar idea del mismo una serie de publicaciones: Bugallo y otros (1978), Alot y otros (1977), González de Chaves (1978), García (1979), González de Chaves y otros (1980), González Duro (1987). Posiblemente el autor más influyente fue Basaglia, que se solidarizó con algunos de los colectivos en lucha (cfr. García, 1979). Las peregrinaciones a Gorizia o a La Borde constituyeron ritos de paso para muchos.

33. El texto más representativo de esta actitud es el de Ramón García (1979) titulado precisamente *¡Abajo la autoridad!* Sin embargo hay que advertir que el posicionamiento ácrata que en él se hace es probablemente una consecuencia de influencias de los primeros años de la Transición. En 1970-1973, apenas se apuntaban tendencias en esta línea, aunque es cierto que buena parte del movimiento situacionista entre los estudiantes de la Universidad de Barcelona se hacía bajo esta bandera (cfr. Colomer, 1978). En el conflicto del Instituto Mental confluyeron a trabajar como cuidadores estudiantes vinculados a esos movimientos (Comelles, 1979).

Este doble movimiento correspondía a la crisis de las instituciones psiquiátricas, y era similar al que se había producido en Europa o en los Estados Unidos desde el fin de la Segunda Guerra Mundial. Si en la Francia de postguerra, romper las cadenas de los manicomios había sido la consecuencia de la toma de conciencia del personal del manicomio que había conocido los campos de exterminio y de concentración; en España romper las cadenas de los locos era la consecuencia de comprobar metafóricamente que las cadenas simbólicas con las que el personal ataba eran muy parecidas a las que les ataban a ellos mismos. Enfrentarse a quienes propugnaban el mantenimiento de esas cadenas en las instituciones, era como enfrentarse a los sicarios del régimen o al propio régimen. De ahí que, por el mismo mecanismo, la oposición de los psiquiatras debía hacerse negando lo que el régimen afirmaba, y aceptando a lo que no podía aceptar, entre otras cosas, las teorías asistenciales derivadas de las ciencias sociales, a pesar de que el pansociologismo de que se hizo gala en algunos momentos condujese a posiciones utópicas o incluso a planteamientos milenaristas.

Un segundo postulado puede ser formulado como la restitución del individuo a la sociedad, convirtiéndolo en un ciudadano de pleno derecho. Se trata de reconocer el abandono del loco, su aislamiento y su marginación durante años. De constatar que ese abandono era irreversible, en muchos casos, de tal modo que la única solución era fabricarle al loco una vida como la del exterior. Se trataba de que, en el espacio del loco, en el manicomio, se construyese una sociedad perfecta, democrática, horizontal, regulada mediante los procedimientos de la democracia directa, y protegida de la represión exterior por las propias defensas que la sociedad había construido para segregar al loco, y que en esta ocasión servían para ocultar su liberación.<sup>34</sup>

34. Pueden reconocerse en esas actitudes la tendencia sistemática en muchos sectores de la sociedad española por intentar ocupar, mediante la democratización de procesos de toma de decisiones, nuevos espacios de libertad. Obviamente, y en términos goffmanianos, esos procesos funcionaban como adaptaciones secundarias. Resulta fascinante percibir cómo a esas adaptaciones del personal los enfermos reaccionaban engendrando las suyas propias en los espacios que el personal abandonada (cfr. Comelles, 1979).



En cualquier otro contexto político este pluralismo hubiese podido ser enriquecedor. En la España franquista era muy difícil que lo fuese, porque la regla del juego en muchas actividades tendía a estar presidida por una oposición del tipo *Franco/Nosotros*, en la que las posiciones más radicales tendían a desbordar por la izquierda a las que lo eran menos, de tal modo que éstas podían acabar siendo identificadas con el franquismo o con la reacción. La consecuencia eran luchas para evitar ese desplazamiento y tensiones constantes en todos los movimientos (cfr. *Colomer*, 1978; *Maravall*, 1978; *Comelles*, 1979, II).

En ese contexto el radicalismo situacionista de la antipsiquiatría era muy bien recibido, porque sus planteamientos expresaban, en clave simbólica, las aspiraciones de liberación de la cárcel-manicomio que era el Estado franquista. La presencia de un aparato de poder autoritario y discriminatorio como el Régimen de Franco, desajustado con respecto al proceso de desarrollo económico, provocaba las mismas tensiones que el poder autocrático de los directores de los hospitales en unas instituciones muy degradadas económicamente, en las que uno de los temas más cuestionados era precisamente el mecanismo de acceso al poder (cfr. *Rivas*, 1977:29).

Los reformistas de los años setenta hallaron en el espacio del manicomio una especie de falansterio en el que tenían la posibilidad de vivir, durante algunos meses, a veces tan sólo unas semanas, el sueño de la libertad. No advertían o no querían advertir que no se trataba de la libertad del loco lo que estaba en juego, sino la suya propia. No eran los *otros* quienes decidían en pie de igualdad, sino ellos mismos que imponían sus puntos de vista ilustrados. Liberación posible, solamente si el espacio del loco seguía siéndolo, si el manicomio mantenía su condición de entidad clasificatoria bien delimitada. Los reformistas radicales entendieron muy bien que eso no era posible más que si se mantenía a la institución alejada de las reformas tecnocráticas que querían alinearla con los hospitales generales. Pero al mismo tiempo, no querían aceptar que en un contexto político como en el que vivían, la única posibilidad de vivir la experiencia de la libertad era mantenerse alejados de la corporación médica, la única que podía defenderles de las agresiones, la única garantía de su continuidad profesional. Desgarrados en estas contradicciones los reformistas celebra-

ron en esos años una fascinante, increíble, ceremonia de la confusión.<sup>35</sup>

El tardofranquismo había representado un cambio sustancial en la táctica de las organizaciones y de los grupos antifranquistas. Hasta mediados de los sesenta éstos estaban organizados en movimientos políticos estructurados a partir de células, pero a finales de la década, la fragilidad de esas estructuras ante la represión orientó a las organizaciones hacia un modelo de organización distinto, mucho más informal y mucho más abierto, cuyo ejemplo más claro fue el empleo sistemático de la táctica asamblearia.<sup>36</sup> Ésta posibilitaba coliciones puntuales (*action-sets*) y movilizaciones que podían hostigar al régimen y que se disolvían una vez tomadas las decisiones. Eran mucho menos sensibles a la personalización, resultaba más difícil su represión y permitía el que se mezclase un espectro mucho más amplio de personas que con el viejo modelo del compromiso de partido. Al mismo tiempo esta táctica permitía el desarrollo y la ampliación de los ámbitos de lucha, al margen de los dos arenas clásicas, la fábrica y la Universidad, en especial en los colectivos de profesionales y en los movimientos cívicos. En otro lugar he explorado el desarrollo de esa táctica en las instituciones psiquiátricas y su traducción (*Comelles*, 1986). Se trata de un modelo de adscripción muy complejo, centrado esencialmente en estructuras de relación reticulares y muy informales, en las que las coaliciones pueden obedecer a múltiples circunstancias.<sup>37</sup>

35. Las contradicciones, como veremos más adelante, eran enormes porque los psiquiatras habían de enarbolar su condición de médicos al mismo tiempo que se veían obligados a ceder sus prerrogativas como tales en el nuevo modelo de relaciones horizontales que se establecían con los demás trabajadores de los manicomios (cfr. *Comelles*, 1979, 1986).

36. El mejor empleo de ello es el tránsito del movimiento universitario desde una estructura sindical clásica como el SDEUB, o el SDEUM, a la táctica asamblearia (cfr. *Colomer*, 1978; *Maravall*, 1978). Es probable que ese tránsito hubiese influido el impacto del mayo francés, y un cambio de actitud en la dirección del PSUC/PCE dirigido a buscar un pacto amplio entre fuerzas políticas democráticas.

37. Me remito al análisis de las redes de relaciones y a la génesis de facciones que he estudiado en el conflicto del Instituto Mental (1979). En ellas se pone de manifiesto el papel fundamental que podía jugar la relación informal: de amistad, de intercambio sexual o de afinidad, en la delimitación de la adscripción a uno u otro grupo, y su influencia en el comportamiento. Véase también *Comelles* (1986).

En Cataluña, que esto era más perceptible, porque el Principado había conservado durante el franquismo una red muy densa de organizaciones cívicas de adscripción voluntaria y una larga tradición de formas de encuadramiento (*boy-scouts*, etcétera...). En torno a esas instituciones giraban *clusters* de relaciones sociales que podían actuar como instrumentos de movilización, y de formación de opinión.<sup>38</sup> Contribuyeron a crear un perfil determinado de personaje del tardofranquismo y de la transición, incluso un estilo de vida.

Al estar centrados estos movimientos en un encuadramiento basado en las relaciones informales (amistad, identificación personal, sexo, convivencia, etc...) estas coaliciones tendían a dar *clusters* que incluían formas de relación más estructuradas, más estables y sobre todo mucho más densas en las que las relaciones inicialmente multiformes engendraban nuevos sistemas de lazos compuestos por distintos tipos simultáneos de relación, por ejemplo: intercambio sexual, convivencia en grupos, intercambio de hierba, etc...). Estas relaciones se acentuaban en aquellas circunstancias en las que el *cluster* estaba más aislado y tendía a reforzar sus lazos internos.

No pretendo aquí exporar a fondo esto, sino sólo sugerir su existencia para destacar cómo las características de ese modelo de movilización era percibido por sus actores como la recuperación de modelos de relación espacio-temporal que tendían a reproducir la estampa de la fraternidad-comunidad, igualitaria y solidaria tan vinculada a las grandes utopías revolucionarias de los dos últimos siglos. Ahora bien, ese modelo de conducta generaba un estilo de vida, que he caracterizado con la palabra *kumbayá* y que al margen de una serie de conductas características se traducían en una serie de signos externos diferenciadores, de vestido, de lenguaje, de actitud ante el sexo, de uso generalizado del tuteo y en el desarrollo de modelos de ocio colectivo «participativo» que no implicaban ya una actitud de recepción pasiva o individual.<sup>39</sup>

38. El concepto de *cluster* es utilizado como equivalente a un grupo que sostiene una elevada densidad de relaciones entre sus miembros, pero que no llegaba a constituir una *clique*, es decir un conjunto en el que todos los sujetos están relacionados directamente con todos los otros. Sobre el manejo de esos conceptos, véase Comelles (1979).

39. La expresión «*kumbayá*», que remite a una canción característica del movimiento *scout* en Cataluña va siendo utilizada, desde diversos lugares para caracterizar un perfil de individuo dentro de los

En los colectivos de profesionales jóvenes ese tipo de conducta era frecuente. En el caso de los psiquiatras fue muy característico del período de los conflictos manicomiales y se asoció a la introducción en ellos de una retórica antiautoritaria que se reclamaba de la comunidad terapéutica, a la antipsiquiatría, o a la psicoterapia institucional francesa. Si esta última pesó menos se debió esencialmente a su vinculación con el pensamiento psicoanalítico, terreno complejo que exigía una larga formación. En cambio, el concepto de «comunidad terapéutica» compuesto por dos términos fácilmente asequibles con un nivel medio-bajo de información era mucho más manejable.<sup>40</sup>

Un psiquiatra joven de la Clínica Psiquiátrica universitaria de Barcelona, Manuel Caldés, analizó las opciones ideológicas que se apreciaban en la Psiquiatría española en esa época. Su libro se titulaba *La confusión de los psiquiatras* (1974), y a pesar de que fue lanzado por una pequeña editorial especializada en libros médicos tuvo una notable difusión. Valdés publicó su libro cuando los conflictos psiquiátricos habían superado su primera fase, y arreciaba con particular virulencia la polémica ideológica, puesto que tirios y troyanos se acusaban respectivamente del fracaso de las acciones. Escribía, también, en un momento en que la Psiquiatría estaba de moda y los libros de Freud o de los antipsiquiatras eran pequeños *best-seller*. Lo hacía también desde la distancia que suponía trabajar fuera de un manicomio clásico, sin estar directamente implicado en las experiencias traumatizantes de esos centros. Médico del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona, se movía en un medio ecléctico en el cual coexistían psiquiatras clínicos psicoanalistas, psicofisiólogos, y un incipiente grupo

colectivos «progres» de los años setenta. Para una caracterización ideológica de la *progresía* resultan indispensables Colomer (1978, 1985) y Romaní (1983), que a través de la historia de la implantación de las drogas blandas en Cataluña construye un retrato muy sugestivo de los sectores contraculturales en esta época que tiene mucha conexión con los medios a que hacemos referencia. Me refiero a la aparición de rituales colectivos de naturaleza participativa: en Cataluña, los más característicos en este período (1970-1976) se producían en torno a los recitales de los miembros más importantes de la *Nova Cançó*, especialmente en torno a Raimon y Lluís Llach.

40. Como veremos en la sexta parte de este libro, el concepto de *comunidad* no fue utilizado en su dimensión sociológica. Sobre la presencia de este concepto de Psiquiatría puede verse Comelles (1918a).



que trabajaba según orientaciones conductistas más o menos ortodoxas.<sup>41</sup>

Su intención, una vez señalado el desconcierto de la profesión, era intentar ordenar los términos de la polémica, y proponer una alternativa a la Psiquiatría que evitase la utopía radical, pero que no cayese en el continuismo conservador. Trataba de plantear el problema del compromiso del psiquiatra en términos operativos que pudiesen ser incluidos en las plataformas reformistas.

Intentó para ello definir qué podía ser la Psiquiatría científica, y procedió para hacerlo por exclusión. La primera parte de la obra revisaba y atacaba las posiciones de los psicoanalistas, de los sociólogos y de los antipsiquiatras para invalidar sus propuestas. La crítica más severa se la llevaban estos últimos a pesar que les reconocía un cierto valor por la dimensión política de su movimiento y por su grado de compromiso personal. En menor medida atacaba a los «sociólogos» y a los «eclecticos»: a los primeros por utópicos, a los segundos por su falta de coherencia científica.

El problema de su método residía en que al operar por exclusión, se situaba de bruces en el seno de la Psiquiatría oficial, de tal manera que la Psiquiatría científica que propugnaba podía llegar a confundirse con el modelo de Psiquiatría de derechas a la que, según él, hacían el juego de los antipsiquiatras con su radicalismo. El autor, que representaba una actitud progresista más o menos generalizada entre los psiquiatras de la época, debía desmarcarse de aquélla. Para ello dividía la Psiquiatría practicable en dos subcategorías, una que identificaba con la Psiquiatría oficial y que llamaba «eclectica» y otra, amplia y mal definida, que correspondía a lo que considera Psiquiatría científica, y que conducía a actitudes pragmáticas y, por tanto, también eclécticas. Esta postura iba hacia una Psiquiatría que intentaba resituarse en los límites del objetivismo positivista, en el experimentalismo, y abierta a la biología, a la bioquímica y a la Psicología experimental.

radicales, pero implicaba una postura política ambigua ya que mantenía postulados relativistas en relación al modelo de *pra-*

41. Era la consecuencia de la tolerancia mantenida por Sarro y Obiols en el departamento de Psiquiatría desde los años sesenta. Tolerancia que tenía sus límites (cfr. García, 1979; González Duro, 1978), pero que sin duda alguna permitió la eclosión de esas experiencias.

xis. El problema para él era distanciarse de los planteamientos de la derecha sin romper con ella, ya que ésta aceptaba también la neutralidad científica. El corolario fue que, para este grupo de reformistas, la problemática no estaba centrada en la reforma de los manicomios, sino en la necesidad de abrir nuevos campos, que tuvieran un marchamo progresista: consultorios sexológicos, centros de planificación familiar, centros de higiene mental o centros para atender toxicómanos o alcohólicos.

La opción que proponía Valdés era remedicalizadora y apuntaba un camino que se empezaba a vislumbrar en algunos países, salvaguardaba una *praxis* psiquiátrica científicamente correcta y académicamente rentable.

La confusión de los psiquiatras en la consecuencia de un cierto vacío ideológico que se corespondía con la ideología de circunstancias característica del tardofranquismo y que buscaba, ante todo, justificar decisiones para legitimar una *praxis*, a menudo contradictoria. Creo que puede aplicársele el comentario que Colomer ha hecho recientemente en relación al pensamiento político de la disidencias antifranquista:

«El patrimonio ideológico del antifranquismo fue el resultado de un penoso esfuerzo por superar el oscurantismo y la inanidad cultural que caracterizaba los ambientes oficiales del país. Si algunos elementos de modernización ha habido en el campo del pensamiento y en las llamadas ciencias sociales, ha sido como expresión de un impulso intelectual que casi nunca dejó de estar estrechamente vinculado a una opción para la disidencia política. Ahora bien, la propaganda antifranquista tuvo que usar las influencias según conveniencias perentorias, y tendió a traducir opciones ideológicas adoptadas de manera preliminar. La elección de los recursos intelectuales con los cuales articular hipótesis interpretativas y cubrir una acción de una rentabilidad problemática hubo de hacerse mediante las posibilidades de una oferta limitada. A menudo, las categorías conceptuales adoptadas tuvieron más valor operativo que analítico.» (COLOMER, 1985:17.)

### 5.2.3. El encanto discreto de la progresía

El debate entre los psiquiatras giró en torno de las posibilidades que ofrecían ciertos medios de prensa y algunas editoriales pequeñas que supieron ver la difusión general que po-

dían tener publicaciones o noticias del extranjero en un principio destinadas a psiquiatras. Los autores españoles no empezaron a publicar más que hacia 1975, y de modo sistemático hasta bien iniciada la Transición. Durante el tardofranquismo, la circulación de ideas se produjo sobre todo con ocasión de reuniones, congresos, asambleas y coloquios ya que la censura limitaba las posibilidades de difusión escrita. En contrapartida, en las reuniones públicas, los oradores habían de pensar más en la dimensión propagandística y de agitación del discurso que en el rigor de las exposiciones. Es por ello que la teoría perceptible en el conjunto de publicaciones de la época sea mucho más la fijación de un discurso oral destinado a presentar y a reforzar una práctica y una toma de conciencia que el fruto de una reflexión y de un análisis crítico sobre la realidad.

Es indispensable destacar esto porque los intentos de puesta en común de este discurso hubieron de producirse alrededor de dos tipos de instancias: la llamada *Coordinadora psiquiátrica*<sup>42</sup> que intentaba aunar al personal facultativo de los manicomios en conflicto y más tarde a través de la veterana *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, la sociedad científica que aglutinaba mayor grado de representatividad. La *Coordinadora psiquiátrica* fue:

«Un colectivo de técnicos progresistas que funcionó intermitentemente durante los últimos tiempos del franquismo, y que en las duras condiciones políticas de la dictadura efectuó numerosas denuncias públicas del estado de abandono de la asistencia psiquiátrica y llevó a cabo la mayoría de las luchas reivindicativas del sector que tuvieron lugar en esos años.» (GONZÁLEZ DE CHAVES, 1978:190.)

Se trataba del único embrión de organización colectiva que se produjo durante ese período. No era propiamente una asamblea de representantes, sino una instancia a la que acudían personas de diversas instituciones con cierta regularidad. Esto le confería una composición no muy regular y favorecía la existencia en ella de opciones ideológicas distintas. En su mayor parte los asistentes a sus reuniones eran médicos: había MIR, médicos de guardia de hospitales, psiquiatras, etc..., pero

42. Sobre la Coordinadora Psiquiátrica han escrito Sáez (1978), y desde una posición crítica, García (1979).

nunca estuvo vinculada orgánicamente ni al movimiento MIR, que tuvo fuerza en esa época, ni al movimiento obrero dentro de la Sanidad. Hacia 1975, la militancia de algunos de sus miembros en partidos modificó esa tendencia y progresivamente los miembros de la *Coordinadora* y los debates se desplazaron hacia la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

La disociación de los psiquiatras y de la *Coordinadora* en relación al movimiento MIR era la consecuencia inevitable de la posición excéntrica de la asistencia psiquiátrica en relación con la Medicina. Posición que se acentuaba a consecuencia del tipo de discurso que sostenían los psiquiatras y que aparecía como opuesto a los paradigmas biologicistas en que se asentaba el modelo médico dominante, incluso en los sectores más progresistas de la profesión médica.

A lo largo de su trayectoria, la *Coordinadora* se vio constantemente arrastrada por el radicalismo ideológico de algunos de sus miembros. En 1973, a raíz de la expulsión de los encerrados en el Instituto Mental de la Santa Cruz, se organizó un acto en el Colegio de Médicos de Barcelona en solidaridad con los expulsados (cfr. Comelles, 1979). Se daba la paradoja de que los expulsados eran una fracción dentro de la institución y por esa decisión involucraban a algunos de los médicos vinculados a la coordinadora que habían pactado con la administración. Esto contribuyó a que para muchos miembros de la *Coordinadora* algunas decisiones resultasen incomprensibles (cfr. Sáez, 1978).

La razón principal del fracaso de la *Coordinadora* fue su falta de articulación real con los trabajadores del sector. La explicación hay que buscarla en la opinión que los médicos de la *Coordinadora* tenían de los demás trabajadores del sector:

«Muchos de (sus) componentes, eran jóvenes médicos, más bien residentes, pocos adjuntos y jefes clínicos y algún jefe de servicio. En menor número había asistentes sociales, ATS y más raramente enfermeros, los que reflejaba los niveles de motivación técnicas y conciencia política de entonces.» (GONZÁLEZ DE CHAVES, 1978:190.)

La última frase refleja un elitismo mal disimulado en relación con el personal subalterno. Hay en ello la transposición de aquel estereotipo característica del Tardofranquismo según el cual los bedeles (y en este caso los sanitarios) eran los *sicarios de la reacción*. Este elitismo, que no se ocultó nunca, enajenó

a los subalternos del movimiento psiquiátrico y lo dejó limitado a sus muy escasas fuerzas. Dos anécdotas pueden contribuir a aclararlo: en los primeros tiempos de la *Coordinadora* se decía que un grupo de sanitarios del Hospital Camilo Alonso Vega habían organizado un movimiento de base que todo el mundo loaba. A pesar de tales referencias, parece ser que nadie tuvo la «original idea» de hacerles un rincón, o de solicitar realmente su presencia. En otra ocasión, el representante del *Mental* era un ATS como correspondía a una asamblea dominada por los cuidadores. Al llegar a la reunión fue interpelado por alguno de los asistentes, parte de los cuales asistían a título personal, que se preguntaban qué hacía allí un enfermo. Esta actitud no debe extrañar. En los hospitales en conflicto, sanitarios y subalternos raras veces se acercaron a los revolucionarios, las más de las ocasiones no tanto por las presiones de la administración, sino porque no entendían el propósito de la reforma y eran clasificados de entrada como esbirros de la reacción, o con apélativos como el de «chusqueros» o «patateros» (González de Chaves, 1978:194). Incluso en el Instituto Mental, en el cual los cuidadores controlaron durante largo tiempo las asambleas, fue muy difícil incorporar a los sanitarios por la existencia de prejuicios casi raciales: eran acusados de «borrachos» y con calificativos aún peores. A pesar de esas rupturas entre estamentos, calificó al movimiento como de *base*: aunque su mediocentrismo fuese evidente. En estos términos únicamente cabía esperar un comportamiento corporativista de la coordinadora y eso tanto en las reuniones de la *Coordinadora*, en las que los no-médicos estaban bastante marginados, como en las instituciones, como hemos señalado.

Descalificar a los no-médicos como poco susceptibles de movilización por su «escasa conciencia» política y asistencial, suponía una garantía de que el poder seguía en manos de la corporación médica, se tratase ésta de la jerarquía o de la *base*. Esta falta de apertura hacia los subalternos condicionó que se analizasen sobre todo problemas teórico-asistenciales, o profesionales, por delante de los laborales.

El movimiento tendía inevitablemente a convertirse en un ágora corporativista abierta a cualquier psiquiatra que se considerase progresista, pero perdía su posible capacidad de coordinar la acción con las clases subalternas de las instituciones.

Quizá por ello los miembros más politizados de la *Coordinadora* desplazaron el énfasis del debate y la lucha psiquiá-

trica hacia una sociedad científica, la Asociación Española de Neuropsiquiatría.<sup>43</sup> Esta sociedad, que había protagonizado en los años veinte las luchas de los psiquiatras por su reconocimiento oficial, había sido restaurada a mediados de los años cincuenta por los psiquiatras republicanos de la generación de antes de la guerra: Germaín, Valenciano, Alberca, entre otros.<sup>51</sup> La Asociación permaneció durante el franquismo como una sociedad científica más o menos languideciente, concurrenciada por la *Sociedad Española de Psiquiatría*, pero a partir del Congreso de Málaga en 1971, y sobre todo a partir del de Valladolid (1973) asumió los planteamientos de los jóvenes psiquiatras, y se abrió a otras profesiones sanitarias (psicólogos, sociólogos, cuidadores, etc.).

El papel de la Asociación se reforzó a partir del momento en que miembros de la *Coordinadora* vinculados a la reforma fueron alcanzando cargos directivos en el seno de la Asociación. A partir de este momento, los planteamientos de aquella se convierten en el eje de la ideología asistencial de la Asociación, como lo prueban la corta, pero brillante, historia de la *Revista de la AEN*, reaparecida en la década de los ochenta, y la temática de las reuniones anuales de la institución, casi siempre comprometidas en temas asistenciales.

Un balance de la *Coordinadora* pondría en evidencia que, a pesar de su fracaso como instancia organizativa, fue útil al menos en tres aspectos: en primer lugar porque permitió a los primeros intentos de reforma psiquiátrica un cierto eco en los medios de comunicación social y en ese sentido supuso un primer periodo de concienciación de algunos sectores de la sociedad española en relación a la situación real de la asistencia psiquiátrica.

En segundo lugar, puso en evidencia el que la reforma sanitaria implicaba también plantearse la reforma de la asistencia psiquiátrica.

En tercer lugar, y probablemente como efecto más significativo, permitió la aparición y la consolidación dentro de la profesión psiquiátrica de un colectivo de profesionales que no

43. Acerca de la trayectoria de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría* después de la guerra, es indispensable Valenciano (1976). Los supervivientes de la generación de la república como Germaín y Valenciano tuvieron bastante que ver en el apoyo a los psiquiatras jóvenes durante los setenta.

estaban directamente vinculados a la estructura universitaria de la Psiquiatría y que no estaban tan sometidos a las relaciones de patronazgo inherentes al modelo universitario en España. Estos nuevos colectivos suponían una alternativa *distinta* en tanto en cuanto se hallaban vinculados a una postura teórica *asistencialista*, y puesta al modelo *clanicista* que había estado en vigor desde 1939. Y aunque este nuevo colectivo ha tendido posteriormente también a recuperar algunos de los rasgos de sus oponentes estructurales, no es menos cierto que en sus manos ha estado y está el más importante intento de reforma de la asistencia psiquiátrica desde que Pi i Molist publicara su proyecto.

Quizás el fracaso más ruidoso del espíritu de la *Coordinadora* ha sido la disociación que se ha producido entre el espíritu revolucionario de los tiempos del tardofranquismo y un cierto encasillamiento en el *establishment*, la aceptación de rebajas en los planteamientos y el no haber sabido integrar al conjunto de las tendencias ideológicas. Creo que ese fracaso es el fruto de una contradicción fundamental que los psiquiatras no llegaron a asumir jamás: la contradicción entre unos honrados propósitos revolucionarios, o reformistas, y las ventajas que otorgaba el estar en el seno del modelo médico, como eje de su posición social. La ideología, e incluso las *praxis* profesionales, pueden ser cuestionadas; las posiciones sociales son más difíciles de cuestionar, y mucho más cuando por un ¿cruel? azar uno cree pertenecer a la dominante. Ante tal dilema, uno se ve obligado a elegir entre sus convicciones y su posición social. González de Chaves (1978) se lamentaba de que los reformistas no pudieron tener jamás el poder; a la vista de los acontecimientos posteriores, sospecho que jamás quisieron abandonarlo.

## 6. PSIQUIATRAS BAJO LA CARPA DEL CIRCO: PERPLEJOS

«Ce dispositif (le secteur) consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance de postcure» (Circulaire du 15 mars 1960).

«La hospitalización de los procesos agudos que requieran tratamiento en régimen de internamiento se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.» (Ley General de Sanidad, 1986, cap. III, art. 2.)

### 6.1. LA MONARQUÍA REPUBLICANA<sup>1</sup>

Como en 1931, España inició la Transición de un régimen autoritario a la democracia en medio de una grave crisis económica que se había iniciado entre 1973 y 1975 cuando el fran-

1. Falta perspectiva histórica para enjuiciar adecuadamente la Transición, probablemente porque el desarrollo político y jurídico de la Constitución de 1978 ha sido más lento que el propio cambio social, y porque en él se han superpuesto distintas transiciones con distintos ritmos. Por ello, cuanto aquí apunto debe ser considerado como hipótesis provisional, o como tentativa de interpretación de una realidad, en ocasiones inmediata, que no era posible eludir pero que tampoco era posible tratar al mismo nivel que el siglo XIX. En este capítulo

quismo tocaba a su fin: Carrero Blanco había muerto, Arias Navarro había iniciado la demagogia crepuscular del «espíritu del 12 de febrero», y el aspecto físico de Franco se deterioraba a extremos de caricatura. La tromboflebitis que padeció del verano de 1974, los fusilamientos de septiembre de 1975, y el espectral espectáculo de su agonía asociado a la «marcha verde» marroquí y al abandono del Sahara, encuadran un período muy poco propicio para iniciar una política económica destinada a sobrellevar la crisis.

Las circunstancias que se abrían paso implicaban un pacto entre clases y una reestructuración profunda del Estado y de las relaciones entre éste y los ciudadanos, en el sentido de reducir la disociación que existía entre el país real y el país oficial.

Los gobiernos del tardofranquismo (hasta el verano de 1976), y los de la Transición, no estaban en condiciones de responder a ese desafío: a los primeros les faltaba representatividad con la que discutir el nuevo pacto con las fuerzas sociales, a los segundos, las contradicciones que implicaba su aceptación de la legalidad anterior como punto de partida para el cambio democrático les obligaba permanentemente a sostener un doble lenguaje, una *praxis* vacilante y a menudo contradictoria.

Las condiciones impuestas para la *ruptura pactada*, suponían no repetir el proceso seguido en Portugal tras el 25 de abril, pero para que las fuerzas sociales aceptasen la transición de las instituciones franquistas a las constitucionales, era indispensable una democratización que permitiese un libre juego de partidos, y una serie de ajustes económicos y sociales que había que tratar con empresarios, trabajadores y movimientos ciudadanos. Estos ajustes suponían dismantelar algunos de los puntos fuertes de la burocracia franquista como el Movimiento o el Sindicato vertical, acabar con el dirigismo en la economía, detener la erosión de los salarios por el aumento del coste de la vida, y una serie de mejoras en los servicios y los equipamientos sociales.<sup>2</sup>

adquiere mayor relevancia el trabajo de campo que la indagación bibliográfica. Sobre los antecedentes del período me remito a la bibliografía citada en la quinta parte. Sobre el antifranquismo resulta imprescindibles Colomer (1985, 1978) y Fontana y otros (1986), y sobre el cambio político y económico me remito al excelente análisis que hiciera Ignasi Terradas (1979).

La España de los primeros setenta se había encaramado al lugar número diez en el *ranking* de los países desarrollados, pero la oferta de servicios públicos y de asistencia social era muy inferior a la de los países de la CEE, y se hallaba en gran medida privatizada y las demandas sociales en 1975 exigían aquello que en los años de la euforia económica y del crecimiento no se había hecho por la regresividad de la política franquista.

La lentitud de la reforma política, que se inicia a fines de 1976 y no culmina hasta fines de 1979 con las elecciones municipales y la aprobación de los Estatutos de Autonomía de Cataluña y del País Vasco, pospusieron hasta la segunda legislatura la adecuación de la legislación franquista al orden constitucional.<sup>3</sup> Ese retraso suponía a que la crisis económica fuese más profunda y las contradicciones más evidentes. Es el período en que se empieza a hablar de *desencanto* y en el que empieza a apuntarse el fracaso de algunas de las esperanzas colocadas en la democratización del país.<sup>4</sup>

Ignasi Terradas (1979:174-175) hizo un análisis premonitorio de cuál podía ser la evolución de la situación española. Para ello partía del análisis de la crisis del *welfare State* en Inglaterra y señalaba como España iba a hacer frente a la crisis económica sin un nivel de crecimiento estatal comparable al británico. Señalaba que el proceso de democratización implicaba una dotación de recursos para llegar a una sociedad más avanzada y estos recursos no se podían generar sin un crecimiento estatal más eficiente. El autor, se preguntaba por qué en esas condiciones España se apuntaba a un modelo político del que estarían desengañados tanto los conservadores como

2. Es el papel que jugaron en su momento los *Pactos de la Moncloa*, el consenso constitucional o, más recientemente, el *Acuerdo Económico y Social*.

3. Como en 1931, la crisis del 73 repercutió en España con cierto retraso, y sin que hubiese ninguna clase de previsión por parte de las autoridades económicas. Hay que tener en cuenta que, entre 1976 y 1982, el debate político impidió el debate económico, lo cual explica el retraso con que se adoptaron los paquetes de medidas destinadas a hacer frente a la crisis.

4. A este respecto pienso que una de las mejores crónicas del llamado «desencanto», es la crónica de Martín Prieto en *El País* durante el juicio a los implicados en el intento de golpe de Estado del 23 de febrero de 1981. Ese conjunto de textos trasluce en una segunda lectura la decepción, el fracaso y en cierta manera el final del sueño utópico del tardofranquismo.



los reformistas europeos entre los que incluyó socialistas y comunistas. Desengaño que se estaba traduciendo en el extranjero en un reforzamiento de las medidas coercitivas y de control tanto a escala institucional como informal, a la liquidación de los pactos democráticos y a la organización de procedimientos de contención de las reivindicaciones de los oprimidos o del pesimismo de aquellos que se sentían desposeídos de sus privilegios.<sup>5</sup>

En estas circunstancias el caso español se hallaría, una vez más nadando contra-corriente, en el que la devoción democrática manifestada durante el tardofranquismo y la Transición responderían fundamentalmente a la ingenuidad de las nuevas generaciones y a la recreación de un mito por las menos jóvenes. En este sentido el fenómeno de España se explicaría mucho más por la propia lógica española que por un análisis verdaderamente crítico de la situación internacional.

Aunque Terradas aportaba una visión pesimista, el proceso que ha seguido el país parece darle la razón, salvo en la existencia de un fortísima ambivalencia entre el pragmatismo, que conduce a diseñar políticas de acuerdo con este proceso, y la existencia de modos de decir y de modos de comportarse que siguen vinculados a una forma de pensamiento todavía en las coordenadas diseñadas durante el tardofranquismo.<sup>6</sup>

Esta ambivalencia se plantea a dos niveles: por una parte, el empresariado y determinados sectores de la derecha conservadora propugnan un cierto retorno a la idea de la separación entre el mercado y el estado:

5. En general, la mayor parte de las recetas del antifranquismo no pasaban de un muy limitado caudal teórico y constituían muchas veces la transposición mimética pero nada crítica de alternativas ensayadas en contextos políticos tan diversos como Inglaterra, EEUU, Francia e incluso Suecia. Sobre este tema es ejemplar el análisis de Colomer (1985).

6. Me refiero en lo político a la subsistencia entre sectores de la izquierda establecida de una retórica que recuerda la vigente en el tardofranquismo, impregnada de una cierta demagogia revolucionaria y de signos representativos: la bandera roja, la Internacional, el puño en alto. En el terreno de lo sociocultural me refiero a la persistencia de algunos cambios en los códigos de comportamiento, como por ejemplo, la generalización del tuteo, o la persistencia de un cierto «neopuritanismo» en relación a los signos externos, sobre todo el vestido, que ha persistido hasta hace poco, en que ha sido barrido por la «postmodernidad».

«De hecho, para el empresario, la liberalización significa un pacto entre el Estado y la empresa: ésta provee productivamente el soporte financiero del Estado, y éste provee improductivamente, las condiciones sociales y políticas para un tal soporte. Es un *feed-back* que la crisis ha convertido en regresivo.» (TERRADAS, 1979: 175.)

La paradoja residiría en que lo que el empresariado exige es aquello que precisamente ha permitido simultáneamente el crecimiento de la producción y del estado al mismo tiempo, y en el contexto del proceso de internacionalización de la economía el crecimiento del Estado es imparable aun a riesgo de que la recesión de la producción lo cuestione.

Pero esta contradicción puede percibirse también, por el otro lado, en la propia izquierda, que se ve obligada a aceptar que en el contexto de internacionalización económica, las reglas del juego ya no dependen de decisiones ejecutivas a escala local, sino de procesos complejos de ajuste internacional en el que decisiones como el juego la alza o la baja de los tipos de interés del dólar condicionan profundamente las posibilidades de crecimiento. Pero simultáneamente debe responder mediante una política de inversiones a reformas sociales o en infraestructura que están limitados por la capacidad de la inversión privada en generar plusvalías. Ahora bien los intereses privados centrados en obtener incremento de la productividad y reducción de costos (esencialmente salarios y a través de un control de las reducciones o beneficios fiscales) están en absoluta contradicción con un modelo de sociedad organizada en torno a la ética del trabajo y la confianza en las posibilidades de la política para el cambio social.

Las contradicciones que se manifiestan en torno a ese modelo en la España de la Transición hay que entenderlas como el fruto de la historia particular del país: por la existencia de un fenómeno como el franquismo como punto de referencia durante cuarenta años y por la generación de una ideología alternativa que había de basarse necesariamente en la recuperación de las ideologías derrotadas en 1939:<sup>7</sup> la democracia, las liber-

7. No conozco ningún estudio sobre la recuperación mítica de la II República y en Cataluña, de la Generalitat republicana por parte de la izquierda y de los antifranquistas en general. Probablemente en ello influyeron no poco los relatos infantiles sobre la República y la guerra en buena parte de la generación del cambio, muchos de ellos hijos de republicanos.

tades, la revolución, la reforma, la modernidad. En cualquier caso una ideología que se producía mientras en el contexto de la Europa Occidental se vivía el apogeo del *welfare State* y una serie de profundas transformaciones en la izquierda europea.

No cabe, pues extrañeza ante la sorprendente política seguida por los gobiernos de UCD hasta 1982. Se trataba de un conglomerado político de muy diversa procedencia que oscilaba permanentemente entre la tentación azañista y la de convertirse en un partido conservador moderno: de ahí sus bandazos ideológicos, la promoción de leyes tan clásicas del republicanismo español como el divorcio o la reforma fiscal frente a las tentaciones conservadoras que procuraban desvirtuar al máximo las mismas. En cierta manera los gobiernos de UCD, que se caracterizaron por la práctica del «consenso», lo ejercían en un doble plano el que se producía entre las facciones que componían el propio partido, y el que implicaba a ese mismo partido con el conjunto de las fuerzas democráticas.

Esta serie de ambigüedades serían la consecuencia, como apunta Colomer (1985:13-4), uno de los más lúcidos analistas del antifranquismo, de la debilidad programática del proyecto antifranquista y el que éste se encontró con mayores posibilidades de incidir en la vida pública de las que probablemente tenía en un balance objetivo de su situación:

«Bien pocas ideas había respecto a cómo había que reconstruir el Estado, y las pocas que había no siempre fueron congruentes con los conocimientos que fue posible adquirir del Estado durante la Transición. Todo parece conducir a pensar que el antifranquismo consiguió entre 1977 y 1979 resultados superiores a los que era lógico esperar de la limitación de sus efectivos numéricos y de la pertinencia de sus planteamientos.» (COLOMER, 1985:13.)

El peso del aparato burocrático de la administración del Estado es fundamental para explicar los bloqueos, los retrasos o la desvirtuación de muchas de las reformas de la Transición, tanto en el período de UCD, como en la actual administración socialista. Ella ha conducido a una disociación muy marcada entre el marco formal propuesto por la Constitución y la *praxis* cotidiana perceptible con sólo estar mínimamente atento a los medios de comunicación social o al entorno inmediato de los ciudadanos. Ese peso de la burocracia y de las instancias cor-

porativas engendradas en torno al propio Estado es lo que marca las diferencias entre la situación de 1977-1979 y la de 1931 o de 1939. El advenimiento de la II República fue probablemente el epígono de la trayectoria política del país durante el XIX y en ese sentido no supuso una completa ruptura de una administración anterior, mientras que el Burgos de 1936 a 1939 ve nacer una administración alternativa, distinta aunque recupere funcionarios de la anterior.<sup>8</sup> Es un Estado nuevo y es ese estado nuevo, organizado según una estructura que le aparenta al Estado fascista, el que pervive durante cuarenta años y debe adaptarse a la nueva situación democrática, contra la que precisamente había sido construido durante la Guerra Civil.<sup>9</sup> Significativamente, como destaca Colomer (1985:14) un aparato de estado no centrado en la representación, sino en el juego corporativo y en el faccionalismo interno no se vio desmantelado porque la amnistía pensada fundamentalmente para limpiar la trayectoria de los luchadores antifranquistas, permitió sobre todo ocultar definitivamente la corrupción, el tráfico de influencias, el nepotismo y la prevaricación que se habían enseñoreado del poder. En esas circunstancias, si la Constitución introdujo teóricamente mecanismos correctores de todo ello, la realidad ha sido que muchas de las prácticas dudosas frecuentes en el franquismo se han convertido en el modo habitual de proceder en amplios sectores de la administración.<sup>10</sup>

Viene todo ello a cuento porque tanto el campo sanitario como el educativo ofrecen múltiples ejemplos de las enormes dificultades por tratar de racionalizar y reformar sus modos de gestión o las *praxis* en ellos hegemónicas. En este sentido,

8. Las críticas franquistas al «viejo estado» no dejan lugar a dudas en ese sentido. De modo muchas veces ambiguo, pero a menudo cierto, el franquismo habla del siglo XIX, como del primer tercio del siglo XIX como un período que debería borrarse de la historia. Véanse Fontana y otros (1986).

9. La burocracia del Movimiento y del Sindicato Vertical fue reciclada por la propia administración. No hubo depuraciones. Incluso los miembros de la Brigada Política Social han alcanzado pública notoriedad durante la Transición, con cargos de confianza en el Ministerio del Interior.

10. Esto es especialmente evidente en el caso de los cuerpos estatales que se nutren por procedimientos de cooptación y que representan la base del alto y medio funcionariado. No hay que olvidar que durante el franquismo uno de los procedimientos fundamentales para la carrera política era precisamente el acceso a estos cuerpos.



la lentitud en las reformas ha puesto de manifiesto la existencia de grupos, facciones o «poderes fácticos» que han sido capaces no sólo de retrasar, sino de subvertir algunos de los principios que parecían irrenunciables en los postulados ideológicos de la *progresía*.

## 6.2. LOS PRONUNCIAMIENTOS DE LA SANIDAD<sup>11</sup>

En 1975, la política sanitaria del país giraba casi exclusivamente en torno de la Seguridad Social. Esta, no solo sostenía una red propia de centros, sino que representaba el principal consumidor de la producción farmacéutica, controlaba directamente a través de su política de conciertos a una parte importantísima de hospitales públicos y privados, y empleaba a la mayoría de los médicos del país. Esta interrelación entre instancias distintas convertía a la Seguridad Social en una institución burocráticamente muy autónoma y que, falta de control político, podía ser influida por una serie de grupos de presión poderosos: los propios médicos a los que se toleraban niveles de corrupción notables, la industria farmacéutica, la industria de tecnología médica, la patronal de la sanidad privada (De Miguel, 1984:118-119).<sup>12</sup>

Desde 1975 hasta la actualidad, la Sanidad ha vivido una larga Transición que puede considerarse concluida en parte con la promulgación de la Ley General de Sanidad el 2 de abril de 1986. La lentitud en la elaboración de esa ley, dirigida desde

11. El término *pronunciamiento sanitario* fue introducido por Jesús de Miguel con no poca perspicacia. A este respecto, el análisis más completo de los mismos puede verse en *La sociedad enferma*, y en los balances que ha realizado en 1976 y 1984. Para el estudio de la sanidad en este período son fundamentales también De Miguel y otros (1976) y Gol y otros (1978). Sobre el papel de la salud mental a estos proyectos, véase Vidal Teixidor y otros (1977), Bassols y otros (1980).

12. Se ha destacado muy poco el papel de las multinacionales de la tecnología sofisticada: electromedicina, TAC, etc. La implantación de los TAC en España se hizo sin ningún criterio de planificación, en favor de los intereses privados y en detrimento de los públicos y en torno a un mercado de influencias. La industria farmacéutica ha dado lugar a una serie muy larga de estudios. Una bibliografía bastante completa de los mismos puede hallarse en Comelles y otros (1986).

1976 por un Ministerio de Sanidad revela muy claramente las contradicciones de este período histórico.

En primer lugar, durante la Transición, el número de personas afiliadas o beneficiarias de la Seguridad Social, ha aumentado lentamente. En 1975 ya tenían cobertura un 80/85 % de los ciudadanos, pero esta cifra se mantuvo estacionaria hasta 1983, para crecer lentamente en estos últimos cinco años y alcanzar más del 95 % de ciudadanos protegidos en la actualidad. Esta cifra supone todavía dos millones de personas carentes de cobertura sanitaria: parte de ellos que pertenecen a colectivos de la clase alta están en parte afiliados a mutuas corporativas o de seguro libre; pero la mayor parte de los no protegidos corresponden precisamente a aquellos sectores de la población más necesitados: parados, menores de edad, ancianos, minorías étnicas, enfermos mentales, vagabundos y marginados en general. Algunas medidas recientes han incidido en este terreno, como la ampliación de la cobertura hasta los 26 años de edad para los menores sin trabajo, la extensión de los beneficios a los minusválidos o a los parados subsidiados, pero en cambio no han sido incluidos los enfermos mentales sin recursos, salvo en algunos casos (*Secretaría Ministerio de Sanidad*, 1986:17-21), ni a los parados sin subsidio.

Frente a las manifestaciones de los responsables del Ministerio de Sanidad argumentando carencia de recursos, entre 1975 y 1987 se ha producido un enorme incremento del gasto sanitario, sobre todo de las partidas destinadas a potenciar los conciertos, el gasto farmacéutico o los gastos en personal, pero no ha sido posible, hasta muy recientemente, disponer de un texto legal, la Ley de Sanidad, que estableciese el marco por el cual debía regirse la planificación de las inversiones, y se delimitase el campo de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En el entretanto, tanto el Estado, como aquellas Comunidades Autónomas con las competencias transferidas, se han dedicado a inversiones de archepo.<sup>13</sup>

La carencia de Ley de Sanidad se explica a mi modo de ver por la existencia de diversos modelos sanitarios en confrontación que se retrotraen a los pronunciamientos sanitarios esbozados ya durante el tardofranquismo, y que han supuesto un largo y complejo debate en el que las variables esenciales eran

13. Un análisis de la política sanitaria de estos últimos años puede verse en De Miguel (1984, 1985).

el papel del sector público en la Sanidad, y la distribución de competencias entre el Estado y las CCAA.

El programa sanitario de la oposición antifranquista se basaba en dos criterios fundamentales: el que la Sanidad había de ser gestionada como un servicio público, y que había de estar descentralizada. Las bases de estos programas se gestaron en Cataluña entre 1970 y 1973. Era la consecuencia de la recuperación de una tradición en este campo puesta en práctica antes de la guerra y de la existencia de una serie de técnicos, no vinculados a la administración, pero que constituyeron plataformas cívicas de análisis del hecho sanitario a partir del acceso de los antifranquistas al Colegio de Médicos de Barcelona y de la constitución del GAPS en su seno.

La reforma sanitaria propuesta en Cataluña partía de la crítica a la Seguridad Social como institución burocratizada, antisocial e ineficaz y al modelo centralista de Sanidad. Todo ello fue definiéndose en una serie de coloquios, conferencias y manifiestos (cfr. *Infante y otros*, 1975), y que supusieron, algo más tarde, una serie de publicaciones propiciadas por autores vinculados al PSUC como Ramón Espasa, entre otros (1974, 1975, 1977). Más tarde, ya durante la Transición, colectivos de autores próximos a la Convergència Socialista de Catalunya —más tarde PSC-Congrés, que se alió en abril de 1977 con el PSOE—, presentaron proyectos propios, pero conectados en muchos puntos con aquéllos (cfr. *Gol y otros*, 1977).

Esta serie de publicaciones formó parte, hasta 1980, de los diseños programáticos de la oposición. En Cataluña, estas aportaciones dieron lugar a una síntesis unitaria que vio la luz durante el *Congrés de Cultura Catalana* (cfr. *Gol y otros*, 1978). Las conclusiones de este encuentro fueron las siguientes: la necesidad de que la sanidad fuese responsabilidad pública en un marco de participación popular en su gestión, la necesaria democratización del sector sanitario; un cambio cualitativo de la sanidad para obtener una auténtica promoción de la salud; igualdad de oportunidades de obtención de salud sin diferencias sociales ni territoriales y una distribución estratégica de las prioridades, entre las cuales la atención a los problemas mentales.

Junto a ello, las conclusiones del *Congrés* destacaban que era más económica la reforma que la no-reforma, y que dentro de esta política era necesario tener en cuenta una mejor distribución y una reconversión progresiva de los recursos.

Por regla general, los planteamientos reformistas adolecían de algunos defectos de base: habían sido elaborados pensando en los términos en que el desarrollo sanitario se había producido en los países occidentales, en coyunturas económicas que no eran ya las de la segunda mitad de los setenta; tenían a menudo un carácter de utopía no realizable por las contradicciones que suponía con las condiciones reales del país y porque muchos de los técnicos que los realizaban rechazaban cualquier planteamiento, e incluso la información que pudiese provenir de las esferas oficiales. En muchos casos no se calculaban los costos de la reforma y se planteaba, a menudo un modelo de sanidad que quizás podía corresponder a la España de los cincuenta, pero que ya no era válido en la de los ochenta (cfr. *De Miguel*, 1979: 187-214).<sup>14</sup>

El diseño de la reforma sanitaria fue casi exclusivamente el fruto de médicos por vías distintas y a menudo sin contacto entre ellos confluían en la misma, médicos hospitalarios, técnicos del Ministerio o sanitarios de los Cuerpos de Sanidad Nacional. Cada uno de estos sectores respondía a orientaciones políticas a menudo distintas y sus propuestas eran a menudo relativamente paralelas, pero independientes. Hasta finales de la década de los setenta no intervinieron de manera clara otros profesionales: como sociólogos y economistas.

Todos ellos centraban sus propuestas en la reforma de la Seguridad Social como infraestructura susceptible de ser reconvertida en un Servicio Nacional de Salud que articulase orgánicamente el conjunto de los recursos disponibles y en una mejora sustancial de la calidad de la asistencia primaria ya que se aceptaba que la asistencia hospitalaria, aunque mejorable, respondía a unos niveles bastante adecuados de calidad, una vez finalizado su proceso de reconversión.

Simultáneamente, la puesta en práctica desde el Ministerio del sistema MIR durante la Transición, como procedimiento básico de formación médica postgraduada y de homologación de profesionales, no sólo contribuía a acreditar a los hospita-

14. Véase De Miguel (1979). La crítica más dura de este autor al modelo comunista (*Generalitat de Catalunya*, 1980) se halla en un libro reciente de este autor (1985), pero se halla sesgada por un evidente sectarismo. Por ello sigue siendo más útil la obra citada anteriormente. Sobre el proyecto comunista, véase Acarin (1975, 1977). Sobre la alternativa socialista, Gol y otros (1977); también Gol y otros (1978).

les homologados, exigió cambios fundamentales en la docencia de las facultades de Medicina: que en la enseñanza pregraduada habían de reorientar sus *curricula* hacia un profesional destinado al trabajo hospitalario. Pero ello implicaba simultáneamente que quienes no pudiesen acceder al sistema MIR, cuyo número de plazas estaba establecido por la administración en base a un sistema de homologaciones y de recursos económicos, hubiesen de engrosar las filas de un nuevo proletariado médico, que había de enfocar su carrera hacia una asistencia primaria para la que no estaban preparados. Una asistencia primaria precisamente, que todos los sectores implicados entendían debía dar lugar a un supremo esfuerzo en pro de incrementar su calidad.

### 6.3. LAS DOS PSIQUIATRÍAS

El relativamente escaso papel de los psiquiatras en el diseño de la reforma sanitaria se debe a razones vinculadas a las peculiaridades de la propia profesión y a su posicionamiento institucional.

Si atendemos al capital humano, se ha mantenido en los últimos diez años la tónica de crecimiento iniciada a finales de los años sesenta. Puede estimarse que existen actualmente (1987) de 2.500 a 2.700 psiquiatras en el país que atienden a una población que linda los cuarenta millones de habitantes. Si a ese colectivo añadimos un número indeterminado, pero indudablemente muy elevado, de psicólogos con un muy bajo nivel de profesionalización, tendríamos una dotación de profesionales aparentemente suficiente, formada mayoritariamente por personal joven, graduado a partir de 1970, y con una media de edad entre 30 y 45 años. La cifra aludida es engañosa: en una investigación que ha llevado a cabo Rubén Gualtero (1987) en Cataluña se pone de manifiesto que, únicamente en el Principado, una parte importante de quienes se autocalifican como psiquiatras, carece del título de especialista homologado. Por ello cabe pensar o que esa cifra es superior a la real, o que puede ser muy superior a la indicada si nos atenemos al criterio de considerar psiquiatras a todos quienes trabajan en el

sector. En cualquier caso el crecimiento estimado en los últimos años es del 65 al 70 % y está aparejado a la aparición de una serie de expectativas de trabajo centradas sobre ello en el desarrollo de los Centros de Asistencia Primaria, Centros de Salud mental, en la expansión de los puestos de trabajo en los hospitales psiquiátricos, a la existencia de trabajo voluntario en distintas instituciones y en los últimos tiempos a la aparición de formas de contratación temporal y de trabajo en prácticas.

La expansión del mercado de trabajo se está produciendo sin una infraestructura de formación adecuada. El programa MIR en Psiquiatría, absorbe apenas cuarenta postgraduados por año, la cual no necesariamente incluye aquellos que se hallen más motivados por la Psiquiatría; el recurso a las Escuelas de postgraduados parece estar en crisis desde hace diez años, porque no permite remuneraciones y tras los decretos reguladores del acceso a las especialidades, el trabajo en prácticas o con contratos temporales en centros especializados no permite la homologación en la especialidad a pesar que las funciones de los contratados son idénticas, a las de los MIR. Por tanto, cabe pensar que una parte considerable de los psiquiatras nuevos carece de formación homologada, aunque en algunos casos disponga de formación.

El número de especialistas no es desmesurado. Jesús de Miguel consideraba ya hace diez años que existía un importante déficit en este sector (1976). Hay que tener en cuenta que la oferta de camas hospitalarias psiquiátricas en España ronda las cuarenta y cinco mil, lo cual supone una dotación de uno por cada dieciocho a veinte camas; que la distribución de los mismos es muy irregular como lo demuestra que Madrid y Barcelona, siguen agrupando al 40 % de los psiquiatras para una población que ronda el 20 % del país. De ello se infiere la existencia de pluriempleo y de un sector privado muy consolidado y concentrado en los núcleos grandes de población (cfr. Gualtero, 1987).

Algunas observaciones, aun no demasiado sistemáticas, nos indican que un porcentaje muy elevado de psiquiatras únicamente ejerce en el sector privado (en Cataluña podría suponer hasta un 40 % del total), y que esa tendencia se habría acentuado en los últimos seis o siete años por la presencia entre nosotros de una importante colonia psicoanalítica procedente de Latinoamérica y por la influencia que ha ejercido el naci-

miento de un amplio mercado privado de atención psicológica (cfr. Gualtero, 1987).

Desde un punto de vista institucional, los hospitales generales que disponen de servicios de Psiquiatría son todavía escasos, y en su inmensa mayoría no dependen de la Seguridad Social. Su limitación implica un número relativamente poco numeroso de profesionales trabajando en ellos.

Las características de la oferta laboral y de la estructura hospitalaria psiquiátrica, implican que la reforma de la asistencia psiquiátrica no pueda hacerse según los parámetros convencionales de la asistencia sanitaria: en primer lugar, la ley de 1986 ha definido la integración de la asistencia psiquiátrica en el *Sistema Nacional de Salud*, pero esto supone un proceso complejo de transferencias: desde el Estado a las CCAA (Insalud), pero también de las Diputaciones a los servicios de salud autonómicos. Ambos suponen negociaciones largas y complejas como lo prueba la lentitud con que se vienen haciendo, tanto en el primer caso, como en el segundo en aquellas CCAA que ya tienen transferida la asistencia sanitaria.

En segundo lugar, si los hospitales generales, al menos los más importantes, habían procedido a su reconversión durante el tardofranquismo, la situación de la mayor parte de los psiquiátricos en 1975 era sustancialmente parecida a la de 1960, lo cual significaba niveles asistenciales bajo mínimos, escaso personal con baja cualificación y descapitalización.

En tercer lugar, la marginación de la asistencia psiquiátrica durante el tardofranquismo había engendrado por parte de los psiquiatras perfiles de lucha y posturas asistenciales más radicales que los modelos que se manejaban para la reforma de la asistencia sanitaria en general, dado que en esta no se contemplaba más que muy marginalmente a la asistencia psiquiátrica. De ahí que la imagen de los psiquiatras ante los médicos apareciese teñida de radicalismo, de utopía, de modelo alejado del modelo médico hegemónico, en un momento precisamente en que los médicos estrenaban unos hospitales sumamente tecnificados. Las dificultades de articulación de la *Coordinadora* psiquiátrica con esas luchas son buena prueba de ello.<sup>15</sup>

15. La mejor aportación al conocimiento del cambio en la asistencia psiquiátrica antes de 1980 es sin duda ninguna el libro de González de Chaves y otros (1980), que recoge las comunicaciones a una reunión anual de la *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. A partir de esta

En cuarto lugar, porque los psiquiatras, bajo la apariencia de unidad se hallaban divididos en dos grupos: aquellos que trabajaban en hospitales generales y que podían alinearse fácilmente con sus colegas médicos, y aquellos otros que trabajaban en hospitales psiquiátricos o en centros de asistencia primaria que quedaban cortados de esa relación.<sup>16</sup> Para los primeros, resultaba relativamente asequible reconstruirse una identidad en el hospital general, basada en una oferta de servicios específicos a sus colegas: atención a urgencias, asistencia a problemas psicosomáticos de los enfermos hospitalizados, internamientos breves, etc., y todo ello en un modelo de *praxis* muy medicalizado, vinculado a la formación, ya que muchos de estos servicios correspondían a las Cátedras de Psiquiatría,<sup>17</sup> y en los que era fácil insertar desarrollos en neurobioquímica o psicofarmacología (cfr. Comelles, 1986). Más aún, los programas MIR en Psiquiatría se centran en este tipo de servicios y

fecha es fundamental la colección completa de la *Revista de la AEN*, que es la única revista profesional encarada primordialmente a problemas asistenciales, y que sostiene secciones sobre información y debate de los documentos legales o de los trabajos de las distintas comisiones de dicha asociación. Por regla general, y salvo indicación en contrario, he utilizado estos materiales para la confección de este capítulo. Sin embargo, entiendo que un análisis más exhaustivo hubiese requerido un uso de fuentes más diversificado. Para Cataluña puede recurrirse a las *Actes de les Jornades de Salut Mental* (1982) y a Cabrero (1983) sobre las actuaciones de la Diputación de Barcelona. He utilizado asimismo materiales de mi tesis de doctorado y otras publicaciones referidas a la crisis y la trayectoria del Instituto Mental de Barcelona (1979, 1986). Sobre el papel de la AEN, véanse González de Chaves (1981), *Comisión de Asistencia AEN* (1982, 1982a).

16. Sobre la unidad psiquiátrica en el hospital general puede verse Ayuso y Gutiérrez (1974), que creo es el primer libro producido en el país sobre el tema. También Comelles (1979, 1986), y el *Manual de Psiquiatría* publicado por Abella y otros (1981). El único conflicto de un servicio de Psiquiatría en hospital general ha sido el del Hospital Provincial de Madrid. Sobre el mismo puede verse Sáez (1978), González Duro (1982), en el que se ponen en evidencia las dificultades de sostener proyectos poco medicalizados en ese medio.

17. El departamento de Psiquiatría de Barcelona organizó en 1978 el *Congreso Mundial de Psiquiatría Biológica* que supuso el lanzamiento de este campo en España por lo menos a gran escala. En ese Congreso se alineó sobre todo la Psiquiatría universitaria cuya trayectoria he explorado en los capítulos 4 y 5 de este libro pero se manifestaron en público grupos de psiquiatras jóvenes y equipos que venían trabajando desde hacía unos años en el desarrollo de estas tendencias. Sobre el nacimiento de uno de estos grupos puede verse Comelles (1979).

tienden a reproducir un modelo de *praxis* muy medicalizado y bastante compatible con el modelo *standard* de médico hospitalario actual. Para estas instituciones les es fácil conseguir la homologación MIR: son hospitales universitarios, centros de la Seguridad Social u Hospitales prestigiosos como Sant Pau en Barcelona. Pero esta ubicación define a su vez un modelo de *praxis* muy condicionada por las características de estos centros: escaso número de plazas, elevada rotación de las mismas, hegemonía de los procedimientos intervencionistas que no se corresponden con la situación o las condiciones de los manicomios que reúnen al 95 % de los enfermos psiquiátricos del país: estacionamiento de enfermos crónicos, drenaje de los casos subagudos o poco conflictivos, o tratables con mayores dificultades y escasa rotación de camas, de tal modo que el tipo de formación que surge de estas instituciones refuerza la disociación ya existente entre los psiquiatras de unos y de otros centros.<sup>18</sup>

Frente a este modelo, desde los manicomios se ha promovido lo que podríamos llamar el discurso hegemónico en la reforma psiquiátrica, discurso engendrado en el contexto del manicomio y que giraba inevitablemente en torno a la problemática de éste tanto en relación a la asistencia como en su dependencia administrativa como en su modelo de inserción en la sociedad.<sup>19</sup>

La reforma surgida de los manicomios se explicita fundamentalmente durante la Transición, una vez que los conflictos perdieron sus connotaciones políticas, por una serie de refor-

18. Un análisis muy agudo de los problemas de la formación postgraduada en Psiquiatría está en Leal (1982) y Fernández Liria y Romero (1983). Ambos destacan la disociación que existe entre la formación psiquiátrica y las necesidades del trabajo hospitalario. Significativamente, en el momento de constituir la comisión de especialidad en Psiquiatría, la Sociedad Española de Psiquiatría, que representó a las cátedras y a los clínicistas se opuso a la presencia de la AEN, porque en esta asociación había profesionales no médicos.

19. La defensa del hospital psiquiátrico como núcleo vertebrador de la asistencia psiquiátrica puede verse en Corces y otros (1977), Corces (1977a), Onésimo González (1980), González de Chaves (1978a, 1980) o en *Psiquiatria Democràtica del País Valencià* y en la línea editorial de la *Revista de la AEN* (véase nota 20). Las experiencias en algunas diputaciones, como Jaén o Sevilla, realizadas inicialmente en este sentido, han terminado con la eliminación de sus responsables. Véanse González Duro (1983), Desviat (1981).

mas más o menos profundas llevadas a cabo en muy distintas instituciones. Guillermo Rendueles (1980), hizo un balance de las mismas y muestra la existencia de muy distintos procesos de cambio, eventualmente conflictivos, pero que ya no tenían un eco en la prensa y se movían en general en el seno de los cenáculos profesionales. Incluían cambios de mayor o menor entidad en el hábitat, presencia en los manicomios de plantillas algo superiores de psiquiatras, contratación de algunos psicólogos y asistentes sociales, organización de equipos terapéuticos más o menos complejos e implantación de medidas de reorganización de la vida y la dinámica de las instituciones. En algunos psiquiátricos provinciales suponía iniciar una sectorización que acercase la asistencia psiquiátrica a zonas que tradicionalmente habían carecido de ella. Posiblemente, ninguna de estas experiencias se asimila a una orientación teórica determinada, sino que suelen aparentarse con un cierto pragmatismo, que suele ser descrito por sus autores en términos de una retórica que lo incluye en el campo de la asistencia comunitaria.<sup>20</sup>

En resumen, los cambios que afectan a la asistencia psiquiátrica muestran, frente a la imagen unitaria con que algunos perciben la profesión y la *praxis* psiquiátrica, a un colectivo de psiquiatras fraccionado en dos bloques de límites confusos. En uno se alinean los que ejercen en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales y que se hallan vinculados a la Psiquiatría universitaria. Con muchos matices, este grupo se adscribe a un modelo de Psiquiatría clínica, articulada plenamente con el modelo biomédico y tiene actualmente la hegemonía de la formación universitaria porque ocupa la mayoría de puestos docentes.

En el otro grupo se alinean los psiquiatras de los hospitales psiquiátricos movilizadas en torno a los conflictos de los años sesenta-setenta y que sostienen posturas menos medicalizadas y más vinculadas a un desarrollo autónomo de la Psiquiatría de la mano de la influencia de los psicólogos y de los trabajadores sociales, y más interesado en la problemática asistencial que en el trabajo estrictamente clínico. Este colectivo no tiene una presencia en la formación académica.

20. Cf. González de Chaves y otros (1980), así como los editoriales de la *RAEN* (1981, 1981a, 1981b, 1982).



Ambos grupos sostienen posiciones ideológicas muy distintas. Por ello conviene señalar sus características para establecer con mayor precisión su influencia en el desarrollo legislativo y en las perspectivas de desarrollo a medio plazo de la profesión.

### 6.3.1. La comunidad frente al individuo <sup>21</sup>

El modelo de reforma de los psiquiatras vinculados a los hospitales psiquiátricos ha sido el de la asistencia comunitaria, la propuesta de implantación en España de un modelo muy descentralizado de asistencia psiquiátrica, manteniendo el hospital psiquiátrico como pieza central del dispositivo de atención.<sup>22</sup> Responde a la existencia en España de más de cuarenta mil camas psiquiátricas distribuidas en hospitales provinciales, locales o privados. La reforma de Oviedo, en los años sesenta,<sup>23</sup> fue en su momento un intento de aplicación de ese modelo.<sup>24</sup>

El concepto de *comunidad*, comúnmente empleado en el lenguaje reformista, no surgió, al principio, como un concepto aplicado a la sociedad, sino al microcosmos del manicomio, y por tanto más próximo a la idea de *comunidad terapéutica*, de

21. En otro lugar he analizado el significado del término *comunidad* en la Psiquiatría actual (1981a). Por regla general se aprecia por parte de quienes lo manejan en el campo de la asistencia psíquica de un uso muy poco preciso del mismo y un desconocimiento de sus implicaciones teóricas.

22. El grado de descentralización que ello supone no ha sido destacado suficientemente. Resulta difícil hallar dos provincias con dispositivos o políticas parecidas. La propia experiencia posterior a 1979 ha mostrado la posibilidad de proyectos muy diferentes según los criterios políticos o aun dentro de idénticos criterios políticos. Véanse, por ejemplo, las diferencias entre el modelo de la Diputación de Barcelona (Cabrero, 1983), la de Madrid (Informe..., 1983; Muñoz y otros, 1983, 1983c), o la de Jaén (González Duro, 1982). Sobre política general puede verse González (1983).

23. Sobre Oviedo es indispensable García González (1979). El promotor de Oviedo, Montoya, trabajó posteriormente en Conxo (cfr. González, 1977; Alot y otros, 1977), y fue uno de los autores del documento sobre la reforma encargado por UCD en 1977. (Cfr. Montoya, 1976).

24. Sobre estos cambios es fundamental el informe de Rendueles (1980) y la serie de análisis de los procesos de reforma en distintas instituciones contenido en González de Chaves y otros (1980). Cfr. González Duro (1987).

*psicoterapia institucional* o de *antipsiquiatría* que al de *asistencia comunitaria*.

Este último concepto surge con fuerza durante la Transición, cuando existen ciertas condiciones para proyectar al exterior este modelo por la existencia, si no de apoyo directamente político u administrativo, sí de una cierta sensibilización de ciertos movimientos cívicos en torno del mismo.

El tránsito entre una y otra situación es la consecuencia de la propia lógica de los conflictos y del aislamiento de la lucha psiquiátrica de la lucha sanitaria en general. Este aislamiento, que habría tenido como consecuencia el debilitamiento de la posición de los psiquiatras de manicomios, se tradujo más adelante en un replanteamiento de sus alianzas no ya con el sector sanitario que les veía con reticencia, sino con las asociaciones cívicas; ellas mismas procedían a utilizar la noción de *comunidad* para representar el camino hacia la integración de los colectivos urbanos.<sup>25</sup>

El concepto de *comunidad* tal y como lo empleaban unos y otros era un artefacto fruto de las condiciones en que es producían las luchas psiquiátricas y los movimientos cívicos: las de grupos pequeños refugiados tras los muros del asilo, en una situación en la que su única defensa era construir una utopía de fraternidad en la que las barreras corporativas se borrasen, en la que todos contribuyesen a comensar o a facilitar las insuficiencias de cada uno por resolver las situaciones complejas, agobiantes que se planteaban en una *praxis* cotidiana para la que la mayoría no había recibido ninguna formación técnica.<sup>26</sup>

La utilización del término *comunidad* era poco crítica. Pasó a formar parte de los conceptos que durante el tardofranquismo y la Transición fueron empleados por su valor operativo,

25. Una de las primeras experiencias en este sentido la protagonizó una de las facciones del *Instituto Mental* de Barcelona, estableciendo una alianza estratégica con las Asociaciones de Vecinos del barrio. Esta alianza que se consolidó mediante un encierro en 1975 fue fundamental para la adquisición de la institución por la *Corporación metropolitana de Barcelona* en 1978. Al cierre del Instituto en 1986, el Ayuntamiento de Barcelona destinará la institución a Centro Cultural para el barrio. La lucha por la salvaguardia del centro puede verse en Comelles (1979), y parcialmente en Alibes y otros (1975) y Fabre y Huertas (1977).

26. Un análisis de esta situación puede verse en Comelles (1978, 1979, 1986). El mejor testimonio es, sin embargo, el libro de Ramón García, «*Abajo la libertad*» (1979).



como frases o palabras clave que caracterizaban una teoría poco elaborada o esquemática, asimilable por cualquiera y asociada a valores como el antiautoritarismo, el voluntarismo desinteresado, la solidaridad y la fraternidad.<sup>27</sup> La *comunidad* representaba la imagen idílica de un cierto retorno a la vida solidaria, en cierta medida bucólica, en el que todos viven en armonía, en el conocimiento y la amistad mutuas, y conspiran por el bienestar de los demás oponiéndose a una sociedad basada en la competitividad, la opresión, la envidia y el individualismo feroz y mercantilista. La *comunidad* es percibida como una situación utópica que es necesario reconstruir, dentro o fuera del manicomio, y que pasa por alcanzar una fraternidad horizontal, una situación en que los hombres y las mujeres se fundan en un abrazo colectivo y solidario, más allá de las barreras que crea la clase, la etnia, la enfermedad o la segregación para alcanzar unos objetivos de naturaleza política.<sup>28</sup> Así presentado, el concepto de comunidad que manejan está más próximo a lo que Victor Turner ha identificado como situación de *communitas*, es decir una fase en un proceso a una estructura, en el cual los actores sociales se funden espiritualmente en una fraternidad en la que se reconocen como iguales.<sup>29</sup> El término adopta el carácter de una racionalización ambigua, sin que quienes lo utilizan perciban su carácter categorial, estático y discontinuo, y su falta de operatividad en el análisis de las sociedades históricas, en las que no es posible postular la existencia de islotes sociales aislados completamente del exterior.

En España su uso puede comprenderse en un contexto sociopolítico muy específico. Respondía a un cambio de táctica de la oposición antifranquista, desplazando el énfasis de la lucha desde las estructuras partidarias clásicas a la integración en la lucha de las clases medias por medio de movimientos cívicos.

27. Véase Colomer (1985) y Comelles (1986).

28. Véase García (1979) y también Alot y otros (1977), referido a la situación del psiquiátrico de *Conxo*.

29. Turner (1974) emplea ambas nociones para elaborar una teoría sobre el ritual. Una aplicación amplia de ambos conceptos al caso de los conflictos psiquiátricos está en Comelles (1979). Quiero destacar que Turner lo plantea como un fenómeno espontáneo, mientras que en el contexto español considerado ha de entenderse como una forma de manipulación de carácter político, como una táctica indispensable para enfrentar una situación consolidada de estructura.

cos. El más característico de ellos fueron posiblemente las asociaciones de vecinos como instancias de movilización ciudadana frente a las exacciones de la corrompida administración municipal franquista. Estas movilizaciones, centradas en la defensa de la calidad de vida, permitían la recuperación de un viejo discurso de la izquierda relativa a la alineación y vinculaban el empeoramiento de la calidad de vida en zonas urbanas a la inexistencia de un tejido urbano solidario y a su reemplazo por las influencias de los medios de comunicación social percibidos como el fruto de la aplicación de los procedimientos del *Big Brother orwelliano* a la «comida de coco», o al *bourrage de crâne* de las masas trabajadoras y de las clases medias.<sup>30</sup> La alternativa era recuperar los *clusters* de relaciones sociales que habían sido muy ricos antes de la guerra, y con ellos un conjunto de señas de identidad populares, «auténticas», frente a la manipulación de las mismas por la ideología franquista. Tras ello se ocultaba la posibilidad de que a través de la reconstrucción de esa red de relaciones ciudadanas, de la aparición de una cultura alternativa, se minimizase la influencia de un poder que controlaba monopolísticamente los medios de comunicación social.

El discurso antiautoritario de los psiquiatras en lucha era compatible con los rasgos fundamentales de la ideología antifranquista. Algunos psiquiatras se vincularon a partidos de izquierda y contribuyeron, en un período en que los profesionales y los intelectuales tenían un cierto peso en los aparatos de los partidos, a que el modelo de asistencia comunitaria penetrase con fuerza en los esquemas políticos. A ello se asociaba la asunción por parte de la progresía de un ideario vehiculado por la publicación de los principales textos de los antipsiquiatras: el discurso sobre la liberación de los locos, sobre el relativismo cultural de los trastornos psicopatológicos en un momento en que crecía el uso de la *cannabis* y de los alucinógenos, junto con las teorías relativas al control social y al papel del secuestro en la atención a los

30. Sobre los movimientos cívicos puede verse Castells (1978). Para Cataluña son particularmente útiles Fabre y Huertas (1976-1978), que presentan a la mayor parte de movimientos ciudadanos así como el estudio sectorial de Colomer sobre los estudiantes (1978). Puede verse también Maravall (1978), y para el estudio de los movimientos contraculturales en Cataluña, Romani (1982).

locos, podía ser percibido como una metáfora de la propia vida cotidiana del país, en la que los ciudadanos eran como locos perseguidos por loqueros vestidos de gris.

Sin embargo, pensar en los psiquiatras como en un todo unitario era falso. Entre 1974 y 1980, los profesionales ya se dividían en tres grupos de naturaleza más o menos faccional: uno de ellos adoptaba las posturas clínico-médicas, pero perdía representatividad porque en un mundo de *progres* resultaba muy difícil explicar el uso que hacían de los psicofármacos, de las técnicas de modificación de conducta puestas en un brete en la «Naranja mecánica» —que todo *progre* que se preciase había visto en Perpiñán—, o por el *electroshock* —visto también en «Alguien voló sobre el nido del cuco»—. <sup>31</sup> Más aun, este grupo de psiquiatras, cuyas ambigüedades he destacado al hablar del libro de Manuel Valdés (cfr. Valdés, 1974; Comelles, 1979), podía aparecer más identificado que los otros con la jerarquía de la profesión, a la cual en esos años se acusaba, precisamente, de haber olvidado la asistencia psiquiátrica (cfr. González Duro, 1978). El segundo grupo lo componían aquellos que sostenían posturas más radicales, más próximas al situaciónismo de los primeros setenta o a los idearios antipsiquiátricos más duros. Algunos, durante la Transición, conectaron con posturas ácratas. Por regla general, este grupo o facción tendía a desbordar por la izquierda al tercer grupo, el reformista, que puede aparecer hoy como el más vinculado a los partidos de la izquierda parlamentaria clásica. Durante el tardofranquismo ambas facciones hubieron de contemporizar hasta cierto punto, pero durante la Transición, una vez terminada la dialéctica *Franco/nosotros*, los reformistas contribuyeron a desplazar, e incluso a purgar, su ala izquierda (cfr. García, 1979), y se erigieron en los representantes de la alternativa psiquiátrica por delante de sus colegas del primer grupo, que hasta muy recientemente no se han lanzado a la palestra, como veremos más adelante (cfr. Herrero, 1986).

Los reformistas y los radicales diferían en la táctica, pero coincidían en la necesidad de una fuerte vinculación de la reforma psiquiátrica con los objetivos de los movimientos ciuda-

31. En los últimos años se asiste a una cierta rehabilitación no poco emblemática del *electroshock*. Véase, por ejemplo, Abella y otros (1981:533-535, 536-538), y también la reciente revisión que realiza Herrero (1983:2) sobre la literatura anglosajona reciente.

danos. Por ello, en ese período de indefinición que se produce entre el verano de 1976 y las elecciones municipales del 79, ambos coprotagonizan experiencias que van a resultar fundamentales para comprender la política psiquiátrica posterior. Me refiero a la fundación de los Centros de Higiene o Salud Mental en los barrios de algunas grandes ciudades. <sup>32</sup>

Estas instituciones, adoptan el modelo de dispensarios de atención a problemas psicopatológicos situados en áreas geográficas percibidas exteriormente como coherentes, con una voluntad de inserción en las mismas y con la intención de ofertar un modelo de atención diferente al ofrecido hasta entonces por los dispensarios de Psiquiatría de los hospitales, por los neuropsiquiatras del Seguro o por los privados. Esto era así porque desde el principio ofrecían el trabajo interdisciplinar y en equipo de profesionales de distinta formación: psicólogos, psiquiatras, ATS, asistentes sociales o cuidadores.

El nacimiento de estas instituciones tiene cierta semejanza con el papel que ejerció la privatización filantrópica a fines del siglo XIX: la de constituir, en un marco jurídico privado, experiencias de vanguardia, autogestionadas, alternativas al modelo de asistencial convencional y que se presentaban como los embriones de una futura red pública de asistencia. En Cataluña hay que aproximar este tipo de fundaciones a las que en el terreno de la educación supusieron las cooperativas de enseñantes agrupadas más tarde en el *CEPEC*, y que se proponían también crear la escuela catalana de vanguardia para sentar la infraestructura de la enseñanza autónoma posterior.

Es posible aproximarse a este fenómeno a través del libro de Enric Mora y otros (1982); o del *dossier* elaborado en ocasión de las *Jornades de Salut mental a Catalunya* (1982), el primero representando el modelo de *praxis* espontánea llevado a cabo por los sectores más radicales, el segundo recogiendo las experiencias más institucionalizadas e integradas.

El documento fundamental del libro de Mora y otros (1982), es sin duda: «*Teoría y praxis de la Higiene Mental: documento unitario*» de la Coordinadora de Centros de Higiene Mental, en el que se pasa revista a los objetivos fundamentales del movi-

32. La historia de las purgas está particularmente bien documentada en García (1979). En cambio, en la literatura sobre el tema se pasa por encima del tema (cfr. Sáez, 1978; González de Chaves y otros, 1980).

miento.<sup>33</sup> El punto de partida está en la asunción que tanto la asistencia ofrecida por las Diputaciones, como la de la Seguridad Social persiguen la deshumanización de la relación terapéutica ya que el sufrimiento del paciente es diagnosticado y reificado como enfermedad, y esto implica segregación del mismo y desvinculación de su medio, pérdida de identidad. Y desde un punto de vista institucional esta política se centraría en términos de beneficio económico, pero no sanitario y estaría al servicio de los intereses de la industria farmacéutica. La consecuencia de esta situación sería la imposibilidad:

«de llevar a término un trabajo asistencial en la Comunidad, dirigido a la población y al medio en que se inserta. Esto implica el planteamiento nulo de la integración (absolutamente necesaria por otro lado) en la planificación de la salud y la asistencia preventiva de otros trabajadores de la Salud mental, tales como auxiliares, enfermos, educadores, asistentes sociales, psicólogos, etc...» (MORA y otros, 1982: 124.)

y en consecuencia el poder omnímodo del médico, y la aparición de un sector privado parasitario destinado a especular con el sufrimiento del enfermo.

El objetivo de los Centros de Higiene Mental se situaría en asumir «un proceso de acción directa de los recursos de la comunidad sobre determinados aspectos de la Salud mental». Esta asunción según los promotores no sería la acción exclusiva de los profesionales, sino el fruto de una interacción muy descentralizada entre ambos destinada a sensibilizar al colectivo en torno de las causas y las condiciones que estarían bajo la eclosión de los trastornos psicopatológicos. Un segundo objetivo sería la intervención curativa sobre las enfermedades (cfr. Mora y otros, 1982: 126). En ese sentido, los Centros de Higiene Mental se prevén únicos, vinculados a las características sociales y políticas de los barrios, e inserto en la red de instituciones de estos, aunque en régimen de autonomía.

Jaume Guardia y otros (1982: 137-42) han hecho un relato lleno de significado sobre esa fundación:

33. El caso del *Bon Pastor* es ejemplar en cuanto a que su fundación responde a una circunstancia de falta de trabajo estable para los fundadores que conduce a un proceso de concienciación (véase Mora y otros, 1982).

«De alguna forma, así se inició la experiencia de la praxis del *Centre d'Higiene Mental del Bon Pastor* hablando de salud, poder y locura. Sus otros orígenes cabe buscarlos en el análisis crítico de otras experiencias, así como en el poso de lo producido por aquellos que de alguna forma u otra se han empeñado en escribir sobre enfermedad y salud mental.»

El documento «*Salut mental i Comunitat a Catalunya*» ofrece un contraste marcado con el tono militante empleado por Mora y su grupo. En una primera parte de carácter teórico Vidal Teixidor, Bayés, Bassols y Joan Campos, entre otros, presentaban las aportaciones de distintas corrientes teóricas a esta problemática: el psicoanálisis, la fenomenología, la teoría de sistemas, etc. En la segunda parte exponían aportaciones concretas que abarcaban una gama amplia de campos de acción desde la perspectiva del análisis de las praxis involucradas y de los criterios teóricos que las presidían. Pero en este documento ya no es perceptible el espontaneísmo y la falta de rigor expositivo del libro de Mora. Nos hallamos ante un documento mucho más académico en el que la lista de participantes representa a distintos colectivos profesionales e instituciones como el *Hospital de Sant Pau*, algún Centro de Salud mental de barrios, las experiencias realizadas en las escuelas o propuestas para ellas, las alternativas al ambulatorio. Ambos documentos representan un antes y un después, separados por las elecciones municipales. El documento de Mora refleja el voluntarismo, las *Jornadas* la inserción del modelo de asistencia comunitaria en los esquemas del cambio político una vez los partidos de izquierda asumieron el poder en los municipios y en algunas Diputaciones.

Ambas experiencias tienen puntos en común. El primero que en todos los casos son *recuperables* por la administración, aunque nacidas de propósitos vinculados a sectores de profesionales que habían ido desarrollándolos antes de 1979. En segundo lugar se sitúan *fuera* de la Seguridad Social y de la universidad. En tercer lugar, quienes intervienen en ellos son personajes que no se colocan en las vías convencionales de la profesión, puede haber nombres mal vistos por la jerarquía universitaria, y se incluyen sistemáticamente profesionales no psiquiatras tendencialmente percibidos por los psiquiatras de esos centros en plano de igualdad: esta inclusión suele ir más allá de los psicólogos e incluye ATS, cuidadores, educadores, asis-

tentes sociales y ocasionalmente científicos sociales.<sup>34</sup> En quinto lugar, se sitúan al margen de las estructuras de formación convencionales: la que ofrecen es autodidáctica y pragmática, pero no está incluida en los esquemas de los programas MIR. La producción intelectual que de ellos pueda nacer se vehicula mucho más a través de las formaciones en Psicología o de las Escuelas de Trabajo social que en las facultades de Medicina.<sup>35</sup>

Este modelo de *praxis* tiene un peligro asociado a estas mismas características infraestructurales. No está sostenido por un proyecto de formación y de reproducción de profesionales homologado, ya que no existía en España formación que permitiese el adiestramiento para este tipo de *praxis*. Esto confiere al movimiento una debilidad teórica que se manifiesta por el bajo nivel de conocimiento de la teoría social y el mal uso de los conceptos elaborados fundamentalmente por la Sociología o la Antropología social. Suelen manejarse mal, cuando, paradójicamente, muchos de los planteamientos que utilizan se hacen en base a interpretaciones en las que son rastreables esas influencias. A medio plazo, este problema de formación puede ser un grave obstáculo para el desarrollo de este campo, ya que su debilidad teórica favorece la dilución de las responsabilidades profesionales y la pérdida de la especificidad en los componentes del equipo. Ésta no es percibida por ello como enriquecimiento multidisciplinar que permiten enfoques distintos contrastables y críticos. Por ello, funcionan exclusivamente como colectivos consensuales en los que lo fundamental para su estabilidad puede ser, simplemente, su capacidad para favorecer la horizontalidad de relaciones personales, y la diferenciación de las etiquetas corporativas. En esas condiciones se corre el peligro de que la asistencia social haga de psiquiatría de cuidador o de asistente social, el psicólogo de psi-

34. Los movimientos alternativos en Psiquiatría han supuesto en todos los casos un proceso más o menos marcado de desmedicalización. Ello ha supuesto un cierto grado de conflicto en relación con los actores en presencia ya que no todos los psiquiatras aceptaban o aceptan del mismo modo esa pérdida de *status* y su homologación con los demás trabajadores. Véanse Mora y otros (1981), R. García (1979) y Comelles (1986).

35. La única formación de postgrado en Psiquiatría Social ha sido durante años un curso que se impartía en el Departamento de Psiquiatría de Barcelona. El peso de este campo en la formación psiquiátrica de pregrado es mínimo y la existencia de docencia en el mismo muy limitada.

quiatria, de sociólogo o de cuidador, y el cuidador de antropólogo y de psicólogo, sin que en eso se produzca a través de un proceso crítico, ni de una formación específica, sino como la consecuencia de la elaboración de una especie de saber consensual, poco sólido teóricamente por compuesto de lecturas dispersas, de análisis de la realidad basadas en principios humanitarios difusos y que tiene como fundamental función asegurar la estabilidad del grupo y la amistad de sus componentes.

El segundo peligro que corren estas posturas es encerrarse en un sector limitado de la oferta psiquiátrica, lo que algunos han llamado la «oferta blanda» para oponerla a la dura representada por la *praxis* medicalista, ella si doblada de un importante aparato de investigación y de formación, y que a medio plazo puede sentirse tentada por penetrar en este campo de actuación, que hasta ahora le permanece vedado.

### 6.3.2. *El individuo contra la comunidad*

Paralelamente al desarrollo de los proyectos de reforma de la asistencia psiquiátrica comunitaria, se desarrolla en España una silenciosa labor de reconversión de la Psiquiatría por los psiquiatras de los hospitales generales. Este sector de profesionales, vinculados al discurso biomédico, propugnador del uso de psicofármacos, y eventualmente del *electroshock* y mantenedores de una *praxis* clínica que sus opositores han llamado *neokraepeliniana*, se encontraron durante buena parte de la Transición en una posición desairada. Habían de rehacer su imagen ante sus colegas médicos, pero el camino para alcanzarlo suponía utilizar medios que la *progresia* rechazaba como tan opresivos como los que la fuerza pública empleaba sobre ellos mismos. Esta situación que suponía asumir algunas de las contradicciones del discurso biomédico tubo de engendrar tensiones.

Manuel Valdés las había apuntado en «*La confusión de los psiquiatras*», pero es posible hoy percibirlos de modo distinto a partir de la aparición de un discurso marcadamente hostil a cuanto suene a Psiquiatría Social entre ciertos psiquiatras.

Viene ello a cuento porque en los últimos meses he podido explorar algunos de los signos de esta radicalización que pude estudiar de cerca a mediados de los setenta en relación al sistema de facciones existente en el Instituto Mental de la Santa

Cruz (cfr. *Comelles*, 1979, II). Allí una alianza entre los reformistas y los sectores situados a su derecha propiciaron el establecimiento de un pacto que había de conducir a la construcción de una unidad clínica en el hospital general. Desde su inauguración en 1983, la institución ha seguido la vía técnico-clínica que una de las facciones implantara en el manicomio a mediados de los setenta. Significativamente, un sector de los profesionales que allí trabajaban se han erigido en líderes de las tendencias más avanzadas en psicofarmacología, y el discurso que sostienen vuelve a recuperar el estilo clínico profesional de una psiquiatría muy «médica» en el sentido corporativo de la palabra (*Comelles*, 1986).

Esta tendencia ha tenido relativamente muy poco eco en los medios de comunicación social. Sus aportaciones se producen en las revistas profesionales y en forma de producción profesional y resulta difícil hallar documentos, para el gran público en los que establezcan sus propósitos y su postura teórica. Una excepción la constituye un artículo reciente de Leandro Herrero Velasco publicado en un periódico de amplia difusión y notable influencia, titulado «*La agonía de los psiquiatras*» en el que efectúa un análisis provocador acerca de las condiciones en que se ejerce la Psiquiatría en nuestro país en los tiempos que corren.<sup>36</sup>

Herrero confirma la existencia de dos tendencias en la Psiquiatría española, rompiendo con ello la imagen unitaria que los reformistas habían procurado presentar,<sup>37</sup> y entiende que esta situación es el fruto del cambio tecnológico realizado en psiquiatría en los últimos diez años de la mano del desarrollo de la Psiquiatría biológica, de los avances en psicofarmacología, por la preponderancia de las clasificaciones «operacionales» en

36. Leandro Herrero fue el director de una experiencia editorial original, «*Newsletter Psiquiatría*», en la que se revisaba la literatura psiquiátrica de forma breve, concisa y sintética. Esta experiencia actualmente continuada en «*Dossiers de Psiquiatría*», le acredita como un brillante polemista, entre escéptico e irónico.

37. Esta imagen unitaria no ha podido ocultar indicios de fraccionamientos y de rupturas: sucedieron en tiempo de los conflictos, y más recientemente la lectura entre líneas de las distintas publicaciones manifiesta más tensiones de las que realmente se asumen. Resulta particularmente interesante seguir el conjunto de la RAEN. (Cfr., en especial, González Duro, 1983, 1986, y González de Chaves, 1984, dos de los purgados.)

psicopatología y por el peso que viene ejerciendo en ellas la clasificación norteamericana conocida como *DSM-II*. Apunta que ello ha supuesto un cierto *neokraepelinismo* y un retorno a la hegemonía del modelo médico-clínico.<sup>38</sup>

Señala que, simultáneamente a esos cambios se ha ido produciendo la aparición de movimientos alternativos o «compensatorios» en forma de instituciones nacidas en torno a las tesis de autoayuda, al refugio en el grupo, en forma de «sectas» que se vinculan a un discurso *soft* opuesto a la *praxis dura* de la psiquiatría biologicista:

«A este paso vamos a expertos en fármacos y expertos en dinámica de relaciones vecinales. Ambos expertos se dicen psiquiatras y el ciudadano no lo acaba de entender, o se le explican mal las ofertas y se le da gato por liebre.» (HERRERO, 1986:1.)

la crítica, sobre los grupos *soft*, es decir, sobre los que pugnan los modelos *comunitarios*, se centra sobre los puntos siguientes: 1. Sacralización de la autoayuda y del voluntarismo. 2. Desprofesionalización de la salud mental en los siguientes términos: a) el canto al equipo *versus* el profesional individual adiestrado, b) la dilución de la responsabilidad del profesional individual en el equipo, c) la dilución del conocimiento: la psicopatología se hace obvia y basada en variables sociales meridianas, d) el refugio de un equipo cuanto más acéfalo y menos jerarquizado mejor. 3. Existencia de una mística de la interdisciplinariedad.

Sugiere que el uso retórico, que no real de esa interdisciplinariedad da lugar a una imagen bimodal cargada éticamente de la psiquiatría.

«Es *progresista* el grupo, el interés por «la familia», por lo colectivo, la psiquiatría social, las «redes familiares», todo lo que se apellida «comunitario», el trabajo en equipo (...).

»Es *antiprogresista* el individuo, la psiquiatría «biologicista», la individualización de los problemas, el uso de fármacos, la psiquiatría como *especialización médica*.» (Herrero, 1986:4.)

38. Desde un punto de vista profesional, éste implica la hegemonía indiscutida del médico frente a los demás profesionales de asistencia psiquiátrica y la subordinación de éstos en un sistema jerárquico que deriva de la propia organización del hospital.



En el balance destinado a dar soluciones es menos claro:

«Para quien sepa aportar "tecnología" y "contacto". Lo *primero* quiere decir estar al día en conocimiento científico, que en psiquiatría pasa por *redescubrir* en serio la biología y *contar* con una *antropología biológica* ni mecanicista ni metafísica; integrar, se quiera o no, a las *neurociencias* y aceptar que eso no tiene nada que ver con cantos manicomiales ni camisas de fuerza químicas.» (HERRERO, 1968:5.)

A ello asocia la necesidad de responsabilidad y de competencia y piensa que esa competencia asociada a la competitividad que se deduce de su planteamiento en relación al fracaso:

«Fracasará el que funcione únicamente con tecnología, sin mirar la cara del paciente, el que recete indiscriminadamente, el "biologista" acérrimo y miope. Fracasará el que sólo de "contacto", el que sólo hable con el paciente de sus demonios familiares infantiles, sin *solucionar* el que pueda ir solo al mercado, etc...» (HERRERO, 1986:5.)

De alguna manera, aunque sin decirlo explícitamente, Herrero apunta a que será la competitividad la que acabará estableciendo la competencia profesional, cuando afirma que va a ser la selección natural la que se ocupará de resolver el problema de la bimodalidad.

Me he detenido en el texto de Herrero porque no es frecuente en medios de comunicación social una crítica de ese calibre al discurso convencional de la psiquiatría progresista, y aunque su tipología linda con la caricatura, responde a una realidad observable.<sup>40</sup> Su problema es que se ve impelido a actuar como sociólogo o como antropólogo social *malgré lui*, y sin formación teórica adecuada ello le obliga a adoptar uno de los roles que crítica, queda de manifiesto la debilidad teórica de su postura y emerge el panfleto que le resta fuerza y validez. Quiero comprenderlo como la consecuencia de la posición personal de Herrera, y de quienes se alinean con su postura, durante los años de la Transición, en los cuales la posición teórica que defienden se vio perseguida por una demagogia considerable surgida desde la *progresía*. La bicefalia existía en 1975, y el canto al profesionalismo hubiese podido hacerse entonces de no ir asociado a connotaciones que lo hacían sospechoso de filofranquismo. Pero en 1975 no era posible publicar un texto de esas

características, salvo en un medio de comunicación derechista.

El problema tal y como lo plantea Herrero no es un problema de conocimientos, ni de ideas, ni de competencia profesional. Es fundamentalmente un problema social, el del reconocimiento por parte de la sociedad de un modelo de *praxis* profesional que había sido percibido como sospechoso por ciertos sectores de la profesión.

Esta percepción no es únicamente una reacción contra un grupo de psiquiatras enzarzados en un modelo de práctica concreto, sino una actitud en contra de un modelo de *praxis* médica sobre la cual existe abundante literatura crítica. Apunta que la crisis de esa *praxis* es la consecuencia del acoso social y legal a que se ve sometida una profesión que ha transformado profundamente sus técnicas en los últimos años, pero que sigue sosteniendo como modelo ideológico, el de la relación médico-enfermo que se establecía *antes* de la nueva situación, en un momento en que gozaba de prerrogativas que le concedían prácticamente una libertad absoluta de actuación, sin cortapisas legales. En la nueva circunstancia, al irse progresivamente distanciando el médico del enfermo por mor de la institución, del hospital, de la clínica en la cual el médico adquiere su prestigio porque está en él, pero en el que su papel disminuye, aumenta su distancia con el paciente y desaparecen las relaciones entre ambos que engendraban los viejos procedimientos clínicos de diagnóstico y seguimiento.<sup>39</sup>

La progresiva tendencia a la proletarización de los médicos en aquellos países con sistemas públicos de salud y la pérdida de *status* de los médicos favorece la radicalización en ese sentido, como puede apreciarse a través de la lectura de los conflictos que han presidido las discusiones en torno al articulado de la Ley General de Sanidad. Y hay que pensar en un último factor: El tardofranquismo y la Transición se caracterizaron por una hiperpolitización de casi todos los sectores de actividad y en particular en los sectores profesionales, que tenían la consideración de profesiones liberales. Era la consecuencia del papel que habían jugado estos grupos como alternativa a los movimientos políticos o sociales organizados, pero ello incluía la asunción por los profesionales de formas de comportamiento y eventualmente opciones teóricas que no estuviesen

39. Sobre estas transformaciones, véase Freidson (1978), Rodríguez (1984) y Greenwood (1984, 1984a).



en contradicción con el esquema político que se manejaba. El simplismo de este último favorecía, por ejemplo, la aproximación entre la represión policial y la represión mediante fármacos («la camisa de fuerza química») podía implicar en muchas ocasiones el que quienes utilizaban fármacos debiesen disimularlo incluso frente a sus amigos para no ser percibidos como versiones modernas de la Brigada Político-Social. Estos argumentos sin embargo, no justifican plenamente la posición del comentarista, ya que subyace en el autor un desconocimiento aparentemente profundo del proceso seguido no ya por la Psiquiatría española, sino por la de los países vecinos. En realidad, a lo largo de los últimos doscientos años ha existido una alternancia e incluso simultaneidad entre las posturas *hard* que propugna y las opciones *blandas*, lo que Greenwood (1984), citando a Coulter llama *intervencionismo* frente a *naturalismo*, y que las opciones hegemónicas entre una u otra no dependen de su bondad científica como de su compatibilidad con esquemas políticos específicos.<sup>40</sup>

No quisiera, sin embargo, descalificar a Herrero, con quien comparto su defensa de la profesionalidad, pero sí señalar los peligros que acechan a su postura ya que, corre el peligro de disociar la *praxis* psiquiátrica de la realidad. En primer lugar, los procesos asistenciales se producen en la sociedad mal que le pese a Herrero. El psiquiatra, tanto si ejerce en consulta externa como en régimen de internado ve al enfermo durante un tiempo muy limitado. El resto del tiempo el enfermo permanece en manos de sus familiares o del personal auxiliar y no se puede negligir la influencia que ambos ejercen sobre él ni la que éste ejerce sobre el personal o los familiares. Pensar que esa interacción no puede tener repercusiones en la producción psicopatológica es como mínimo temerario. En segundo lugar, este tipo de actitud que tiende a individualizar los casos y a separarlos de su contexto, aunque se presente como una necesidad metodológica, tiende a prescindir de la influencia que el medio puede inducir en el enfermo, porque es un campo para el que no dispone de recursos aparentemente tan efectivos como los que puede ofrecer la terapéutica psicofarmacológica o la consideración del caso desde una perspectiva estrictamente clí-

40. Un excelente análisis sobre la contextualización política de los procedimientos de autoayuda, y en general sobre las técnicas *soft* están en F. Castel y otros (1979), y sobre todo en Menéndez (1984).

nica. Pero ello plantea un problema que entiendo puede tener graves consecuencias si no se considera desde una perspectiva más o menos desapasionada: aunque podamos aceptar, en este momento, que no existe relación causal y solo circunstancial, entre variables socioculturales y trastornos psicopatológicos y que en consecuencia las técnicas terapéuticas en este campo son de dudosa eficacia, o que hayan fracasado parcialmente; tampoco tenemos evidencia absoluta, sino circunstancial, de la relación causal entre variables neurobioquímicas y trastornos psicopatológicos (y excluyo evidentemente a las psicosis orgánicas), y las técnicas terapéuticas en este campo son a veces también de dudosa eficacia.

#### 6.4. LOS VIENTOS DE LA REFORMA

A pesar de cuanto he venido diciendo, la Psiquiatría en España no puede considerarse, al final de la Transición, una profesión total y absolutamente consolidada, aunque su *status* como disciplina ya no se discuta. Desde este último punto de vista su vinculación internacional está plenamente asentada, la transmisión de información se produce de forma regularizada, y la disciplina ha adquirido un reconocimiento público tanto ante la administración, como de la sociedad. Únicamente en el campo de la formación y de la investigación subsisten lagunas que impiden una adecuada profesionalización, muy centradas en déficits de infraestructuras que son comunes a la mayor parte de disciplinas científicas o teóricas en este país. En este caso, sin embargo, subsisten déficits vinculados a la posición marginal que la Psiquiatría ocupa en relación a la Medicina, a su pésima conexión con las formaciones en Psicología y a su nula articulación con las disciplinas sociomédicas.

Desde el punto de vista profesional, la situación es mucho menos favorable como consecuencia del caos administrativo en el que sigue viviendo a los diez años de iniciada la Transición.<sup>41</sup>

41. La existencia de voluntariado en Psiquiatría es una prueba más de la falta de reconversión de buena parte de la asistencia psiquiátrica. El voluntariado en Medicina desapareció entre 1970 y 1975 y sobre todo con la introducción del sexto curso rotatorio en muchas facultades de Medicina.

El equipamiento sigue dependiendo de instancias muy diversas y está todavía fuera de la Seguridad Social. Más aun el dispositivo asistencial más importante, el provincial, está pésimamente articulado con las instituciones universitarias y muy deficientemente cubierto por el programa MIR,<sup>42</sup> por lo que su capacidad de formación de nuevos profesionales es más limitado de lo que debería ser.<sup>43</sup>

La Transición no ha supuesto tampoco una mejora en la coordinación de los dispositivos de asistencia psiquiátrica existentes. En 1986, a poco de haberse aprobado la Ley General de Sanidad, la estructura institucional es prácticamente idéntica a la que describiera González Duro (1975).<sup>44</sup> Ello supone que las Diputaciones y el sector privado se repartan la mayor parte de las camas psiquiátricas, y que las nuevas instituciones nacidas durante la Transición hayan implicado a instituciones como los Ayuntamientos que hasta entonces no habían intervenido en este campo, contribuyendo con ello a incrementar la confusión organizativa.<sup>45</sup>

42. El sistema MIR se rige por un concurso estatal que da lugar a un escalafonamiento de los candidatos. En función de éste pueden elegir varias opciones, lo cual supone la existencia de opciones marginales que se asumen si no existe otra alternativa. Ello implica una elección sólo parcial de especialidad.

43. La antigua legislación sobre especialidades incluía la concesión de la titulación homologada por el Estado, tras dos años como mínimo (después tres) en una institución hospitalaria o dispensario de dicha especialidad. Esta estancia se efectuaba normalmente en régimen de voluntariado y en general a dedicación parcial. La nueva legislación, que no ha introducido un verdadero *numerus clausus* en el acceso a la licenciatura de Medicina, ha incorporado una limitación tremenda al acceso a las especialidades. Estas sólo se obtienen a través de sistema MIR (en España o en el extranjero) o a través de las Escuelas profesionales. Se da por ello la circunstancia que la acreditación MIR es muy limitada por razones presupuestarias, y sólo interviene en hospitales homologados, entre los cuales muy pocos manicomios, por lo que ha nacido un mercado de trabajo paralelo, con contratos temporales en hospitales psiquiátricos que implica el mismo régimen laboral que los MIR pero sin derecho a obtener el título...

44. El caso de Tarragona es ejemplar. Existen dos hospitales psiquiátricos privados en la provincia y ninguno provincial, en Tarragona se atiende a un sector... de la provincia de Barcelona. Obviamente, ambos hospitales actúan como un fuerte grupo de presión frente a cualquier actuación provincial que no sea controlada por dichos centros.

45. Véase Cabrero (1983), referente a la Diputación de Barcelona, y Bassols y otros (1980) en relación a la política seguida por la Generalitat provisional entre 1977 y 1980.

La indefinición del modelo es la consecuencia de la propia historia del sector durante el tardofranquismo y la primera Transición reformistas en los hospitales psiquiátricos, por la creación de algunas unidades clínicas en los hospitales generales o por intentos de crear dispositivos de asistencia exterior como han sido los Centros de Salud mental en las barriadas de Madrid o de Barcelona.

El origen de todas estas experiencias responde a iniciativas *particulares*, es decir a iniciativas de profesionales que las ponen en marcha con la aquiescencia de las administraciones, o aprovechando resquicios legales o ante la actitud tolerante de la administración. Esta falta de delimitación de competencias ha permitido incluso que las Diputaciones, los Ayuntamientos y hasta la Seguridad Social se hayan hecho cargo, total o parcialmente, de los costos generados por ellas, a partir de las elecciones municipales de 1979.<sup>46</sup> Para las coaliciones de izquierdas que las controlaron, la acción en el campo de la asistencia psiquiátrica o de los servicios sociales podía ser un buen ejemplo de acción de gobierno en futuras elecciones. En Barcelona y en Madrid, pero también en otras provincias, la gestión de la asistencia psiquiátrica se confió a personalidades reformistas, y las experiencias de ambas capitales se presentaron como experiencias piloto.

Si clasificamos estas reformas podemos contemplar tres tipos fundamentales de actuaciones: creación de unidades clínicas en hospitales generales; profundas reformas internas en algunos hospitales psiquiátricos y descentralización y sectorialización de la asistencia externa ofrecida por los mismos; creación de instituciones de asistencia exterior o de centros para responder a demandas específicas. Dentro de cada una de ellas es posible hallar orientaciones teóricas muy diversas, pero en torno a las cuales cabe decir que únicamente las unidades clínicas mantienen una vinculación con el aparato institucional de formación. Las demás permanecen al margen del mismo.

A fines de 1977 el Ministerio de Sanidad, recientemente creado, solicitó de una comisión de expertos entre quienes se encontraba J. Montoya, la redacción de un informe que estable-

46. La dependencia económica de estas instituciones públicas es la que ha supuesto algunas de las crisis. Por ejemplo, en caso del Centro de Salud mental del Carmelo en Barcelona, o la crisis entre la Generalitat y las escuelas del CEPEC que dura ya varios años.

ciese las bases de la futura reforma psiquiátrica. El texto proponía la integración de la Psiquiatría en la asistencia sanitaria, su carácter integral, una serie de principios desinstitucionalizadores y de zonificación, la necesidad de intervención interdisciplinaria en torno al mismo. Establecía finalmente la necesidad de una infraestructura administrativa nueva.

El problema fundamental con el que topaba era la financiación de un campo asignado a la administración local en un momento histórico en que no estaba todavía definido el estado autonómico y en el que era difícil prever cual sería la ubicación final del conjunto asistencial.

Este documento fue criticado ferozmente en su momento por los reformistas (vg. *Corcés y González de Chaves*, 1978) a causa de los ribetes tecnocráticos que tenía y porque dejaba indefinidos los plazos de actuación y la posición de la Psiquiatría dentro de la Sanidad. Este tipo de críticas formaban parte de la labor de acoso a UCD que emprendió el conjunto de la izquierda. Lo cierto es que haciendo salvedad del diseño futuro del Estado autonómico, el informe aludido trazaba las líneas maestras de lo que serían las propuestas convertidas en operacionales por la propia izquierda en el poder.

Las directrices de la izquierda, en especial las elaboradas por el PSOE, se hallan reunidas en una serie de documentos, más o menos relacionados entre sí y que han visto la luz desde finales de 1981 hasta la actualidad. Los fundamentales son la *Proposición no de Ley Socialista sobre la creación de servicios de Psiquiatría en Hospitales de la Seguridad Social* que fue aprobada por las Cortes a principios de 1982, un texto sobre Salud mental que recoge las conclusiones del *Seminario de Salud mental* (1984) y el *Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica* (1985). Todos ellos desarrollan lo que la *Ley General de Sanidad* (1968), presenta en quintaesencia.

El camino hacia un modelo operativo de actuación ha supuesto un cierto desgarramiento en las filas de los reformistas. Los más radicales de los mismos han sido excluidos, mientras que en el diseño de los distintos informes se aprecia la presencia de tecnócratas que ofrecen soluciones pragmáticas. Esto es evidente en los dispositivos asistenciales de Barcelona y de Madrid en los que se desplaza el énfasis sobre los centros de salud mental y sobre las unidades psiquiátricas, mientras que la red de hospitales psiquiátricos queda en segundo plano se desman-

tela. El manicomio es percibido como un fenómeno residual destinado a desaparecer.<sup>47</sup>

Este modelo responde al descenso de la cifra de internados en manicomios que en España empieza a manifestarse desde principios de los cuarenta. De ahí que se opte por una política que prime la rotación de enfermos y reduzca los costos asociados al mantenimiento de crónicas.

A medio plazo esta estructura, infeuda los dispositivos exteriores a las unidades clínicas porque propone la articulación de ambas aun en aquellos casos en que pueda haber una divergencia de planteamientos teóricos, originada, como hemos visto por los procedimientos distintos de reclutamiento y por la propia fundación de los dispositivos exteriores. En este modelo se plantea la necesidad de la coexistencia, a cortomedio plazo de dos discursos: uno, de base científico-biológica, y otro de carácter asistencial-comunitario que suponen también modelos distintos de organización de los *staffs*. Las contradicciones que esto supone no quedan resueltas por los legisladores, que hacen abstracción de la existencia en Psiquiatría de polémicas teóricas.

La *Ley General de Sanidad* pone en evidencia esas contradicciones y las concesiones a unos y otros. En primer lugar ya no habla de *Servicio Nacional de Salud*, que había sido el caballo de batalla de los reformistas, sino de *Sistema*, un término mucho más tecnocrático y que no introduce la noción de *servicio* a la ciudadanía. En segundo lugar conculca los principios de igualdad, universalidad y gratuidad al no extender la cobertura a toda la población sin discriminaciones, al mantener criterios de gradualidad en el acceso a la asistencia gratuita y el presentar esta como una concesión y no como un derecho: es decir que para no pagar hay que probar que uno es pobre, con lo cual se introduce una instancia de clasificación social que recuerda no poco el modelo de actuación de la beneficencia de otros tiempos. Al mismo tiempo sigue manteniendo a la

47. La crítica más dura a esta política puede verse en Onésimo González (1983), probablemente el autor más coherente de los reformistas y que ha sido uno de los líderes en la reforma de la asistencia psiquiátrica en la provincia de Huelva. Hay que tener en cuenta que algunas corrientes asistenciales aceptan la persistencia del hospital psiquiátrico si bien en unas condiciones que no son las custodiales. Véase también el balance de la reforma realizada recientemente por Menéndez Osorio (1987) en el número 7(23) de la *RAEN*.

asistencia psiquiátrica en una dependencia transitoria de las diputaciones que pueden posponer la reforma de este sector al siglo XXI, y no se plantea una política de planificación, con lo cual se consagra probablemente la desigualdad de acceso a los servicios sanitarios en relación con la distribución geográfica de los mismos.

En cualquier caso el modelo elaborado no se propone una transformación real de la situación, sino una adaptación de la misma tratando de orillar todos y cada uno de los intereses de aquellos colectivos con capacidad real de presión: sectores no necesariamente mayoritarios de médicos, la patronal de la asistencia sanitaria privada o intereses de partido en la administración local, sin que se arbitren los medios para integración de esas instituciones en la administración sanitaria autónoma.

En lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica, la Ley de Sanidad es razonablemente parca. Responde a los mismos criterios de ambigüedad y falta de compromiso, y cede a los reglamentos la delimitación de su aplicación concreta. El texto legislativo destina el capítulo tercero (art. 20), a «la salud mental»:

«Art. 20. Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general, y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán sus actuaciones a los siguientes principios:

»1. La atención a los problemas de salud mental de la población se efectuarán en el ámbito comunitario, potenciando los recursos existentes a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.

»Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

»2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

»3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental buscando la necesaria coordinación de los servicios sociales.

»4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán asimismo, en coordinación con los servicios sociales los aspectos de prevención

primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañarán a la pérdida de salud en general. (*Ley General de Sanidad*, 1986.)

Como puede comprobarse no habla en ningún momento de la situación de las 44.000 camas psiquiátricas existentes actualmente en España, y cuya reconversión debe plantearse una vez que la ley consagra el que las hospitalizaciones deben hacerse en Hospital General. Resulta casi basagliana en ese sentido si no tuviera como contrapartida el que el número de centros generales con camas psiquiátricas es extremadamente reducido, y no parece que a pesar de la aprobación en 1982 de una proposición no de ley presentada por el propio PSOE, se hayan dotado y creado las plazas y los servicios en los hospitales generales. Más aun, en los últimos tiempos hospitales psiquiátricos concertados, como el Instituto Pedro Mata de Reus han creado unidades de agudos en el seno de la institución psiquiátrica. La ley tampoco precisa cual habrá de ser la situación de los actuales internos crónicos, muchos de ellos con varias décadas de internamiento, ni la situación del personal de las instituciones psiquiátricas a reconvertir.

Mi impresión es que la Ley parte de una ambigüedad calculada: utiliza un lenguaje próximo al de los reformistas: salud mental, ámbito comunitario, hospitalización parcial, atención a domicilio, rehabilitación, reinserción social, pero cede implícitamente la gestión del conjunto a los sectores menos proclives a los modelos de atención comunitaria, es decir a quienes controlan las unidades de internamiento de los hospitales generales, es decir la Psiquiatría universitaria y los sectores más organicistas de la profesión. Por ello da la impresión que más allá de la retórica comunitarista, la Ley consagra los principios de control «duro» a que hacíamos referencia, decorándolos de una retórica «blanda». Sobre todo porque no establece qué va a suceder con los crónicos actuales, o cuáles van a ser los criterios de jerarquización de las instituciones que no sean los servicios de agudos. Me temo que a medio plazo, e independientemente de la actitud de los responsables de planificación de algunas CCAA, la consecuencia va a ser incrementar el corte entre dos sectores de la profesión: entre un sector hegemónico, muy medicalizado y que va a controlar la formación superior, y otro sector, cada vez más marginal que no va a tener posibilidad de supervivencia a medio plazo. En plena lógica, es decir aten-

diendo a la economía política de la asistencia psiquiátrica, la actual Ley consagra el principio de la gestión «dura» de los riesgos a que se refiere Castel, pero concede a los reformistas el beneficio de la retórica.

## 7. PSIQUIATRÍA SIN SOCIEDAD

«El estado actual de nuestra asistencia psiquiátrica —muy poco elevada y a veces realmente inhumana—, representa la continuación de un largo pretérito, como exponente de una insensibilidad, de una desgana, de una anarquía de estructura psiquiátrica y médico-sanitaria.» (LLAVERO AVILÉS, 1974.)

El objetivo de este libro era tratar de comprender el proceso seguido en España por los profesionales de la psiquiatría y por el conjunto de las instituciones de asistencia psiquiátrica. Se trataba de compararlo con los procesos que habían seguido algunos países europeos y Norteamérica. En un segundo nivel, me proponía comparar el proceso seguido dentro de España por Cataluña, la nacionalidad histórica que convencionalmente ha sido considerada como la que ha efectuado un desarrollo industrial durante el siglo XIX, para romper con ello con la imagen que pretende presentar los desarrollos de Francia o de Inglaterra como homogéneos o monolíticos.

La conclusión fundamental que debe extraerse del presente libro es que el caso de España tiene una doble atipicidad: por un lado porque la periodización que de ella puede hacerse no se corresponde, en absoluto con la de los demás; por el otro, porque existe un desarrollo diferencial de la Psiquiatría y de la asistencia psiquiátrica en las distintas áreas del estado y en especial en Cataluña.

La segunda conclusión es que no puede afirmarse con propiedad que el desarrollo de la asistencia o de la profesión psiquiátrica, hayan de ajustarse a paradigmas pretendidamente universales, pero que en realidad corresponden a un sólo país.

En cualquier caso el papel de la Psiquiatría como disciplina cuyo objeto de estudio se centra sobre algunos tipos de trastornos psicopatológicos, debe ser vista como un conjunto de ajustes particulares a circunstancias y contextos políticos e históricos distintos.

La tercera es que la particularidad española da lugar a un modelo de institucionalización de la oferta y de la demanda de servicios psiquiátricos muy vinculada a la diversidad de la circunstancia sociocultural española.

### 7.1. ESTADO SIN PSIQUIATRÍA

A pesar de la existencia de antecedentes significativos desde finales del siglo XVIII, la Psiquiatría moderna en España se inició durante el Trienio Constitucional. En este período se produjo su homologación por parte de los poderes públicos y el desarrollo de un marco jurídico con el que se posibilitaba el desarrollo de un proceso de institucionalización de la asistencia psiquiátrica.

La reacción absolutista y las vicisitudes políticas del país, impidieron que la homologación profesional y la asunción por parte del Estado de sus responsabilidades al respecto quedasen pospuestas hasta 1931. Ello condujo durante el siglo XIX y el primer tercio del siglo XX a un *proceso de privatización* alternativo a la asistencia pública.

Con la derrota republicana de 1939, no se cuestionó la homologación profesional, pero sí se destruyó la política de estado en este campo. El período 1939-1965 cabe considerarlo como una continuación de la situación de antes de 1931, con algunas modificaciones.

Entre 1965 y la actualidad, y desde iniciativas esencialmente periféricas y no coordinadas por el Estado aparecen dos tipos de desarrollo institucional: uno centrado en el desarrollo de un modo *intervencionista* de Psiquiatría clínica; otro en el desarrollo de un modelo de *asistencia comunitaria*. Ambos han sido recientemente legitimados por la Ley General de Sanidad.

Las claves de este proceso responden a los puntos siguientes:

1. Hasta el Congreso de Viena, España podía ser considerada una potencia de primer orden. Su imperio colonial a fines del siglo XVIII era aun muy importante, el crecimiento económico había terminado con la crisis del XVII, se procedía a una normalización del pensamiento científico y a la introducción de innovaciones en este campo y en el de la técnica. En 1812 promulgó la segunda constitución liberal del continente. Sin embargo, entre 1808 y 1835 España se convirtió en una potencia de segundo orden: perdió la parte más importante de su imperio colonial, padeció una guerra de desgaste durante cinco años (1808-1813) que seguía a una serie de conflictos anteriores con Francia e Inglaterra, sufrió dos períodos de siete y diez años respectivamente de reacción absolutista y vio casi destruido su potencial económico.

Las reacciones absolutistas tenían como objeto frenar la transformación del país en un estado liberal moderno. Éste se basaba en una reforma fiscal, una desamortización y una serie de medidas políticas y económicas susceptibles de liberar las fuerzas productivas y de establecer un nuevo modelo de relaciones políticas. Ninguna de ellas pudo llevarse a cabo adecuadamente. No hubo reforma fiscal más que de modo muy limitado de tal manera que el Estado no pudo recuperar el nivel de ingresos del que disponía en la etapa colonial. El déficit del Estado y su carencia de recursos han sido un rasgo característico de la España contemporánea.

2. La ausencia de un verdadero desarrollo industrial limitó las posibilidades de desarrollo económico y la capacidad de éste en engendrar un nuevo modelo de relaciones sociales, económicas y políticas. La protección de un mercado muy limitado que no podía crecer por los defectos estructurales de la economía impedía el desarrollo de una burguesía industrial realmente influyente. Esta se debatió siempre entre la contradicción que suponía reivindicar un estado moderno y exigir de un estado débil la represión sistemática de cuanto pudiese atentar a su monopolio sobre un mercado muy reducido o a las cuotas de beneficio que este permitía. Por tanto, en torno a planteamientos a medio plazo, la burguesía industrial era capaz de plantear propuestas teóricas de modernización que incluían un aparato de asistencia social, pero exigía a cortísimo plazo medidas permanentes de protección física.

3. Las Desamortizaciones no sólo no pudieron dar lugar a la aparición de una clase media rural de medianos propietarios



que pudiese actuar como agente de ampliación del mercado interno, sino que contribuyeron a incrementar las desigualdades estructurales al tiempo que desarticulaban el dispositivo de asistencia institucional del Antiguo Régimen sin que el Estado tuviese medios para sostenerlo, con lo cual las condiciones generales de la asistencia pública empeoraron.

4. No se produjo un proceso de progresiva laicización del Estado. La ambivalencia de los grupos hegemónicos dentro del Estado en relación a la Iglesia favorecieron la adopción de unas posiciones más reaccionarias de ésta en relación con la Ciencia y el pensamiento positivo: ello se tradujo por una presencia sustancial de la Iglesia en condiciones muy ventajosas en el campo de la sanidad, de la asistencia psiquiátrica y de la enseñanza, con las repercusiones inevitables en relación con la libertad de cátedra, con la selección del personal sanitario y del profesorado con la existencia de sesgos ideológicos que engendraban obstáculos a la introducción de los paradigmas científicos.

5. La asistencia psiquiátrica moderna no pudo ser percibida, en consecuencia como un fenómeno fundamental en la vertebración del estado moderno. Y aun cuando en el propósito de los legisladores existió una cierta asunción de responsabilidades al respecto, por razones económicas, políticas e ideológicas no pasó de la teoría.

6. La falta de homologación por parte del Estado de la disciplina y de la profesión impidió el desarrollo de la primera y la institucionalización de la segunda. De ahí una profunda debilidad de los alienistas tanto en la esfera académica como en su presencia en la sociedad. En esta debilidad intervienen también: a) La identificación mayoritaria de los alienistas, con el pensamiento progresista y con el positivismo, lo cual les hizo siempre sospechosos frente a la Iglesia y los poderes públicos. b) La ausencia de una infraestructura de formación propició una imagen académica del alienista muy desdibujada como correspondía a personas que ejercían otras especialidades médicas. c) Los obstáculos ideológicos no contribuyeron a una presencia adecuada de la Psiquiatría en la Universidad. d) La ausencia de una infraestructura asistencial moderna, o el control de parte de esta por la Iglesia impidió la creación de un espacio de conocimiento intelectual y de formación en torno a la *praxis* hospitalaria. e) La imagen de ineficacia de la *praxis* custodial y la existencia de escándalos relacionados con la re-

tención ilegal de enfermos o con internamientos abusivos enajenaron a los psiquiatras la comprensión de jueces, juristas y políticos que sí tenían capacidad de influir en la administración f) Las presiones del empresariado de las instituciones psiquiátricas privadas y de la Iglesia (el principal propietario) por limitar el poder de los psiquiatras en las instituciones frente a los administradores de las mismas. g) La pérdida de imagen de los alienistas y de los manicomios entre la población que percibía los niveles desastrosos de atención y servicio y los abusos que se cometían con los enfermos. b) La imagen de complicidad de bastantes psiquiatras con las administraciones de las instituciones tolerando o justificando las prácticas abusivas de retención y la represión física de conductas consideradas anormales o violentas.

7. La falta de influencia de los alienistas durante el siglo XIX no permitió el tránsito progresivo de la etapa reformista a la custodial con la aparición de un discurso científico sólido que lo racionalizase. Ello impidió el desarrollo de la Psiquiatría clínica en el seno de las instituciones públicas y su desplazamiento a otras instancias, como los servicios de Neurología, la práctica privada o los gabinetes de investigación dependientes de organismos semiprivados. Por ello, desde finales del siglo XIX, y en especial en Madrid, que carecía de un despliegue institucional como el catalán, se pudo producir el tránsito hacia un nuevo modelo de *praxis* psiquiátrica integrada en la Medicina y dentro de ella articulada con la Neurología. Esta Psiquiatría estaba menos interesada por la dimensión asistencial pese a que sus miembros formaban parte de la intelectualidad liberal o estaban vinculados a los partidos obreros. La convergencia entre este grupo y los psiquiatras catalanes, continuadores de la tradición asistencial, convirtió al conjunto de los profesionales del país durante los años veinte en defensores de un cambio en la política del Estado que resolviese los problemas del sector. No fue por azar que la Psiquiatría española de 1931 fuese en su inmensa mayoría republicana. Esta orientación quedó reforzada por el interés de los gobiernos republicanos en sentar las bases del desarrollo de esta parcela de la asistencia pública, como una forma de contribuir a la constitución del Estado moderno.

8. La ruptura que significó la derrota republicana de 1939 significó el exilio de parte de los autores que lideraban a los psiquiatras y al mismo tiempo, el regreso a una desmoviliza-

ción del Estado en relación a esta problemática. El Estado volvió a desentenderse de problema salvo en circunstancias en que presiones coyunturales de falta de plazas de internamiento le obligaron a actuar de manera puntual: unas veces a través del PANAP, creado a principios de los años cincuenta, o más tarde, a través de acciones llevadas a cabo en algunas provincias por las propias Diputaciones.

9. El período franquista supuso una etapa de soluciones basadas en la exclusión para la asistencia psiquiátrica, haciendo caso omiso del desarrollo de procedimientos sofisticados y complejos de atención en los países europeos en esa misma época. Ello significó el mantenimiento y la potenciación de una estructura dual pero implícita de atención sanitaria a los trastornos psicopatológicos: un sector *duro* centrado en el eje psiquiátras-manicomios, y un sector *blando* centrado en el eje médico-somático. Dicho de otra manera, el período franquista supuso una *psiquiatrización* reducida de la sociedad, limitada a los casos psicopatológicamente más relevantes, y una *medicalización* masiva de los trastornos psicopatológicos leves o con traducción somática: la ansiedad, las depresiones leves, los trastornos psicofuncionales y los trastornos psicosomáticos.

10. La existencia de este doble nivel de actuación ha facilitado el desarrollo desde 1965 de un doble modelo de propuesta de reforma de la asistencia psiquiátrica: un dispositivo muy *intervencionista* engendrado desde los servicios de Psiquiatría de los hospitales generales, destinado a intensificar la actuación clínica sobre los trastornos graves de naturaleza psicopatológica, pero muy poco interesado por los problemas asistenciales, y un segundo dispositivo, nacido de los hospitales psiquiátricos y que propone el desarrollo en España dispositivo de *asistencia comunitaria* que recupere no sólo a los enfermos tradicionalmente enviados a los manicomios, sino también la atención a la enorme masa de demanda de atención que es cetualmente drenada hacia la medicina somática.

11. Las contradicciones derivadas del modelo político de la Transición, son fundamentales para explicar la coexistencia de ambos modelos que representan en este momento la tensión entre un proyecto de transformación de la dictadura a algo parecido a una versión del Estado providencia, y un modelo de Estado que se aproxime a las circunstancias en que parece evolucionar el propio Estado providencia en estos momentos de crisis: lo que podría ser un neoliberalismo que dis-

minuyese el papel del Estado en la gestión de los problemas sociales y lo limitase a una serie de sectores calificados como de alto riesgo.

## 7.2. PSIQUIATRÍA SIN ESTADO

Si el caso de España puede ser considerado con cierta propiedad como el de un Estado que no desarrolla un dispositivo moderno de asistencia psiquiátrica, el caso de Cataluña puede ilustrar la situación inversa en un mismo país. La de un país que efectúa un cierto desarrollo industrial durante el siglo XIX, que se dota de una estructura social moderna, de eso que algunos llaman «sociedad civil», pero que carece de posibilidades de disponer de un Estado para modelarlo. De ahí que el desarrollo de su equipamiento psiquiátrico que es percibido como una necesidad de los tiempos dependa ora de la iniciativa privada, ora de la acción puntual de las autoridades regionales, provinciales o incluso locales que se arrojan en distintas épocas la representación del país.

1. En el Principado, el período *reformista* se inicia en 1835 y 1840, pero no concluye con una red pública de centros al carecer de un Estado capaz de llevar a cabo esos propósitos, sino con una red privada, que evoluciona hacia el custodialismo entre 1880 y 1915. A partir de 1911 se inicia un período de asunción pública de las competencias psiquiátricas por parte de la *Mancomunitat de Catalunya* que diseña un modelo relativamente descentralizado de asistencia. Este modelo evoluciona durante la II República hacia un proyecto teórico de comarcalización-sectorialización y de asistencia a distintos niveles que no llega a implantarse por las circunstancias bélicas. La derrota republicana en 1939 retrotrae la situación al período custodial y entre 1965 y la actualidad la Psiquiatría en Cataluña se mueve en las coordenadas del conjunto del Estado aunque con la ventaja de un equipamiento, algo más completo.

2. Hasta el *Primer Certamen Frenopático Español*, en 1883, la Psiquiatría catalana se presenta como un movimiento reformista en el que coinciden un ideario ilustrado y positivista en algunos autores, como propósitos de influir en el Estado para

que desarrolle un modelo de asistencia pública compatible con la Psiquiatría moderna. Este propósito va más allá de la propuesta teórica y se dobla de una tarea de fundación de instituciones privadas que se quiere presentar como modélica, destinada a crear un ambiente favorable e influir en el diseño de la red pública. Hasta este período, y a pesar de la constatación de la incurabilidad de un porcentaje muy alto de enfermos, los alienistas catalanes sostienen una postura optimista centrada en el desarrollo de dicha red. En este período no se sitúan en una perspectiva nacionalista aunque fundamentan en rasgos étnicos y culturales la superioridad de la disciplina en el país.

3. A partir de 1885, y como consecuencia de la promulgación de los decretos de internamiento, pero también en la medida en que se producen crisis graves en algunas instituciones filontrópicas, se advierte un cierto viraje en la actitud de los profesionales. El tránsito al custodialismo, la hegemonía de las administraciones y de los jueces frente a los médicos en relación a los internamientos provoca un creciente malestar y la sensación de que no existe ya posibilidad de pacto con el Estado. Los alienistas justifican en custodialismo no como la consecuencia de la propia lógica del discurso moral sino como el fruto de la política aparentemente deliberada de la administración con respecto a sus opiniones y sus dictámenes. De ahí que entre 1890 y 1915, los alienistas catalanes reconviertan su discurso al servicio de la idea primero regionalista, después autonomista, planteándose la ejemplaridad de la asistencia psiquiátrica en el marco de la construcción de una versión catalana del Estado ejemplar.

En este posicionamiento existe no poca ambigüedad. La burguesía industrial en Cataluña se queja permanentemente de la ineficiencia del Estado, pero no llega a derribarlo jamás. Es más, en las circunstancias críticas de desbordamiento de éste por las fuerzas populares, suele tomar partido por el Estado. En el país esto se traduce en una suerte de pacto bastante sutil según el cual el Estado ineficiente delega en la burguesía local una serie de incumbencias del mismo sin arbitrar mecanismos legales para ello, en una relación de tolerancia que a veces puede rozar o ir más allá de la legalidad vigente. Este posicionamiento que implica la existencia de formas caciquiles ilustradas puede percibirse en el desarrollo de un sector muy amplio de privatización de incumbencias estatales en sanidad, cultura,

enseñanza, transportes, asistencia social e incluso infraestructuras públicas.

El ejercicio de esas incumbencias, expresadas muchas veces en términos de modernidad o de vanguardia, permiten sustentar la idea según la cual la privatización da lugar en Cataluña a una administración privada modélica frente a una administración pública ineficiente, corrupta y a menudo incompetente. Cuando esa administración privada se ve incapaz de detener los conflictos, la burguesía catalana puede recurrir a la brutalidad de la administración estatal ejercida a través del Ejército o de la Fuerza pública, desplazando sobre éstos las acusaciones de irracionalidad. En cierta medida nos hallamos ante una especie de pseudo-federalismo sin federación que ha permitido a las clases hegemónicas en Cataluña gozar de las ventajas de un Estado federal sin asumir sus costos. No es por azar si la aspiración federal en Cataluña ha sido sostenida fundamentalmente por las clases medias y por la izquierda.

Las ventajas de una tal situación es su adaptabilidad a los cambios en la forma del Estado. En los escasos períodos de autonomía (1915-1924, 1931-1938, 1977 y ss.), que en Cataluña han representado pactos más o menos explícitos entre las clases medias, la izquierda y la burguesía, las presiones de aquéllos han significado un esfuerzo por nacionalizar las competencias privadas creando un sector público catalán, pero en los períodos de travesía del desierto, el regreso a las viejas formas de privatización, han servido también para apuntalar una cierta continuidad de la infraestructura en períodos de crisis, que permitiese un cierto resurgir en tiempos más favorables.

4. La decadencia de la Psiquiatría catalana provocada por el exilio de 1939 influyó decisivamente en la ausencia de una doctrina asistencial moderna durante la España franquista. La pérdida de la hegemonía de la Psiquiatría catalana en relación con el nuevo modelo de organización profesional centrada en torno a las cátedras de Psiquiatría, contribuyó a impedir un resurgimiento de las características del que se había producido durante la segunda mitad del siglo XIX. En este período se produce una homogeneización en la que la Psiquiatría que se practica en el Principado pierde sus señas de identidad anteriores.

5. La existencia de un superior equipamiento institucional heredado de los últimos dos siglos, permite que en Cataluña, desde 1965 se proceda a una reforma no muy aparente pero si

sistemática del equipamiento y que aparezcan equipos de técnicos capaces de organizar el conjunto de la asistencia. En cualquier caso, el papel de estas experiencias ya no es el fruto de una acción modelica como la que se produjera en los años diez-treinta, sino la aplicación de modelos generalizables al conjunto del Estado.

### 7.3. PSIQUIATRÍA SIN SOCIEDAD

En cualquier caso se pone de manifiesto la atipicidad del modelo de desarrollo de la asistencia psiquiátrica en España y en Cataluña. El problema metodológico que ello plantea reside en si debemos considerar que este caso es una excepción, o si por el contrario no es sino el ajuste particular de un proceso que también en los demás países ha representado ajustes particulares. Pienso que podemos y debemos pensar en esta segunda posibilidad, y rechazar la primera como una forma de etnocentrismo que nos ha conducido a menudo a percibir el desarrollo británico, el francés, el alemán o el norteamericano como leyes universales a las que los países inferiores debían someterse. En ese sentido podríamos preguntarnos no sin ironía si lo medimos todo por el rasero del éxito político e industrial, si no deberíamos sustituir el viejo paradigma británico, en estos momentos muy en crisis, por el japonés que parece encaramarse a la cima. Sin llegar a ello pienso que es mejor percibir los casos paradigmáticos como particularismos referidos a lógicas históricas determinadas y en cualquier caso tratar de elaborar modelos generales a partir de la comparación entre ellos, introduciendo como una variable más, fundamental pero no suficiente, la hegemonía política, ideológica e industrial que algunos de estos países vienen ejerciendo sobre los otros en los dos últimos siglos.

Pero no es sólo el paradigma el que resulta discutible, sino a menudo la homogeneización que se hace de los procesos. He hablado de *modelo español*, o de *modelo catalán*. Quizá sea imprudente para una Psiquiatría que se ha concentrado en España en Madrid y algo en Valencia y que en Cataluña se concentra en Barcelona con un par de hijuelas en el *Camp de Tarragona* y en Gerona. Pero me temo que sucede lo mismo en la inves-

tigación sobre los países industrializados. El propio Foucault emplea el criterio de *Age classique* que únicamente es aplicable en propiedad a la Francia de los siglos XVII-XVIII, e incluso en países de estructura federal como Norteamérica, en los que la asistencia psiquiátrica aparece gestionada por los poderes locales esta imagen monolítica resurge una y otra vez.

En cambio, la realidad parece otra. En casi todas partes el Estado delega la asistencia psiquiátrica a los poderes locales y se reserva la legislación básica y la alta inspección. Ello genera una imagen de red más o menos modelica y más o menos homogénea, pero *teórica*. En realidad, las desigualdades existentes entre las distintas áreas de los estados son las que justifican muchas veces la revisión y la adaptación de esa legislación.

En segundo lugar, si atendemos a los modelos que han sido propuestos por algunos autores, en torno a la significación del dispositivo de asistencia psiquiátrica como una pieza fundamental del control social, que se arbitra inicialmente en torno a la noción de secuestro y más adelante por la implantación de procedimientos de control formal *blando* o *suave* (cf. Pavarini, 1986), el caso de España, y el de Cataluña, se manifiestan también como atípicos. En efecto, el escaso desarrollo de la red institucional hasta mediados del siglo XX supone que el papel de la exclusión *científica* ha sido notablemente reducido en España. Lo cual implica a su vez pensar dos cosas: en la eficacia del dispositivo consuetudinario de control, o en la derivación de la segregación de la locura hacia instancias no científicas como la cárcel u otro tipo de asilo. Todo ello justificable por la persistencia sin reforma de una red importante de asistencia procedente del Antiguo Régimen.

Desde este punto de vista, el incremento más notable de la exclusión manicomial se produciría, precisamente, después de la guerra en que se consolida definitivamente una red de instituciones custodiales que no ha perdido peso al menos hasta la actualidad. Si se observa lo sucedido, por ejemplo, en Norteamérica, se puede observar que la cifra de internados en hospitales psiquiátricos clásicos disminuye fuertemente desde 1950, mientras que la cifra de atendidos en hospitales generales (canalizados posteriormente por una red *blanda*), ha crecido exponencialmente desde esa fecha. En España, en cambio, el crecimiento masivo de la población internada se produce precisamente entre 1940 y 1980, aunque existen indicios de que desde hace ocho o diez años esta cifra es estanca y remite, dis-

cretamente, como consecuencia del énfasis puesto en instancias de atención descentralizadas o más especializadas: unidades clínicas en hospital general, atención específica a toxicómanos, etc.

Esto supondría la inexistencia en España de una red sustancial de atención *blanda*. Esta ausencia tiene consecuencias considerables si se tiene en cuenta que los saberes que constituyen las disciplinas positivas se engendran en gran medida desde las *instituciones*. Ello es especialmente perceptible en el terreno sanitario: hemos visto, a ese respecto, cómo en España la cultura psiquiátrica de la población estaría extremadamente vinculada a la noción de internamiento manicomial, al propio manicomio y a un perfil de profesional ligado a éste o a un modelo de trastorno irreversible, casi incurable y cargado de connotaciones y de estigmas. En Estados Unidos, y en general en la Europa occidental, la desmanicomialización ha podido producirse por la existencia durante décadas de instituciones distintas, situadas en el seno de la sociedad, y en las que las *praxis* se alejaban sustancialmente de la imagen del internamiento manicomial como única, o casi única solución al trastorno psicopatológico. La existencia de estas instituciones ha tenido como consecuencia producir un saber distinto al que engendraba el internado y permitir el drenaje hacia la sociedad de una cultura psiquiátrica distinta, en la que el profesional es percibido como un ingeniero de problemas sociales que pueden tener una traducción psicopatológica. Sin embargo, en España este nivel, al no existir dicha red o ser muy embrionaria, ha limitado su penetración a sectores muy limitados de la sociedad. Probablemente, la influencia de estos modelos alternativos ha sido más importante en sectores sociales que podían articular su propio marco de conocimientos y su modo de vida con aquellos modos de vida de fuera que son presentados desde los medios de comunicación social, pero mucho más difícilmente en otros sectores de la sociedad que pueden percibir esos modos de vida como ajenos a su realidad cotidiana. En este sentido, el caso de España, como en general el de los países situados en la periferia, puede representar un ejemplo, digno de ser explorado, de los modos como ha integrado los dispositivos de atención *blandos*. La propia ambigüedad de la administración, tendiendo a simultanear un doble dispositivo *blando y duro* no debe entenderse únicamente como la consecuencia de una vuelta atrás en busca de un endurecimiento del control

social, sino como la asunción de un modelo dual que ha presidido en cierta manera la historia de la asistencia en España: es decir, el de un Estado que por razones de su propia evolución histórica no ha podido arbitrar, en el momento en que en teoría le hubiese correspondido, un proceso de institucionalización en la línea del Estado providencia, y que en el momento en que lo intenta no debe proceder al desmantelamiento de éste, sino tan sólo reequilibrar discretamente su oferta.

#### 7.4. ¿PSIQUIATRIZAR?, ¿DESPSIQUIATRIZAR?, ¿DESMEDICALIZAR?, ¿MEDICALIZAR?...

La conclusión general a que puede llegarse en torno al papel que ejerce la asistencia psiquiátrica en España es que en este país el nivel de *psiquiatrización* de los trastornos psicopatológicos es muy bajo, aunque existen diferencias en las distintas nacionalidades del Estado. Si atendemos a una imagen positiva de la psiquiatrización, esto significaría el drenaje de la atención de muchos trastornos psicopatológicos a otros procedimientos o instancias de atención. Si atendemos a la imagen negativa que el concepto de *psiquiatrización* tiene en muchos autores, nos hallaríamos en una situación envidiable desde muchos puntos de vista.

Sin embargo, si atendemos al concepto de *medicalización*, y excluimos de él a los psiquiatras, nos hallamos probablemente en un país con un elevado nivel de *medicalización* de los trastornos psicopatológicos y con un incipiente nivel de *medicalización* de determinados conflictos sociales. Y ello plantea algunos interrogantes cara a los años venideros.

Un primer punto a considerar es que una parte muy mal conocida de trastornos o conflictos no son drenados ni a través del psiquiatra ni a través del médico, sino a partir de un cúmulo de instancias profesionales o no que se han desarrollado en algunos casos recientemente, pero que en otros se enraizan todavía en procedimientos consuetudinarios. La evaluación de la dimensión de este campo está por hacer y es una de las necesidades ineludibles de la investigación en este momento. A este respecto, quiero señalar que persisten formas de secuestro doméstico de enfermos mentales u oligofrénicos

y que nacen permanentemente formas de atención a trastornos psicopatológicos o conflictos basados en ámbitos no profesionales, que van desde el recurso a curanderos urbanos, a especialistas de lo esotérico o a grupos de autoyuda.

En el terreno de la demanda de atención médica y psiquiátrica, pienso que pueden percibirse unos cuantos modelos básicos de itinerario: 1) Una *demanda específica*, nacida en los últimos diez años de servicios muy especializados: atención a toxicomanías, atención a problemas sexológicos. Ambos han dado lugar a instituciones especializadas. 2) Una *demanda tradicional* de Psiquiatría Clínica centrada fundamentalmente sobre trastornos psicóticos o neuróticos graves y en depresiones: se trata de una demanda atendida por los dispensarios de los hospitales psiquiátricos o de los hospitales generales y por una parte muy importante de la práctica privada psiquiátrica. 3) Una *demanda centrada en trastornos psiconeuróticos*, depresiones leves o equivalentes depresivos que es drenado indistintamente hacia médicos en general, eventualmente psiquiatras clínicos, eventualmente psicoterapeutas en función de variables de clase social, nivel educacional y residencia. 4) Una *demanda específica de consejo sociofamiliar* que puede ser canalizado, en principio por cualquiera de las instancias anteriores pero que está muy sesgada para variables de clase. En parte es drenada hacia los gabinetes de psicología. 5) Una *demanda de atención a menores* promovida en determinados niveles sociales, por maestros, padres y psicólogos escolares y que implica fundamentalmente al psicólogo o al psiquiatra infantil.

La orientación hacia uno u otro profesional, hacia una u otra instancia es la consecuencia de la imagen que cada una de ellas ha ido adquiriendo como consecuencia del estilo de vida, y esta probablemente influida por los medios de comunicación social, mucho más que por la influencia que hayan podido ejercer los profesionales. El peso de éstos en España ha sido siempre reducido y su capacidad de influir decisivamente muy limitada. El peso de la medicalización frente a la psiquiatrización no es sino un modo de corroborarlo: la influencia del médico sí es relevante para general modos de comportamiento e influir en tomas de decisiones. La del psiquiatra, no.

El problema que se plantea, una vez aprobada la Ley General de Sanidad y definido un modelo de futuro para la asistencia psiquiátrica, es pensar cómo va a influir en la estructura

de la oferta de servicios, pero sobre todo, cómo va a modificar la canalización de la demanda. Ello pone de manifiesto ciertas cuestiones que es indispensable resolver: la primera es si se va a modificar en favor de la asistencia psiquiátrica el actual desplazamiento masivo de trastornos psicofuncionales hacia los médicos en general, y si ese desplazamiento tiene sentido. Cabe pensar que una mejor formación en Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de los médicos de familia, o de medicina comunitaria permitiría mantener adecuadamente en manos de los médicos ciertos trastornos que podrían beneficiarse de terapéuticas farmacológicas bien empleadas en el seno de las familias sin por ello introducir al paciente en una estructura psiquiátrica institucional, limitando la intervención del psiquiatra a aquellos casos en que debiese plantearse una intervención diagnóstica o terapéutica de mayor complejidad.

En segundo lugar, el problema que se plantea es si el diseño de una estructura de atención compleja no va a provocar una creciente intervención del psiquiatra en problemas sociofamiliares que no necesariamente tienen una traducción psicopatológica. Ello es particularmente importante en lo que se refiere a la tendencia constatable actualmente de remitir ciertos conflictos domésticos al arbitraje profesional, o descargar en el profesional la responsabilidad de padres y aun de maestros sobre la socialización de los niños.

En tercer lugar, cabe plantearse si la estructura que se define en la Ley, es decir, una red doble de asistencia, no va a consolidar dos modelos de Psiquiatría: una articulada con la universidad y con la investigación de punta, y otra, desvinculada de la universidad, falta de control sobre la formación de nuevos profesionales y sin la posibilidad de engendrar formación alternativa al faltarle, a partir de su alejamiento de los núcleos de formación de teoría, una estructura institucional que permita su reproducción. Podría pensarse a este respecto que, a medio plazo, la cristalización por parte de los centros de formación de psiquiatras de un modelo de éstos muy unidimensional, puede conducir a una ruptura en dos del dispositivo de asistencia y distorsionar la *praxis* en uno y otro ámbito.

Creixell, diciembre de 1987



## BIBLIOGRAFÍA

- Actas del I Congreso Internacional de Historia de la Medicina Catalana* (1970), Academia de Ciencias Médicas, Barcelona, 4 vols.
- ALIBES, J. M., y otros (1975), *La Barcelona de Porcioles*, Barcelona, Laia.
- ALLUÉ, Marta (1985), «La gestión del morir», *Jano* (Barcelona), 635: 57-68.
- ALOT, A., et alii (1977), *Conxo: manicomio e morte*, Monforte de Lemos Xistral.
- ÁLVAREZ, A., y otros (1975), *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ayuso.
- ÁLVAREZ-URÍA, F. (1983), *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del XIX*, Prólogo de Robert CASTEL, Barcelona, Tusquets.
- ANGOSTO, Tiburcio (1985), «Entrevista a José Pérez-López Villaamil», *Revista de la AEN (RAEN)*, Madrid, 5(15):484-492.
- ANTÓN, P. (1983), *Almacén de razones perdidas*, Barcelona, Científico-Médica.
- APARICIO BASAURI, V. (1980), «Análisis de la transformación del Hospital Psiquiátrico de Salt», pp. 553-565, en GONZÁLEZ DE CHAVES (1980), *Transformación de la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Mayoría.
- AYUSO, J. L., y GUTIÉRREZ, J. (1974), *La unidad clínica en el hospital general*, Madrid, Paz Montalvo.
- BACARDÍ I PONS, R. (1970), «Els inicis de la psiquiatria infantil a Catalunya», *Actas del I Congreso Internacional de Historia de la Medicina Catalana*, Barcelona, 2:395-396.
- BALOSTE-FOULATIER, I. (1974), *Chronique de l'Ordre asilaire*, París, Maspéro.
- BARONA, J. L. (1979), *Los libros españoles de Psiquiatría (1901-1930). Inventario y estudio bibliométrico*, Tesis de Licenciatura, Valencia, Fac. de Medicina.

- (1983), «La producción y consumo de libros y folletos de Psiquiatría en España (1901-1930)», *RAEN*, 3(6):35-43.
- BASSOLS, C. (1935), «L'obra del Tribunal Tutelar de Menor sota el punt de vista de l'higiene mental», *Arxius de Psicologia i Psiquiatria infantil*, Barcelona, 10(4):11-27.
- BASSOLS, R.; BELTRÁN FLÓREZ, M.; COROMINAS y otros (1980), «Estudi-dictamen sobre salut mental i assistència psiquiàtrica a Catalunya», pp. 233-273, en *Estudis i dictamens sobre sanitat*, Barcelona, Generalitat de Catalunya.
- BELLMUNT, Domènec de (1937), «Què és i com funciona la Conselleria de Sanitat i Assistència Social», *Revista de Sanitat i Assistència Social*, 2 (abril-mayo).
- BENSA, A. (1978), *Les saints guérisseurs de Perche-Gouët*, París, Institut d'Ethnologie.
- BENTHAM, J. (1979), *El Panóptico*, Madrid, Ed. La Piqueta.
- BERCOWITZ, R. (1976), *La marginación de los locos y el derecho*, Madrid, Taurus.
- BERNARDO, M., y CASAS, R. (1983), *Història de la Psiquiatria a Catalunya*, Barcelona, Eds. Universitàries.
- BERTRAN I GUELL, F. (1936), *Els Serveis de Sanitat i Assistència Social de Catalunya*, Imp. Joan Sallent, Barcelona.
- BERZOSA, A. (1984), «Especialistas en España», *Consulta*, 308:4-5.
- BORASTEROS, C. (1975), «Los postgraduados», pp. 204-213, en INFANTE y otros, *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ayuso.
- BORDAS I JANÉ, R. (1936), «Organització de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya», Ponència al IX<sup>e</sup> Congrés de Metges de Llengua Catalana.
- (1937), «L'assistència psiquiàtrica exterior a Catalunya», *Medicina Catalana*, 5(39-40):335-340, Barcelona.
- BRIANSO I SALVADÓ, J. (1913), *Instituto Pedro Mata*, Barcelona, Tip. La Académica.
- (1931), «L'Institut Pere Mata de Reus», *Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya*, 128:13-22.
- BUGALLO, M., y otros (1976), *Conflictos y luchas psiquiátricas en España*, Madrid, Dédalo.
- BUSQUET I TEIXIDÓ, T. (1921), «L'assistència dels alienats a Catalunya», IV<sup>art</sup> Congrés de Metges de Llengua Catalana, pp. 395-405, Girona.
- «Análisis del proyecto de organización de los servicios para
- (1924), «Análisis del proyecto de organización de los servicios para psicópatas. La clínica de Psiquiatría», *Psiquiatría*, III (1):1-19.
- (1925), «Valor y aspecto social de los estudios psiquiátricos», *Psiquiatría*, IV (1):1-10.
- (1926), «Organización técnica de los servicios provinciales de dementes», *Psiquiatría*, V (1):1-20.
- (1927), «Proyecto de Patronato para psicópatas», *Revista Médica Barcelonesa*, II, 236.
- (1930), *La asistencia a los psicópatas y la beneficencia*, Barcelona, Imp. Casa de Caritat.
- CABRERO ÁVILA, R. (1983), «La reforma asistencial psiquiátrica en la provincia de Barcelona de julio de 1981-1982», *RAEN*, 3 (6):68-90.
- CAILLE, J. (1978), *Hôpitaux et Charité Publique*, Toulouse, Privat.
- CALBET I CAMARASA, J. M. (1967), *Prensa médica en catalán*, Tesis de Doctorado, Barcelona, Fac. de Medicina.
- (1970), «Breus aspectes mèdico-professionals del segle XIX», *Actes del primer Congrés internacional de Història de la Medicina Catalana*, 4:305-323, Barcelona.
- CANALS, J. (1984), *La desfeminització de la infermeria*, Tesis de Licenciatura, Tarragona, Facultad de Filosofía y Letras.
- CARLES, F. (1983), *La introducción del psicoanálisis en España: 1893, 1922*, Tesis de Doctorado, Murcia.
- CARO BAROJA, J. (1967), *Las brujas y su mundo*, Madrid, Alianza Editorial.
- CASCO SOLÍS, J. (1980), «La transformación de la asistencia psiquiátrica y el Derecho», pp. 365-379, en González de Chaves (comp), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Mayoría, 1980.
- CASCO, J., y CORCES, V. (1978), «Psiquiatría y ley», *Argumentos*.
- CASSASSAS I SIMO, O. (1970), «L'obra sanitària de la Mancomunitat de Catalunya», *Actes del Primer Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana*, IV:341-345, Barcelona.
- (1970a), «Aportació dels congressos de Metges de Llengua Catalana a la Història de la medicina i a qüestions sanitàries i de medicina colectiva», *Actes del Primer Congrés Internacional d'Història de la Medicina Catalana*, IV:346-354, Barcelona.
- CASTEL, R. (1971), *Le psychanalisme* (trad. cast.), París, Union Générale d'Éditeurs.
- (1976), *L'ordre psychiatrique*, París, Minuit (trad. cast.: Eds, La Piqueta, Madrid, 1981).
- (1981), *La gestion des risques*, París, Eds. de Minuit (trad. cast.: Barcelona, Anagrama, 1982).
- CASTEL, F.; CASTEL, R., y LOVELL, A. (1980), *La sociedad psiquiátrica avanzada*, Barcelona, Anagrama.
- CASTELLET, J. M., y otros (1977), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, Libros de Enlace.
- CASTELLS, M. P. (1975), *Luttes urbaines*, París, Maspéro.
- CASTILLA DEL PINO, C. (1977), «La psiquiatría», en CASTELLET y otros, *La cultura bajo el franquismo*, pp. 79-102, Barcelona, Eds. de Bolsillo.

- CASTILLÓN, J. J. (1975), «Experiencia de cambio en una institución psiquiátrica», *Anales del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, 2.
- CASTILLÓN *et al.* (1978), «Efecto de tres años de transformación asistencial sobre pacientes psiquiátricos de larga duración», *Revista de Psiquiatria y Psicología Médica*, 13 (5):293-327.
- CHAMBERLAIN, A. S. (1966), «Early Mental Hospitals in Spain», *Amer J. Psychiat.*, 123:143-169.
- CHARUTY, G. (1985), *Le couvent des Fous*, París, Flammarion.
- CHRISMAN, N. L. (1977), «The health-seeking process: an approach to the natural history of illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(4):351-378.
- CHRISTIAN, W. (1976), *Religiosidad popular*, Madrid, Tecnos.
- COLL I PUJOL, R. (1874), «Nueva Belen», *Independencia médica*, pp. 208-210.
- (1875), «Estudios sobre Pi i Molist», *Independencia médica*, 179-180.
- COLOMER, J. (1977), «El Dr. Domènech Martí i Julià (1861-1917)», *L'Avenç*, 4:10-16.
- COLOMER, J. M. (1978), *Els estudiants de Barcelona sota el franquisme*, Barcelona, Curial.
- (1985), *Les ideologies de l'antifranquisme*, Barcelona, Eds. 62.
- COMAS, D. (1975), *El uso de drogas en la juventud*, Madrid, Ministerio de Cultura.
- COMELLES, J. M. (1979), *Groupes informels, coalitions et factions dans un hôpital psychiatrique*, París, EHESS, Thèse de 3ème cycle.
- (1980), «Ideología asistencial y práctica económica», pp. 347-400, *Actas del I Congreso Español de Antropología*, vol. I, Barcelona, Universidad de Barcelona.
- (1981), «La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre psiquiatria y antropología», *Revista del Departamento de Psiquiatria, Fac. Med. Barcelona*, 8(2):149-170.
- (1981a), *El proceso de institucionalización en las sociedades complejas*, Tesis de Doctorado, Barcelona, Facultad de Medicina.
- (1982), «Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del XIX», *Ciència* (Barcelona), 22:26-30.
- (1984), *Conflicto e ideología de un manicomio durante el tardofranquismo*, III Congreso Español de Antropología, San Sebastián, mecanografiado.
- (1985a), «El papel de los profesionales en los procesos asistenciales», *Jano* (Barcelona), 39(660 H): 357-362.
- (1985b), «Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales», *Jano*, 655-H:71-83, Barcelona.
- (1987), «L'assistència psiquiàtrica i l'evolució de l'Estat a Espanya», *Quaderns de l'ICA* (Barcelona), 6:34-65.
- (1986), «La crisis psiquiátrica del tardofranquismo y la Transición: el caso del Instituto Mental de la Santa Cruz», *RAEN*, 19:619-635.
- COMELLES, J. M.; ABELLA, D., y LINARES, J. L. (1981), «L'assistència psiquiàtrica», en Abella (comp.), *Psiquiatria bàsica*, Barcelona, Eds. 62.
- COMELLES, J. M.; ANDREU, A.; FERRUS, J., y PARIS, S. (1982), «Aproximación a un modelo sobre Antropología de la asistencia», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1:13-29.
- COMELLES, J. M.; PARIS, S., y otros (1985), «Los determinantes socio-culturales del consumo y uso no profesional de medicamentos», *Jornadas de Antropología Social*, Madrid (en prensa).
- COMELLES, J. M., y PRAT, J. (1988), *Antropologia sin colonialismo. La profesión de Antropólogo Social y el desarrollo del Estado en la España contemporánea* (en prensa).
- Comisión de asistencia de la AEN (1982), «Acta de sesión», *RAEN*, 2(3): 116-118.
- (1982a), «Acta de la sesión de 10 de octubre de 1981», *RAEN*, 2(3):116-119.
- Comisión ministerial para la reforma psiquiátrica (1985), «Documento general y recomendaciones», *RAEN*, 5(13):204-222.
- CORCES, V. (1977a), «La perspectiva de la psiquiatria comunitaria», en *Alternativas a la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Akal.
- CORCES, V., y otros (1977), *Alternativas a la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Akal.
- CORCES, V., y GONZÁLEZ DE CHAVES (1978), «¿Reforma de la psiquiatria española?», pp. 57-77, en BUGALLO y otros, *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*, Madrid, Dédalo.
- COROLEU, W. (1908), «El Dr. Pi i Molist», *Rev. Frenopática Española* (Barcelona) pp. 139-142.
- CRUSET, J. (1971), «San Baudilio de Llobregat. Sanatorio psiquiátrico de Nuestra Señora de Montserrat», en *Crónica Hospitalaria*, Barcelona, Ed. Hospitalaria.
- CURET, F. (1983), *Visions barcelonines III: La vida humanitària*, Barcelona, Alta-fulla.
- DANON, J. (1978), *L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, Barcelona, Fundació Salvador Vives Casajoana.
- DESVIAT, M. (1981), «Psiquiatria y política en España (I)», *RAEN*, 2:116-119.
- DÍAZ, E. (1983), *El pensamiento político en la época de Franco*, Madrid, Tecnos.
- DIECKHÖFER, K. (1984), *El desarrollo de la psiquiatria en España*, Madrid, Gredos.
- DIGBY, A. (1985), *Madness, Morality and Medicine. A Study of York retreat*, Cambridge, Cambridge University Press.
- DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE BARCELONA, *Documentos referentes al*

- servicio de dementes pobres de la provincia, Barcelona, Casa Provincial de Caridad.
- DOCTOR (1975), «La reforma sanitaria en Catalunya», *Doctor*, 102: 40-56.
- DOLSA, T., y LLORACH, P. (1871), *El Instituto Frenopático*.
- DOLSA, T. (1874), *Manicomio establecido en las Corts*, Barcelona, Biblioteca de la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas.
- DOMENECH, E., y CORBELLÀ, J. (1969), «Las vertientes principales en la obra médica de Giné i Partagás», *Asclepio*, 21:173-178.
- (1969a), «La obra psiquiátrica de Arturo Galcerán Granés», *Asclepio*, 21:157-171.
- (1975), «Introducció a la història de la Psiquiatria catalana del segle XIX», *Actes del I Congrés d'Història de la Medicina Catalana*, III:266-269.
- DONZELOT, J. (1981), «Espacio cerrado, trabajo y moralización», pp. 27-51, en FOUCAULT y otros, *Espacio de poder*, Madrid, Eds. La Piqueta.
- EPSTEIN, J. (comp.) (1967), *The Craft of Social Anthropology*, Londres, Tavistock.
- ESCUDE, J. M. (1895), *Locos y anormales* (con un prólogo del Dr. ESQUERDO), Madrid, Imp. de Rivadeneyra.
- ESPINO, J. (1978), «La reforma de la legislación psiquiátrica en la II República», *Estudios de Historia Social*, 14.
- ESPINOSA, J. (1966), *La asistencia psiquiátrica en la España del XIX*, Valencia.
- (1966a), «La asistencia al enfermo mental en España durante la Ilustración y el reinado de Fernando VII», *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, V:181-215, Valencia.
- (1969), «La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX», *Asclepio*, 21:179-184.
- (1983), «El enfermo mental al final del Antiguo Régimen», *Asclepio*, 25:277-285.
- FABRE, J., y HUERTAS CLAVERÍA, J. M. (1976-1978), *Tots els barris de Barcelona*, 7 vols., Barcelona, Eds. 62.
- FAGEN, P. V. (1973), *Exiles and citizens: Spanish Republicans in México*, Austin, The University of Texas Press.
- FAGES DE CLIMENT, I. (1919), *Informe relatiu al funcionament de l'explotació agrícola anexa al manicomí de la Santa Creu*. Mimeoografiado.
- FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto y ROMERO, M. (1983), «Entrevista a José Germaín», *RAEN*, 3(7):37-45.
- (1983a), «Más sobre formación en Psiquiatria», *RAEN*, 3(7):99-101.
- FERRER HOMBRABELLA, J. (1948), «Aportaciones a la historia de la psiquiatria española», *Medicina Clínica*, 11(6):440-451, Barcelona.
- FOLCH I CAMARASA, L. (1970), «Notes per a la Història de la Psiquiatria catalana», *Actes del I Congrés d'Història de la Medicina Catalana*, III:331-338.
- FONTANA, J. (1971), *La quiebra de la monarquía absoluta*, Barcelona, Ariel.
- (1986), «La crisi colonial en la crisi de l'Antic Règim», *L'Avenç*, 93:6-12.
- FONTANA, J. (comp.) (1986), *España bajo el franquismo*, Barcelona, Crítica.
- FOUCAULT, M. (1961), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, París, PUF (trad. cast.: México, FCE, 1976, 2 vols.).
- (1963), *Naissance de la clinique*, París, PUF (trad. cast.).
- (1976), *Surveiller et punir*, París, Gallimard (trad. cast.).
- FOUCAULT, M. (comp.) (1979), *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderna*, Bruselas, Ed. Pierre Madarga.
- FREIDSON, E. (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.
- FREMINVILLE, B. DE (1978), *La raison du plus fort*, París, Seuil.
- FUSI, J. P. (1986), «La reaparición de la conflictividad en la España de los sesenta», pp. 160-169, en Fontana (comp.), *España bajo el franquismo*, Barcelona, Crítica.
- FUSTER, J. (1960), «Origen y evolución de la asistencia psiquiátrica en el Instituto Mental de la Santa Cruz», *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*, 20 (2):171-325, Barcelona.
- (1961), «Sobre la fundación de la Sociedad de Psiquiatria y Neurología», *Anales de Medicina*, 48 (2):169-181.
- (1962), «Evocación histórica de la fundación de la Sociedad de Neurología y Psiquiatria en Barcelona», *Anales de Medicina*, 48 (2):215-217.
- (1971), «L'Institut Mental de la Santa Creu», en *L'Hospital de la Santa Creu*, pp. 203-211, Barcelona, Gustavo-Gili.
- GALCERÁN, A. (comp.) (1889), *Ejecutoria en favor del Manicomio de San Baudilio de Llobregat*, Barcelona, Casa de Caridad.
- (1911), «Importancia social de la Sociedad de Psiquiatria y Neurología», *Revista Frenopática Española*, 6(3):106-119.
- GALCERÁN, G. (1912), «Patronato para alienados pobres», *Gaceta Médica Catalana*, II, 394.
- GARCÍA, R. (1979), *¡Abajo la autoridad!*, Barcelona, Anagrama.
- GARCÍA GONZÁLEZ, J. (1979), *Psiquiatria y cambio social*, Universidad de Granada, Tesis de Doctorado.
- (1979a), «Psiquiatria y cambio social», *El Basilisco*, Madrid, 8: 49-63.
- (1980), «Pasado y presente de la asistencia psiquiátrica», en González de Chaves (comp.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, pp. 394-439.
- (1980), «Una década de asistencia psiquiátrica y dos intentos de psiquiatria comunitaria: el Hospital Psiquiátrico de Oviedo y el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo», en González de Chaves

- (comp.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, pp. 411-456.
- GARRABOU, R. (1982), *Enginyers industrials, modernització econòmica i burgesia a Catalunya*, Barcelona, L'Avenç.
- GAUCHET, M., y SWAIN, G. (1980), *La pratique de l'esprit humain*, París, Gallimard.
- GENERALITAT DE CATALUNYA (1980), *La sanitat a Catalunya*, Barcelona, Servei de Publicacions de la Generalitat.
- GIMÉNEZ VERA, J. (1904), «Los médicos alienistas ante los tribunales de justicia», *Revista Frenopática Española*, 18.
- GINÉ I PARTAGÁS, J. (1984), *Descripción, marcha funcional y reglamento orgánico del Manicomio Nueva Belen*, Barcelona, Imp. Antonio Palou.
- (1883a), «Introducción» en *Primer Certamen Frenopático Español*.
- (1903), *Obra escogida*, Barcelona, Tip. La Académica.
- (1903a), «El manicomio. Consideraciones sobre su historia y por-»
- (1903b), «Profilaxis penal», en *Obra escogida*.
- (1903c), «El Código Penal y la Frenopatología», en *Obras esco- venir*, en *Obra escogida*.
- (1903d), «Ensayo médico-administrativo sobre el ingreso, estan- cia y salida de los enfermos mentales en los manicomios es- pañoles», en *Obra escogida*.
- GLICK, T. (1982), *Darwin en España*, Barcelona, Península.
- GOFFMAN, E. (1961), *Asylums*, Nueva York, Doubleday (trad. cast.: Buenos Aires, Amorrortu, 1970).
- GOL, J.; ARTIGAS, J., y otros (1977), *Salut, Sanitat y societat*, 7per7, Barcelona.
- GOL, J., et alii (1978), *La Sanitat als Països Catalans*, Barcelona, Edicions 62.
- GONZÁLEZ, B. (1976), «Una evaluación crítica del sistema psiquiá- trico», pp. 235-262, en J. DE MIGUEL, *Planificación y reforma sa- nitaria*.
- GONZÁLEZ, E. (1977), *A Siquiatria galega e Conxo*, Madrid, Edicions do Rueiro.
- GONZÁLEZ, O. (1982), «En torno a una proposición no de ley socia- lista», *RAEN*, 2(4):91-96.
- (1983), «Autonomías, administración local, seguridad social y asistencia psiquiátrica», *RAEN*, 3(6):102-109.
- GONZÁLEZ ÁLVAREZ, O., y FERNÁNDEZ SANABRE, J. A. (1980), «Los hos- pitales psiquiátricos», en González de Chaves (comp.), *La trans- formación de la asistencia psiquiátrica*, pp. 203-210.
- GONZÁLEZ CASANOVA, J. (1970), «Aportaciones al estudio de la obra psiquiátrica de Juan Giné i Partagás», *Actas del I<sup>er</sup> Congrés d'Història de la Medicina Catalana*, Barcelona, III:283-291.

- GONZÁLEZ DE CHAVES, M. (1978), «Psiquiatría democrática», pp. 123-201, en AGOSTI et alii, *Locos de desatar*, Barcelona, Anagrama.
- (1978a), «¿Qué significa despsiquiatrizar?», en CORCES y otros, *Alternativas a la asistencia psiquiátrica*.
- (1980), «Necesidades y objetivos de la transformación psiquiá- trica», pp. 171-202, en *La transformación de la asistencia psi- quiátrica*.
- (1980a), «Historia de los cambios asistenciales y sus contextos sociales», pp. 13-106, en *La transformación de la asistencia psi- quiátrica*.
- (1981), «La AEN y sus propios objetivos», *RAEN*, 1:131-132.
- (1984), «Un jardín de flores que no existen», *RAEN*, 4(9):103-114.
- GONZÁLEZ DE CHAVES, M. (comp.) (1980), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Mayoría.
- GONZÁLEZ DE PABLO, Angel, «Sobre la génesis del orden psiquiátrico en la postguerra española: la implantación de la Escuela de Heidelberg en España», *RAEN*, 7(23):633-647.
- GONZÁLEZ DURO, E. (1975), *La asistencia psiquiátrica en España*, Ma- drid, Castellet.
- (1975a), «Asistencia psiquiátrica madrileña a fines del siglo XIX», *Medicina e historia*, 51.
- (1978), *Psiquiatría y sociedad autoritaria*, Madrid, Akal.
- (1980), «Historia reciente de la asistencia psiquiátrica en Espa- ña», pp. 117-129, en GONZÁLEZ DE CHAVES, *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
- (1982), *Distancia a la locura: teoría y práctica del hospital de día*, Madrid, Fundamentos.
- (1982), «La reforma psiquiátrica de Jaén», *RAEN*, 5.
- (1983), «La contrarreforma de Jaén» (1983), *RAEN*, 3(8):91-102.
- (1986), «Pobreza científica, miseria asistencial», *El País (Futuro)*, 2(20):9.
- (1987), *Treinta años de Psiquiatría en España (1956-1986)*, Ma- drid.
- GRACIA GUILLÉN, D. (1971), «Medio siglo de Psiquiatría española», 1885-1936, *Cuadernos Hist. Med. Esp.*, Valencia, 10.
- GRANJEL, M. (1983), *Pedro Felipe Monlau y la Higiene española del siglo XIX*, Salamanca, Cátedra de Historia de la Medicina.
- GREENWOOD, D. (1982), *Comunicación personal*.
- (1984), «Medicina intervencionista vs. medicina naturalista: his- toria antropológica de una pugna ideológica», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, Tarragona, 3:57-81.
- (1984a), «La classificació, la incertitud mèdica i el curs moral del pacient. Cap a una Antropologia de la Medicina», en Come- lles (comp.), *Antropologia i salut*, Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- GROB, G. (1966), *The State and the Mentally Ill: A History of Wor-*

- chester Hospital in Massachussets, Chapel Hill, N.C. University of Worth Carolina Press.
- (1973), *Mental Institutions in America: A Social Policy to 1875*.
- (1983), *Mental Illness and American Society. 1875-1940*, Princeton, N.S. Princeton Univ. Press.
- GUALTERO, R. (1987), *Psiquiatras y Psiquiatría en Cataluña*, Tesis de Licenciatura, Tarragona, Fac. de Filosofía y Letras.
- GUERRA, F., «El exilio de los médicos españoles durante el XIX», *Asclepio*, 21:223-248, Madrid.
- GUTIÉRREZ TERRADAS, José, «Apuntes para un estudio sobre la historia del psicoanálisis en España», *RAEN*, 4(10):207-221.
- HERR, R. (1972), *España y la revolución del siglo XVIII*, Madrid, Aguilar.
- HERRERO VELASCO, L. (1983), «El síndrome del cuco», *Newsletter-Psiquiatría*, 16:2.
- (1986), «Agonía de la Psiquiatría», *El País (Futuro)*, 2(20):7-9.
- HIRST, P., y WOOLEY, P. (1982), *Social relations and human attributes*, Londres, Tavistock.
- IGNATIEFF, M. (1978), *A just measure of Pain*, Londres, Macmillan.
- INFANTE, A. (1975), «Cambio social y crisis sanitaria», pp. 13-37, en ALVAREZ y otros, *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ayuso.
- (1975a), «La Seguridad Social», pp. 41-74, en ALVAREZ y otros, *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ayuso.
- (1975b), «Los hospitales», pp. 105-150, en ALVAREZ y otros, *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ayuso.
- Informe de situación sobre la política sanitaria del INSAM* (1983), *RAEN*, 3 (6):91-101.
- INSTITUTO MANICOMIO SANT BOI DE LLOBREGAT (1857), *Prospecto y reglamento del Instituto manicomio de San Boy de Llobregat aprobado... en 20 de mayo de 1854*, Barcelona, Imprenta El Porvenir, 43 pp.
- IRAZOQUI, E. (1962), «Consideraciones sociológicas sobre nuestra asociación en los años veinte», *Anales de Medicina*, Barcelona, 48(2):223-231.
- JIMÉNEZ SALAS (1958), *Historia de la asistencia social en la España moderna*, Madrid.
- JIMÉNEZ VILLAREJO, J. (1980), «Legislación vigente en torno al internamiento psiquiátrico (aportación de un jurista)», en *Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*.
- JORDA, E. (1984), *La producción, el consumo y las noticias en la literatura neuropsiquiátrica durante el período franquista*, Tesis de Doctorado, Valencia, Universidad de Valencia. Publicado en resumen en *RAEN*, 6(18):420-427, 1986.
- Jornades de Treball Salut mental i comunitat a Catalunya* (1982), Barcelona, mimeografiado.
- KELLENBENZ, H.; GODECHOT, J., y otros (1981), *La industrialización europea. Estadios y tipos*, Barcelona, Crítica.
- KLEINMAN, A. (1980), *Patients and Healers in the context of culture*, Berkeley, California Univ. Press.
- LACROIX, M. (1977), *L'hôpital Saint Nicolas de Buille (Saint André) a Tournai de sa fondation a sa mutation en cloître*, Louvain, Université Catholique, 2 vols.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1947), «Prólogo», pp. I-XV, en PERAZA DE AYALA *La psiquiatría española en el siglo XIX*, Madrid, CSIC.
- LAÍN ENTRALGO, P. (comp.) (1971), *Historia Universal de la Medicina*, 8 vols., Barcelona, Salvat.
- (1977), *Descargo de conciencia*, Barcelona, Barral.
- LAMARCHE-VADEL, G., y PRÉLI, G. (1978), «L'asile», *Recherches*, 31, 11-238.
- LANTERI-LAURA, G. (1974), «La chronicité dans la Psychiatrie française», *Annales*, 27(3):548-568.
- (1976), *Histoire théorique et sociale de la Psychiatrie*, Seminario, París, EHESS.
- (1979), «Connaissance des perversions au XIXème siècle», *Evolution psychiatrique*, 46(3):633-662.
- LE BOW, R. H., «Spain and Psychiatry in the latter part of the 19th century», *Bull. Hist. Med.*, 38:444-454.
- LEACH, E. (1970), *Un mundo en explosión*, Barcelona, Anagrama.
- (1980), *L'unité de l'Homme*, París, Gallimard.
- LEAL, F. (1982), «La formación de los médicos residentes en psiquiatría», *RAEN*, 2(5):96-105.
- LEEDS, A. (1981), *Sociedades complejas y ciencias sociales*, Seminario del ICA, Barcelona.
- LETAMENDI, J. DE (1874), «El manicomio Nueva Belen», *La independencia médica*, 9(22):266-269.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1955), *Tristes Tropiques*, París, Plon.
- Ley General de Sanidad* (1986), Madrid, Tecnos.
- LISON, C. (1970), *Antropología social en España*, Barcelona, Siglo XXI.
- (1979), *Brujería, simbolismo y estructura social en Galicia*, Madrid, Akal.
- LOBO, F. (1975), «La industria farmacéutica», en INFANTE y otros, *Cambio social y crisis sanitaria*, Madrid, Ayuso.
- LÓPEZ PIÑERO, J. M.; GARCÍA BALLESTER, L., y FAUS, P. (1964), *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, Sdad. Estudios y Publicaciones.
- LÓPEZ PIÑERO (1976), «La colectivización de la asistencia médica: una introducción histórica», en J. de Miguel (comp.), *Planificación y reforma sanitaria*.
- MACDONALD, M. (1983), *Mystical Bedlam. Madness, anxiety and healing in the XVIIth century England*, Cambridge University Press.



- MANCOMUNITAT DE CATALUNYA (1920), *L'obra a fer. L'emprestit de cinquanta milions*, Barcelona, Casa de Caritat.
- (1923), *L'obra realitzada: 1915-1923*, Barcelona.
- MANICOMIO DE LA SANTA CRUZ, El (1886), *Breve reseña de los antecedentes de su fundación*, Barcelona, Casa Provincial de Caridad.
- MARAVALL, J. M. (1978), *Dictadura y disenso político*, Madrid, Alfaguara.
- MARCET RAMÓN, P. (1954), *Los establecimientos psiquiátricos de San Baudilio de Llobregat*, Sant Boi, Imprenta Ntra. Sra. Montserrat.
- MARCO MERENCIANO, F. (1950), «Vida y obra del Padre Jofré», *Arch. Iberoamericano. Hist. Med.* (2):305-359.
- MARSET, P. (1983), «La Psiquiatría española durante el franquismo», *Seminario sobre Historia de la Psiquiatría en España*, inédito.
- (1985), «Luis Valenciano Gaya», *RAEN*, 5(15):416-426.
- MARTÍ I JULIÀ, D. (1918), «La cura dels malats mentals en la cultura dels pobles», *Anal. de Medicina*, 147-151.
- MARTÍ TUSQUETS, J. L. (1970), «Significación de la obra de Tomás y Luis Dolsa en la Psiquiatría Catalana», *Actas del I<sup>er</sup> Congr. Hist. Med. Catalana*, III:278-281.
- MARTÍN ISTURIZ, L. (1904), «Los manicomios de Palencia», *Rev. Frenopática Española*, 2(9):201-203.
- (1904a), «Los manicomios de Palencia», *Rev. Frenopática Española*, 2(20):245-246, Barcelona.
- MARTÍNEZ DORGAS, A., y GONZÁLEZ PRATS, A. (1902), «El manicomio de San Baudilio de Llobregat», *Gaceta médica catalana*, 25:728-730.
- MARTÍNEZ GONZALES, M. (1970), «La assistència mèdica municipal desde 1884», *Actas I<sup>er</sup> Cong. Hist. Med. Catal.*, IV:178-184.
- MARTÍNEZ PARDO, F. (1978), *La neuropsiquiatría a través de Archivos de Neurobiología*, Madrid.
- MARTÍNEZ SHAW, C. (comp.) (1986), «La Caritat a l'Antic Règim», *L'Avenç*, Barcelona, 91:32-55.
- MARTORELL, P. (1933), «Del Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya», *But. Sind. Metges Catalunya*, 14(160):11-14.
- (1934), «Del Butlletí Oficial de la Generalitat de Catalunya», *But. Sind. Metges Catalunya*, 15(162):6-9.
- MEDIAVILLA, J. L. (1980), *Conversaciones con Ramón Sarró*, Barcelona, Gráficas Valldep.
- MELOSSI, D., y PAVARINI, M. (1980), *Cárcel o fábrica. Los orígenes del sistema penitenciario*, Siglo XXI, México.
- MENÉNDEZ, E. L. (1984), «El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de salud», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3:93-121.
- (1985), «Saber "médico" y saber "popular": el modelo médico

- hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización», *Estudios sociológicos* (México), 3(8):263-296.
- MIGUEL, Amando de (1973), «Psiquiatría y sociedad», *Papers*, 1:11-34, Barcelona.
- MIGUEL, J. de (1976), *La reforma sanitaria en España*, Madrid, Cambio 16.
- (1979), *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española*, Madrid, Akal.
- (1982), «Para un análisis sociológico de la profesión médica», *REIS* (Madrid), 20:101-120.
- (1984), *La estructura del sector sanitario*, Madrid, Tecnos.
- (1984a), *La amorosa dictadura*, Barcelona, Anagrama.
- (1985), *La salud pública del futuro*, Barcelona, Ariel.
- MIGUEL, J. de (comp.) (1976), *Planificación y reforma sanitaria*, Barcelona, CIS.
- MIGUEL, J. de, y DOMÍNGUEZ-ALCÓN, C. (1982), *El mito de la inmaculada concepción*, Barcelona, Anagrama.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL (1979), *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*, Madrid, Instituto Nacional de la Salud.
- MIRA LÓPEZ, E. (1935), *Manual de Psiquiatría*, Barcelona, Salvat.
- (1939), «Psychiatric experience in the Spanish War», *British Medical Journal*, 1217.
- (1943), *Psychiatry in war*, Nueva York, W. W. Norton (trad. cast.: Buenos Aires, 1944).
- (1974), *La psicoanálisis*, Barcelona, Eds. 62 (publicado en 1926).
- MIRANDA, M. J. (1979), «Bentham en España», pp. 129-145, en BENTHAM *et alii*, *El Panóptico*, Eds. La Piqueta, Madrid.
- MONLAU, P., y SALARICH, J. (1984), *Condiciones de vida y trabajo obrero en España a mediados del siglo XIX*, Barcelona, Anthropos.
- MONTOYA, J. L. (1976), «Las instituciones psiquiátricas en crisis: apuntes para una reforma», pp. 407-428, en J. de Miguel (comp.), *Reforma y planificación sanitaria*, 1976.
- MONTSERRAT ESTEVE, S. (1937), «Psiquiatría de guerra», *Medicina Catalana*, 145-150.
- MORA, E., y otros (1982), *Salud, poder y locura*, Madrid, Fundamentos.
- MUÑOZ RODRÍGUEZ, E., y VALVE PÉREZ, A. (1983), «La reforma de la salud mental en Madrid (1)», *RAEN*, 3(7):62-75.
- MUÑOZ, E.; PRIETO-MORENO, L., y CORCES, V. (1983), «La reforma de la salud mental en Madrid (2)», *RAEN*, 3(8):74-89.
- MURARD, L., y FURQUET, F. (comps.) (1975), «Histoire de la Psychiatrie de secteur», *Recherches*, 17, París.
- NADAL, J. (1975), *El fracaso de la revolución industrial en España*, Barcelona, Crítica.

- PARELLADA, D. (1980), *L'obra psiquiàtrica catalana impresa a l'entresgle*, Barcelona, Glosa.
- PARRY-JONES, W. (1972), *The Trade in Lunacy*, Londres, Routledge and Kegan Paul.
- PAVARINI, M. (1986), «Formas de control social "duro" y "blando". Evolución y significado», *II Setmana d'Estudis Urbans*, Lleida, mimeografiado.
- PERAZA DE AYALA, T. (1947), *La Psiquiatría española en el siglo XIX*, Madrid, CSIC.
- PÉREZ ESPEJO, M. A. (1973), «La asistencia psiquiátrica en España desde 1940 hasta la actualidad a través de la literatura periódica médica», *Actas del IV Congreso Español de Historia de la Medicina*.
- PERINAT, A. (1975), «Cambio social y modernización en una institución hospitalaria religiosa», *Papers*, 5:125-145, Barcelona.
- PERRROW, Ch. (1960), *Authority, Goals and Prestige in a General Hospital*, Unpublished Ph. D. Dissertation, Berkeley, University of California.
- PESET, J. L. (1983), *Ciencia y marginación. Negros, locos y criminales*, Barcelona, Grijalbo.
- PESET LLORCA, V. (1950), «Sobre la psiquiatría española del siglo XIX», *Arch. Iberoam. Hist. Med.*, 2:622-627.
- (1954), «Prólogo» en ULLESBERGER (1954).
- (1961), «Una introducción a la historia de la psiquiatría en España», *Medicina Clínica*, 37:369-379.
- PI I MOLIST, E. (1858), *Relación histórica de los trabajos que se ocupó la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona durante 1857*, Barcelona, Imp. de Tomás Gorchs.
- (1860), *Proyecto Médico Razonado para la construcción del Manicomio de la Santa Cruz*, Barcelona, Imp. de Tomás Gorchs.
- (1881), «Nueva Belén y el primitivo Bethlem», *Independencia médica*, 128-129.
- (1885), «Discurso que en la solemne ceremonia de ponerse la primera piedra del manicomio de la Santa Cruz pronunció...», *Revista Frenopática Barcelonesa*.
- PRAT, J.; PUJADAS, J. J., y COMELLES, J. M. (1980), «Sobre el contexto social del enfermar», p. 46-68, en M. Kenny y J. de Miguel (comps.), *La Antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama.
- Primer Certamen Frenopático Español* (1883), *Actas del*, Barcelona, Tip. La Académica.
- Proposición no de Ley PCE* (1982), *RAEN*, 2(3):113-114.
- (1983), *RAEN*, 3(7):138-139.
- PSIQUIATRIA DEMOCRÀTICA DEL PAÍS VALENCIÀ (1979), *Per una nova psiquiatria (l'Hospital de Betera)*, Acció Cultural del País Valencià, Valencia.

- PUIG SAMPER, M. A. (1987), «Luis Simarro y las ciencias neurobiológicas», *RAEN*, 7(23):649-652.
- PUJADAS, A. (1877), *El manicomio de San Baudilio de Llobregat*, Tipo-litografía de Celestino Verdaguer, Barcelona.
- Reglamento General de Beneficencia Pública decretador por las Cortes extraordinarias de 1821 (1822)*, Valencia, Manuel Muñoz y Co.
- RENDUELES OLMEDO, G. (1980), «La psiquiatría asilar española», pp. 131-149, en *Trans. asist. psiquiátrica*.
- Reunión General de Neuro-psiquiatras Españoles* (1924), *Psiquiatría*, 3(4):19-24, Barcelona.
- Reunión Inaugural de la Sociedad Catalana de Neurología y Psiquiatría* (1911), *Rev. Frenopática Española*, 6(3):101-120.
- Revista de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría* (1981), «Editorial: Asistencia», *RAEN*, 0:94.
- (1981a), «Editorial», *RAEN*, 1:2-3.
- (1981b), «Editorial», *RAEN*, 3:2-3.
- (1982), «Editorial», *RAEN*, 2(3):2-3.
- Revista Médica Barcelonesa* (1929), «Editorial», I:193-195.
- (1929a), «Editorial», I:278-290.
- (1931), «Editorial: El decreto sobre la asistencia de enfermos psiquiátricos», 16(91):1-2.
- (1932), «Editorial», I:97-98.
- (1932a), «Editorial», II:113-114.
- (1932b), «Editorial», II:425-427.
- REY, A. (1981), *La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del XIX*, Tesis de Doctorado, Facultad de Medicina, Valencia.
- (1982), «La introducción del moderno saber psiquiátrico en la España del XIX», *RAEN*, 2(4):4-26, Madrid.
- (1982a), «Clásicos de la Psiquiatría española: Joan Giné i Paragás», *RAEN*, 2(4):99-110.
- (1983), «Clásicos de la Psiquiatría española del siglo XIX: Emilio Pi i Molist», *RAEN*, 3(6):111-121, Madrid.
- (1985), «Clásicos de la Psiquiatría española del siglo XIX: Arturo Galcerán Granés», *RAEN*, 5(13):223-230, Madrid.
- RIBAS I PUJOL, P. (1924), «Clínica de agudos mentales en el Asilo Municipal del Parque», *Revista Médica Barcelonesa*, 181-183.
- RIPA, Yannick (1986), *La ronde des folles*, París, Aubier.
- RIQUER, Borja de (1985), «Burguesos, polítics i cacics a la Catalunya de la Restauració», *L'Avenç*, 85:16-33.
- RIUS I MATAS, J. (1905), «Modernas construcciones en el Manicomio de San Baudilio: el pabellón de San Isidro», *Revista Frenopática Española*, 3(27), Barcelona.
- RIVAS, E. (1977), «Dinámica del cambio en la institución psiquiá-

- trica», pp. 25-38, en CORCES y otros, *Alternativas a la asistencia psiquiátrica*, Madrid, Akal.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1984), «El paper social dels professionals en l'art de guarir», pp. 101-113, en Comelles (comp.), *Antropologia i salut*, Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- RODRÍGUEZ ARIAS, B. (1929), «La Higiene Mental en España y el futuro Congreso de Washington», *Revista Médica Barcelonesa*, 11:300-313.
- (1929a), «La terapéutica por el trabajo en los Manicomios», *Revista Médica Barcelonesa*, 11:350-358.
- (1929b), «La Cruzada pro-Higiene Mental en España», *Revista Médica Barcelonesa*, 11(63):193-195.
- (1932), «La Higiene Mental en Catalunya», *Revista Médica Barcelonesa*, 18(107):425-427.
- (1932a), «Orientaciones para la estructuración psiquiátrica de Cataluña», *Revista Médica Barcelonesa*, 18:498-503.
- (1973), «Orígenes del movimiento pro-Higiene Mental en España». Nota histórica», *Anales de Medicina y Cirugía*, 13(232):11-118, Barcelona.
- RODRÍGUEZ MÉNDEZ, R. (1903), «Prólogo apologético», en GINÉ I PARTAGÁS, *Obra escogida*.
- (1904), «El ingreso en los manicomios desde el punto de vista médico-legal», *Revista Frenopática Española*, 2(15):65-74.
- RODRÍGUEZ MORINI, A. (1903), «Los manicomios españoles», *Revista Frenopática Barcelonesa*, 359-365.
- (1905), «El manicomio Vasco-Navarro», *Rev. Frenopática Española*.
- (1929), *El antiguo manicomio de San Baudilio y el moderno sanatorio frenopático de Nuestra Señora de Montserrat*, Barcelona.
- (1932), «Contribución de los antiguos psiquiatras catalanes a la higiene mental», *Revista Médica Barcelonesa*, 508-512.
- RODRÍGUEZ PÉREZ, E. (1980), *Asistencia psiquiátrica en Zaragoza a mediados del siglo XIX*, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.
- ROMANI, O. (1983), *Droga y subcultura: una historia cultural del «haix» en Barcelona*, Tesis de Doctorado, Barcelona, Univ. Barcelona.
- RONQUILLO I MONER, C. (1883), «El manicomio del presente y del porvenir», en Giné i Partagás (comp.), *Primer Certamen Frenopático Español*.
- ROSEN, G. (1974), *Locura y sociedad*, Madrid, Alianza.
- ROTHMAN, D. (1971), *The Discovery of Asylum*, Boston, Little Brown.
- RUBENSTEIN, R., y LASSWELL, H. (1966), *The sharing of power in a psychiatric hospital*, Yale University Press.
- RUBIO I CARNE, J. (1970), «Vida i obra del Dr. Domènec Martí i Julià», *Actes del I Congrés Hist. Med. Catal.*, III:304-317.
- RUBIO VELA, A. (1984), *Pobreza, enfermedad y asistencia hospitalaria en la Valencia del siglo XIV*, Institut Alfons el Magnànim, Valencia.
- SABANDO, P. (1983), «Discurso pronunciado en la inauguración de las jornadas de Salud Mental», *RAEN*, 3(8):147-148.
- SÁEZ BUENAVENTURA, C. (1978), «Conflictos psiquiátricos en la última década española», pp. 9-40, en BUGALLO *et alii*, *Conflictos y lucha psiquiátrica en España*, Madrid, Dédalo.
- SAFORCADA, M. (1924), «La custodia de los locos delincuentes», *Psiquiatría*, 3(2):1-13, Barcelona.
- (1926), «La psiquiatría y la legislación civil vigente», *Psiquiatría*, 5(1):23-31.
- SAINT-DENIS, A. (1983), *L'Hôtel-Dieu de Laon*, Presses Universitaires de Nancy, Nancy.
- SÁNCHEZ LEAL, E. (1959), *Los hospitales de Tarragona*, Tarragona, Intsituto Ramón Berenguer, IV.
- (1959), *La obra psiquiátrica de Emilio Pi i Molist*, Salamanca, Anaya.
- SANCHO DE SAN ROMÁN, J. (1948), *Santos sanadores*, Barcelona, Ciba.
- (1960), *La obra psiquiátrica de Joan Giné i Partagás*, Salamanca, Seminario de Historia de la Medicina.
- SARRÓ, R. (1970), «La generación psiquiátrica de Lafora, Sacristán, Sanchís, Banus y Mira», en *Actes del I<sup>er</sup> Cong. Hist. Med. Cat.*, vol. III:326-333.
- (1970a), «Reflexions personals sobre la història de la Psiquiatria a Catalunya desde el 1940 fins al moment present», *Actes del I<sup>er</sup> Congr. Hist. Med. Cat.*, III:247-255.
- SCULL, A. L. (1979), *Museums of Madness*, Londres y Nueva York, Allan Lane, St. Martin Press.
- (1981), «Humanitarianism as control: Observations on the Historiography of Anglo-American Psychiatry», *Rice University Studies*, 67(8):21-31.
- SECRETARÍA DEL MINISTERIO DE SANIDAD (1986), *Sanidad española (1981-1896). Crónica del cambio*, Madrid, Ministerio de Sanidad.
- SEGUÍN, E. C. (1883), «Apuntes sobre los manicomios españoles», *I Certamen Frenopático Español*, pp. 429-650.
- SERENENA I PARTAGÁS, P. (1883), «Estética de los manicomios y condiciones que deben tener», *I Certamen Frenopático Español*, pp. 257-268.
- (1886), «El Manicomio de la Santa Cruz», *La independencia médica*, 117-118.
- SERIGÓ SEGARRA, A. (1976), «Sociología de la sanidad y de la alimen-

- tación», en *Estudios sociológicos sobre la situación social de España* (1975), Madrid, Euramérica.
- SHELP, E. L. (comp.) (1982), *Beneficence and Health Care*, Dordrecht (NL) D., Reidel Publ. C.
- SKULTANS, V. (1979), *English Madness. Ideas on Insanity. 1580-1890*, Londres, Routledge and Kegan Paul.
- «Sobre una Real Orden del Directorio Molitor de gran trascendencia para la práctica psiquiátrica» (1926), *Psiquiatría*, 4(2):15-17.
- SOLÁ, A. D. (1969), «La formulación de la enajenación mental en la legislación penal española del siglo XIX», *Asclepio*, Madrid, 21: 357-365.
- SOLÉ SABARÍS, F. (1975), «Evolución histórica de la Seguridad Social española y examen de su gestión a la asistencia familiar», en ACARÍN y otros, *La sanidad hoy*, Avance, Barcelona.
- SOLÉ SAGARRA, J. (1964), «Emili Mira y López. In Memoriam», *Clínica y laboratorio*, 77(477):304-405.
- SPERBER, D. (1982), *La métier d'anthropologue*, París, Hermann.
- SECRETARÍA FEDERAL DE ACCIÓN SOCIAL DEL PSOE, «Salud mental», *Cuadernos de acción social*, vol. 17, p. 48.
- STATON, J., y SCHWARTZ, M. (1954), *The mental Hospital*, Basic Books, Nueva York.
- STEUDLER, F., «Hôpital, profession médicale et politique hospitalière», *Rev. Fran. Sociologie*, 14(spé):13-40, París.
- (1974), *L'Hôpital en observation*, París, Armand Colin.
- TERRADES, I. (1979), *Les colònies industrials*, Laia, Barcelona.
- (1984), *El món històric de les Masies*, Curial, Barcelona.
- (1984), «Seminari sobre antropologia històrica», Tarragona, ITA.
- (1985), «La història de les estructures i la història de la vida», en *Actes de les III Jornades d'Estudis Locals*, Institut d'Estudis Balears, Ciutat de Mallorca.
- TERRADES I DOMINGO, J. (1901), *Anales del manicomio de la Santa Cruz*, Manuscrito.
- THUTTLER, J. (1981), *El nuevo rostro de la locura*, Planeta, Barcelona.
- TORRAS, O. (1924), «El manicomio como agente terapéutico», *Psiquiatría*, 3(3):1-11, Barcelona.
- (1961), *Nuestra contribución a la obra benéfico-social, médica y científica del Instituto Mental de la Santa Cruz*, Barcelona.
- TOSQUELLES, F. (1975), en Murard y Furquet, *Histoire de la Psychiatrie de secteur*.
- TRUJILLO CUBAS, A. (1970), «Nota sobre el Instituto Frenopático», *Actes I<sup>er</sup> Cong. Hist. Med. Cat.*, III:270-278.
- TRULLOLS, A. (1980), *La tapia. Étude de Psychiatrie Sociale de l'Institut Psichiatrico Nuestra Señora de Montserrat*, París, EHESS, Thèse de Troisième cycle.
- TURNER, V. (1974), *The ritual process*, Hardmonsworth, Midd, Penguin.
- ULLESPPERGER, J. G. (1954), *La historia de la psicología y la psiquiatría en España*, Alhambra, Barcelona.
- VALDÉS, M. (1974), *La confusión de los psiquiatras*, Ex-paxs, Barcelona.
- VALENCIANO GAYA, L. (1961), «Origen y desarrollo de la psiquiatría española», *Rev. de Psicología Clínica y Aplicada*.
- (1965), «Lafora, el hombre», *Archivos de Neurobiología*, 28:322-329.
- (1965a), «Lafora y sus mitos científicos», *Archivos de Neurobiología*, 28:590-593.
- (1968), «Los trabajos psiquiátricos de Miguel Prados Such», *Archivos de Neurobiología*, 32:453-464.
- (1975), «Origen y desarrollo de la psiquiatría madrileña», *Actes del IV Congrès de Hist. Med.*, 2:153-164.
- (1975a), «Gonzalo Lafora», en LAFORA, *Don Juan, los milagros, y otros milagros*, Madrid.
- (1967), *El doctor Lafora y su época*, Alcoy-Morata.
- (1978), «Vida, agonía y muerte y resurrección de una revista», pp. 3-16, en MARTÍNEZ PARDO, 1968.
- (1981), «Dos notas sobre historia de la psiquiatría española», *Estudios historia social*, 16-17:41-50.
- VALENTÍ I VIVÓ (1885), «Las cátedras de psiquiatría», *Rev. Frenopática Barcelonesa*, 5:149-152.
- VERGÉS, J. (1975), «La Seguridad Social Española y sus implicaciones socio-económicas», pp. 53-67, en ACARÍN y otros, *La Sanidad hoy*, Avance, Barcelona.
- (1977), «La "Seguridad Social Española"», *Anales de Medicina*, 53(7):1151-1158, Barcelona.
- VIDAL TEIXIDOR, R. (1970), «Emili Mira y López i la Psicologia i Psiquiatria catalanes», *Actes del I<sup>er</sup> Cong. Hist. Med. Cat.*, III: 366-367.
- (1974), «Prólogo», en E. MIRA, *La psicoanàlisi*, Barcelona, Edicions 62.
- VIDAL TEIXIDOR, R., i COROMINAS, J. (1977), «Salut mental», pp. 189-201, en *Salut, Sanitat i Societat*, Barcelona, 7 por 7.
- VIVES I CASAJOANA, S. (1917), «Report sobre el manicomí de Salt», *Anals de l'Acadèmia i Laboratori*, marzo.
- (1918), *El Doctor Martí i Julià*, Barcelona, Fullat.
- (1934), «Domènech, Martí i Julià», *La medicina catalana*, 2(8): 541-542, Barcelona.
- (1937), «La Psiquiatria i la guerra», *Rev. Sanitat i Assistència Social*, 1.
- (1937a), «Que ha fet i que farà la Generalitat de Catalunya pel

- malat mental», *Butlletí Sindicat de Metges de Catalunya*, 196, marzo-abril.
- (1937b), «Ressenya de l'obra de la Generalitat en matèria d'assistència psiquiàtrica i higiene mental a partir del 19 de juliol de 1936», *Medicina catalana*, 45-46.
- (1979), *L'organització de l'assistència pública als psicòpates a Catalunya*, Fund. S. Vives i Casajoana, Barcelona (publicado en 1919).
- WAGENSBERG, J. (1985), *Ideas sobre la complejidad del mundo*, Tusquets, Barcelona.
- YOUNG, A. (1982), «The Anthropology of Illness and sickness», *Annual Review of Anthropology*, 11:257-285.
- ZARAGOZA, A. (1982), *Los abogados y la sociedad industrial*, Península, Barcelona.
- ZILLIOX, H. (1976), *On nous appelait «gardiens de fous»*, Paris, Privat.

## ÍNDICE

<i>Presentación</i> . . . . .	VII
<i>Prólogo</i> . . . . .	XI
<i>Prefacio</i> . . . . .	1
1. LA PSIQUIATRÍA Y EL ESTADO: . . . . .	5
1.1. Coyunturas generales y particularismos históricos . . . . .	5
1.2. Disciplinas y profesiones: la inserción de los profesionales en los procesos asistenciales . . . . .	14
1.3. Psiquiatría y desarrollo del Estado en la sociedad contemporánea . . . . .	20
2. EL DESCUBRIMIENTO DEL MANICOMIO: . . . . .	33
2.1. La crisis de la asistencia a los locos al término del antiguo régimen . . . . .	33
2.2. El fracaso del reformismo jacobino en España . . . . .	42
2.2.1. El Reglamento General de Beneficencia Pública de 1822 . . . . .	44
2.2.2. La Ley de Beneficencia de 1849 . . . . .	46
2.3. La privatización de la asistencia psiquiátrica en Cataluña . . . . .	49
2.3.1. El fracaso de la iniciativa pública en Barcelona . . . . .	51
2.3.2. El tratamiento moral en España: El «Proyecto Médico Razonado» de Emili Pi i Molist . . . . .	53

2.3.3.	La praxis del tratamiento moral . . .	67
2.3.4.	El fracaso del tratamiento moral . . .	76
2.4.	El fracaso profesional de la Psiquiatría catalana . . .	87
2.5.	La derrota política de los psiquiatras catalanes del siglo XIX . . .	92
3.	EL DESCUBRIMIENTO DEL SECTOR: . . .	103
3.1.	El espejismo neurológico y el auge de la psiquiatría madrileña . . .	104
3.2.	El triunfo político de la Psiquiatría catalana . . .	110
3.2.1.	Nacionalismo y Psiquiatría en Cataluña . . .	111
3.2.2.	La política asistencial de la Mancomunitat de Catalunya . . .	117
3.2.3.	El compromiso político y corporativo de los psiquiatras catalanes . . .	123
3.2.4.	La remedicación de los manicomios . . .	131
3.3.	Psiquiatras en busca de Estado . . .	137
3.3.1.	La incierta gloria de un día de abril . . .	138
3.3.2.	El descubrimiento de la comarca . . .	143
3.3.3.	La derrota de los psiquiatras . . .	149
4.	EL DESIERTO DE LOS TÁRTAROS: . . .	153
4.1.	Nuevo Estado y vieja psiquiatría . . .	153
4.1.1.	El espíritu de la colmena . . .	155
4.1.2.	La chispa de la vida . . .	165
4.2.	El estado de obras . . .	170
5.	INCIERTA GLORIA: . . .	175
5.1.	Viejo Estado y nueva psiquiatría . . .	175
5.1.1.	La sanidad enferma . . .	178
5.1.2.	La sospechosa asistencia psiquiátrica . . .	183
5.1.3.	La vocación de los psiquiatras . . .	189
5.1.4.	La transformación del mercado de trabajo . . .	193

5.2.	Crisis manicomial . . .	196
5.2.1.	¡Abajo las cadenas . . .	197
5.2.2.	La confusión de los psiquiatras . . .	201
5.2.3.	El encanto discreto de la progresía . . .	209
6.	PSIQUIATRAS BAJO LA CARPA DEL CIRCO: PERPLEJOS . . .	215
6.1.	La monarquía republicana . . .	215
6.2.	Los pronunciamientos de la sanidad . . .	222
6.3.	Las dos psiquiatrías . . .	226
6.3.1.	La comunidad frente al individuo . . .	232
6.3.2.	El individuo contra la comunidad . . .	241
6.4.	Los vientos de la reforma . . .	247
7.	PSIQUIATRÍA SIN SOCIEDAD: . . .	255
7.1.	Estado sin psiquiatría . . .	256
7.2.	Psiquiatría sin Estado . . .	261
7.3.	Psiquiatría sin sociedad . . .	264
7.4.	¿Psiquiatrizar?, ¿despsiquiatrizar?, ¿desmedicalizar?, ¿medicalizar? . . .	267
	<i>Bibliografía</i> . . .	271