

La Reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en Red Comunitaria de Salud Mental y Psiquiatría

Conversion of a psychiatric hospital into a community network of mental health and psychiatric care

Dr. Mauricio Gómez Chamorro*

"A la memoria del Dr. Juan Marconi Tassara"

Resumen

El artículo reseña el proceso de transformación llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico El Peral en los últimos 15 años y en particular desde 1998. Siendo el segundo hospital psiquiátrico en tamaño del país, ha impulsado un proceso de reconversión de funciones y recursos hacia un modelo comunitario organizado en torno a la red general de salud y con los respectivos apoyos sociales para las personas con discapacidad. Ello en el marco del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud, así como del plan respectivo del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

El proceso ha transcurrido en tres ejes: 1) creación de programas para el tratamiento intensivo de mediana estadía de los pacientes más graves, con psicosis y trastornos del desarrollo, que vivían en larga estadía orientado a su egreso hospitalario, 2) egreso de pacientes a estructuras residenciales alternativas (en especial hogares protegidos) en la comunidad y 3) transferencia de recursos para la creación de servicios clínicos insertos en la red de salud general.

A la fecha, la población de larga estadía se ha reducido en un 50%, y se cuenta con las respuestas técnicas que permiten asegurar que es posible y deseable prescindir del hospital psiquiátrico como estructura, y convertir sus funciones y recursos en una red territorial de servicios e inserta en la estructura general de salud. Hoy, el principal obstáculo para ello es la brecha de recursos financieros y humanos para la implementación uniforme del modelo, no sólo en los servicios de salud relacionados con el hospital, sino a nivel nacional.

Palabras Clave: Discapacidad Psíquica, Psiquiatría Comunitaria, Reforma Psiquiátrica, Hogares Protegidos, Desinstitucionalización, Unidad de Mediana Estadía, Hospital Psiquiátrico, Red de Salud Mental y Psiquiatría.

Abstract

The article describes the process that is taking place in the Hospital Psiquiátrico El Peral in the last 15 years and particularly since 1998. Being the second biggest psychiatric hospital in the country, it has incentivated a process of reconverting functions and resources towards a community model organized within the general health network with the respective social supports for the people with psychic disability, in the framework of the National Plan of Mental Health and Psychiatry of the Health Ministry.

The process has advanced along three axis: 1) generation of medium stay programs for the treatment of the most seriously ill patients, with psychosis and pervasive development disorders, that lived in long stay

*Director Hospital Psiquiátrico el Peral. mgomez@ctcinternet.cl

services with the goal of achieving their discharge from the hospital. 2) exit of patients to alternative residential structures (mainly sheltered homes) in the community and 3) transfer of resources for the creation of clinic services inserted in the general health network.

Up to date, the population in the long stay services of the hospital, has been reduced by 50%, and technical solutions exist that allow us to be sure that it is possible and desirable to do without the psychiatric hospital as a structure and to convert its functions and resources in a territorial network of services integrated within the general health structure. Today, the main obstacles are the lack of enough resources for the uniform implementation of the model, not only in the health services related to this hospital but throughout the country.

Key Words: *Mental Disability, Community Psychiatry, Psychiatric Reform, Sheltered Homes, Deinstitutionalization, Medium Stay Unit, Psychiatric Hospital, Mental Health and Psychiatric Network.*

I. El Hospital

El Hospital Psiquiátrico El Peral fue creado en 1928 como una Colonia Open Door destinada a recibir los pacientes considerados irrecuperables del entonces Manicomio Nacional, hoy Instituto Psiquiátrico José Horwitz Barak. Concebido entonces como parte de un proyecto nacional que consideraba varias instituciones de este tipo a lo largo del país, finalmente fue el único que se creó.

Los escasos registros disponibles de esos años hablan de un lugar que contó con una importante infraestructura agropecuaria, incluyendo lechería y producción agrícola, pero lo cierto es que hacia la década del 60 y 70 se había transformado en un depósito de personas afectadas por una variedad de patologías psiquiátricas, discapacidad mental, enfermedades orgánico-cerebrales, somáticas y carencias sociales.

Esta realidad daba cuenta del modelo imperante en el país para la atención psiquiátrica, con el predominio de modelos asilares manicomiales. El desarrollo de modelos alternativos inspirados en las nacientes experiencias de reforma psiquiátrica en los países europeos, tales como la creación de servicios de psiquiatría ambulatoria en hospitales generales y hospitales de día, se detuvieron y en muchos casos fueron abortados por el advenimiento de la dictadura militar. De particular relevancia fueron: la experiencia en el área sur de Santiago liderada por el Dr. Juan Marconi en el ámbito de la psiquiatría comunitaria; y la experiencia conducida por el Dr. Martín Cordero en Temuco.

En la década del 60 muchos de los pacientes de El Peral se trasladaron masivamente al Hospital de Putaendo, antiguo sanatorio de tuberculosis que fue transformado en hospital psiquiátrico, lugar donde se reprodujeron las mismas condiciones de miseria, hacinamiento y bajos estándares sanitarios. A principios de la década del 70, con el cierre del Hospicio de Santiago se transfirieron muchas personas minusválidas, incluyendo niños, al Hospital El Peral. Con el inicio de la dictadura militar la situación se agravó por el despido de funcionarios. Registros fotográficos del año 1976, revelan una dramática situación sanitaria caracterizada por la desnutrición, hacinamiento y pobreza material del establecimiento. Los testimonios orales de funcionarios de la época hablan de una alta mortalidad de pacientes derivada de las deficiencias sanitarias y terapéuticas, en especial en los sectores de larga estadía. Estos coexistían con el Instituto de Rehabilitación Mental, servicio de corta estadía que otorgaba prestaciones de psiquiatría general y toxicomanías, donde las condiciones sanitarias y terapéuticas eran de mejor nivel.

Sería largo enumerar cuantos programas se ensayaron para superar esta realidad, los más conocidos fueron el "Programa de Economía de Fichas" de 1977 y el "Programa de Psicofarmacología" de esa misma época. Ambos programas surgieron al alero de la Universidad de Chile, y al cabo de algún tiempo de ejecución los equipos que los sostenían migraron por conflictos con las direcciones de la época. Quizás su mayor mérito fue el compromiso

de sus ejecutores por intervenir en una institución que había devenido en un desastre sanitario, generando aprendizajes respecto de las potencialidades de los residentes, entre sus cuidadores. En la década del 80, se mejoraron condiciones sanitarias y asistenciales básicas y se concibió la "comuna protegida", espacio hospitalario para la vida de las personas con discapacidad. Este concepto, a mi parecer derivó en una estructura donde quienes no respondían a las expectativas de dicha "comunidad" fueron objeto de respuestas conductuales más propias del manejo judicial que de la terapia psiquiátrica. El pabellón 7 con su Sala de Seguridad y celdas, la jaula del patio de ese pabellón a fines de los 80, los aislados existentes entonces en todos los sectores clínicos dan cuenta de la dificultad para enfrentar adecuadamente los cuadros psiquiátricos más complejos. Los equipos clínicos que se involucraban en el tratamiento de estos pacientes generaron una multiplicidad de programas y esfuerzos, algunos exitosos en casos individuales de pacientes, pero invariablemente se estrellaron con el peso de la institución.

El terremoto de 1985 destruyó parte importante de la infraestructura del hospital, agravando el hacinamiento. Al año 90, en el hospital residían 605 personas en Larga Estadía, la gran mayoría haciendo uso de literas dobles, con lo cual las habitaciones frecuentemente eran habitadas por 40 a 50 pacientes. Dado el modelo organizacional imperante, coexistían estructuras destinadas a la atención de personas con trastornos psiquiátricos severos, postrados por causa neurológica, discapacidad mental severa y profunda, cuadros orgánico-cerebrales, ancianidad y abandono social, situación que en muchos casos era la razón de permanencia en la institución.

El análisis de cualquier hospital psiquiátrico tradicional en el mundo que no haya desarrollado procesos profundos de transformación, arroja resultados similares en la composición de sus residentes de larga estadía. Una mezcla de personas con diagnósticos y necesidades heterogéneas, la gran mayoría estables o con patologías psiquiátricas no activas, muchas sin patología propiamente psiquiátrica, todas con algún grado de discapacidad

o desventaja, en las cuales el denominador común es el abandono social. Para ellos, el hospital psiquiátrico cumple el gran rol de "solucionador" de carencias sociales, al modo de una institución total como describiera Goffman, en la cual todo está, bien o mal, resuelto y regulado, con los consiguientes deterioros en lo más consustancial de lo cotidiano, el libre albedrío en las pequeñas y grandes decisiones de la vida diaria. Coexistiendo con este grupo mayoritario de personas, hay habitualmente un 20 a 30% de personas muy graves, clínicamente subtratadas al interior de la institución supuestamente especializada. Este cuadro era precisamente el existente al interior del Hospital El Peral.

Con el cambio político democrático del país, se inician procesos de transformación, no exentos de serios conflictos generados por las iniciativas que cuestionaban el quehacer institucional. A principios de la década del 90, una gran crisis produce el éxodo de un importante grupo de profesionales, en especial psiquiatras que lideraban un proceso de cambio inspirado en los modelos de reforma psiquiátrica. Lentamente, el cambio de contexto a nivel nacional, las políticas de sucesivas direcciones de hospital, del Servicio de Salud Metropolitano Sur y ministeriales, progresivamente favorables al cambio de modelo fueron facilitando la transformación institucional.

Durante la primera mitad de la década del 90, los principales avances en el hospital consistieron en el reordenamiento del servicio de larga estadía, orientado al retiro progresivo de los componentes restrictivos. Así, en esos años se crea la Unidad de Autovalentes, espacio residencial mixto que llegó a tener 40 plazas, con un alto grado de autogestión por parte de los usuarios. En este lugar residieron las personas con mayor grado de autonomía que había en larga estadía; muchos de ellos trabajaban fuera del hospital durante el día y regresaban al anochecer; en la unidad tenían repostero, comedor y espacios de convivencia. La gran mayoría de los usuarios de la Unidad de Autovalentes posteriormente egresó a hogares protegidos, hacia finales de los 90, cuando las políticas ministeriales los financiaron.

En 1997, el Hospital El Peral contaba con 95 camas de Corta Estadía, de las cuales 16 eran de Alcoholismo; y en el Servicio de Larga Estadía residían 496 personas, sólo un centenar menos que en 1990. Pese a los avances por reducir el peso de la institución sobre los pacientes más autovalentes, los modelos de control para los más graves distaban bastante de ser terapéuticos, rehabilitadores y respetuosos de sus derechos. Aun no se lograban desmontar completamente las estructuras de contención generadas en la década anterior ni se daban las condiciones para un cambio más profundo del modelo. En la red no se habían creado nuevas alternativas de tratamiento o apoyo social, y las camas de corta estadía de El Peral eran las únicas disponibles para los territorios Sur, Suroriente y VI región.

Un diagnóstico participativo realizado en 1998 con 38 pacientes que contaban con red social, para evaluar como les afectaba su permanencia en el hospital, reflejó un importante grado de conciencia de diversos problemas tales como:

- Falta de libertad, obligados a realizar diversas actividades fuera de sus intereses, cumplir rutinas y horarios rígidos, no poder llevar a cabo algunas tareas o actividades de su interés.
- Experiencias de maltrato físico y verbal.
- Estigmatización, referida como la pérdida de confianza de conocidos y familiares producida por “el hecho de pensar que por permanecer en el hospital”, se produce una pérdida de sus capacidades, de su estatus y son calificados como “locos”.
- Experiencias de abuso de poder.
- Falta de personal, que se traducía en una percepción de temor e inseguridad para los pacientes.
- Pérdida de lazos afectivos

- Problemas generados por la convivencia con gran cantidad de personas con hábitos, valores y costumbres distintas.

En 1998, se formula el Plan Estratégico del Hospital Psiquiátrico El Peral, en sintonía con los lineamientos del SSMS. En dicho Plan Estratégico se definieron tres objetivos:

1. *Otorgar atención integral a personas con trastornos psiquiátricos de alta complejidad, en un Modelo de Psiquiatría Comunitaria.*

Al hacerse cargo de los cuadros más complejos el hospital no se plantea como un lugar de vida u hospitalización permanente. Así, surge el imperativo de ofrecer tratamientos efectivos aun en casos de la mayor gravedad para romper el circuito habitual de la locura donde los más graves quedan abandonados en servicios clínicos deficitarios. A la vez, se adscribe a una red comunitaria donde el hospital no es el eje sino un apoyo para la necesidad de hospitalización, en tanto no se generen dichos servicios en la red de salud general.

2. *Otorgar atención en rehabilitación psicosocial orientada a la reinserción comunitaria de las personas hospitalizadas.*

El objetivo de la psiquiatría comunitaria es brindar a las personas los servicios sanitarios y de rehabilitación en sus contextos cotidianos de vida. Para cientos de personas institucionalizadas eso requiere un trabajo de reintegración comunitaria, y ello implica trabajos terapéuticos, rehabilitación psicosocial, revinculación familiar, programas residenciales etc.

3. *Promover la participación de la comunidad y sus distintas formas de organización, así como de las ONG y de otros sectores del estado en la reinserción social de personas con discapacidad de causa psíquica.*

El principal obstáculo y mayor amenaza para una adecuada calidad de vida de las personas con trastornos psiquiátricos severos es la carencia de

redes de apoyo social. La combinación de modelos centrados en el asilo-hospital psiquiátrico con carencia de redes de apoyo social para la vida en comunidad es el marco donde a nivel mundial se han ingresado a millones de personas en instituciones. En Chile no existe un Ministerio Social y las políticas en el ámbito de la discapacidad psíquica carecen de una visión intersectorial, por lo que gran parte de las políticas en discapacidad psíquica han sido desarrolladas y sostenidas por el sector salud.

Respecto de este último objetivo, el hospital ha desarrollado múltiples iniciativas, desde el apoyo a la formación de agrupaciones de familiares, organización de jornadas de psiquiatría comunitaria de carácter nacional y con invitados extranjeros, participación en numerosos encuentros de psiquiatría, pasantías a nivel nacional e internacional. De particular interés ha sido la colaboración permanente con el conjunto de la red de salud mental nacional, las ONGs que trabajan en el campo de la salud mental comunitaria, así como con el Hogar de Cristo. Con todos ellos nos hemos apoyado y aprendido mutuamente, siempre con la cooperación de la Unidad de Salud Mental del MINSAL.

II. El Contexto

Los principales cuestionamientos a la institución manicomial provienen de los trabajos sobre las instituciones totales y sus efectos negativos sobre las personas, una creciente valorización sobre los derechos de las personas y una importante crítica al quehacer de la psiquiatría institucional.

Desde hace ya unos 30 años, se dispone de importantes experiencias de reforma psiquiátrica a nivel mundial, de profundidad y radicalidad variables, y es posible extraer lecciones de éstas:

- a.- El respeto de los derechos de las personas debe estar sustentado por una legislación pertinente que contemple aquellas condiciones en que debido a una enfermedad psiquiátrica la persona deba ser sujeto de tratamiento, voluntario o involuntario. Asimismo la legislación debe garantizar los medios para la integración social de las personas con discapacidad psíquica.
- b.- El tratamiento debe ser siempre el menos restrictivo posible, lo más cerca de su lugar habitual de vida y manteniendo las redes sociales y familiares del sujeto.
- c.- Es del todo conveniente que la atención psiquiátrica se dé en un contexto de medicina general, que no haga diferencias entre el paciente mental con el de otras patologías.
- d.- Cualquier situación de hospitalización es transitoria, aún en aquellos casos en que ésta se deba prolongar en razón de su gravedad.
- e.- Debe evitarse el cuidado residencial en grandes instituciones psiquiátricas.
- f.- El cuidado comunitario requiere para ser eficaz de una amplia variedad de dispositivos que den cuenta de las necesidades de tratamiento, rehabilitación y residencia de los pacientes, entre otras. Asimismo, se debe contar con equipos de salud mental comunitarios que asesoren a los pacientes en el uso de esta red.
- g.- Para los casos más graves y complejos de pacientes psiquiátricos, se requiere disponer de dispositivos específicos de internación más prolongada, pero cuidando que dicha internación no signifique el aislamiento y desvinculación social, y una disminución del accionar terapéutico. Por el contrario, deberá significar destinar mayor cantidad de recursos y esfuerzos, siempre con el fin de reintegrar a la persona a la comunidad de donde proviene.

En el documento básico de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica realizada en Caracas, Venezuela, (OPS, Noviembre, 1990), se presentó una propuesta de trece derechos específicos de las personas con problemas de salud mental, y se recomendó superar el modelo institucional y avanzar hacia modelos comunitarios que permitieran el acceso al tratamiento psiquiátrico sin perder la inserción social de las

persona afectada. En dicho documento se menciona que el enjuiciamiento del hospital asilar, en el cual históricamente se ha centrado la asistencia al enfermo mental, se estructura en torno a cuatro ejes: ético, clínico, institucional y sanitario:

En Chile, las conclusiones alcanzadas en dicha conferencia fueron discutidas, y el Acuerdo de Santiago, fruto de una Conferencia Nacional (1991), ratificó el consenso alcanzado en torno a las propuestas de reestructuración.

En diciembre de 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para Personas con Discapacidad. Estas establecen que hay numerosas circunstancias que, a lo largo de la historia, han aislado a las personas con discapacidad y retrasado su desarrollo, influyendo en las condiciones de vida de las personas que la padecen, dentro de las cuales es posible mencionar: la ignorancia, el abandono, la superstición y el miedo. Los requisitos planteados para la igualdad de participación son mayor toma de conciencia, atención médica, rehabilitación y servicios de apoyo.

En nuestro país, la Ley N° 19.284 de integración social de personas con discapacidad, promulgada en Enero de 1994, establece en su artículo 2° que “la prevención de las discapacidades y su rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto”.

El Ministerio de Salud, en su rol de planificador, publica en 1993 el documento “Políticas y Plan Nacional de Salud Mental”, en el cual propone: privilegiar los esfuerzos en pro de la equidad, adecuación de las acciones a las necesidades y características de los usuarios, participación social y reestructuración del sector, de modo de alcanzar una atención de salud verdaderamente integral. En forma expresa se establece que no se abrirá ningún nuevo hospital psiquiátrico en el país, desarrollando en cambio, redes de servicios diversificadas en cada región e incorporadas a su vez a la red de

establecimientos de salud general. Se reconoce que en nuestro país persiste la influencia de la concepción centripeta de la atención psiquiátrica, destinándose la mayoría de los esfuerzos y recursos a los pacientes con patologías más graves e invalidantes a los cuales las intervenciones llegan casi siempre tardíamente, cuando los procesos de de socialización y cronificación están ya avanzados.

A nivel nacional, las políticas ministeriales en la primera mitad de esa década hicieron poco hacia los hospitales psiquiátricos. El discurso comunitario que se fue instalando progresivamente en las políticas se centró en la instalación de programas de salud mental en la atención primaria, los llamados equipos psicosociales. Se crearon varios Centros de Salud Mental (COSAM), en distintas comunas, por desgracia muy autodefinidos en su quehacer y con distintos perfiles de atención. Casi invariablemente estos programas excluían a las personas con psicosis.

Los años 96 y 97, los cuatro hospitales psiquiátricos existentes en el país deciden hacer un diagnóstico de situación, con el objetivo de llamar la atención de la autoridad, alegando poca atención y haciendo ver la importancia del quehacer de los hospitales y su rol central en cualquier proceso de transformación. Un discurso que en lo esencial validaba el rol del hospital psiquiátrico, pero que en el diagnóstico reveló una situación epidemiológica categórica respecto del quehacer de estas instituciones. El 80% de las camas psiquiátricas del país estaban en hospitales psiquiátricos, el 70% de éstas eran de larga estadía y las 1255 personas que las ocupaban tenían un promedio de internación de 18 años. Así, el 57% de las camas psiquiátricas del país estaban paralizadas. Al analizar la situación de los residentes en larga estadía, nuevamente un 80% no requería de un servicio de psiquiatría, sino diversos tipos de apoyo social; el 20% restante estaba muy grave y subtratado al interior de la institución y no era egresable por la severidad de su cuadro. En contraste, el 90% de las personas con trastornos psiquiátricos severos vive en la comunidad. A partir de ese diagnóstico, cada hospital tomó rumbos distintos.

En 1999, el Ministerio formula el nuevo Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. El plan se basa en el concepto de que la salud y en especial la salud mental, no sólo dependen de factores biológicos inherentes a las personas y grupos, sino de las condiciones que ellos viven. Las acciones para la rehabilitación y reinserción social y laboral forman parte de la atención integral y requieren en forma especial del protagonismo de las familias, los pacientes y las organizaciones sociales, con el apoyo técnico y financiamiento de los programas de salud y de otros servicios sociales. En el Plan, el eje de la red de servicios está en los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. Los hospitales psiquiátricos se irán reconvirtiendo para reintegrarse plenamente a la red. (figura1)

El desarrollo progresivo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría requiere de un aumento del financiamiento de la salud mental, diferenciado y protegido en los presupuestos sectoriales, y sólo secundariamente a la reorientación de los existentes. Requiere también de estrategias de traspaso y gestión del Ministerio, del Fondo Nacional de Salud y de los Servicios de Salud, con una regulación que permita exigir lo mismo a las Entidades Aseguradoras Privadas de Salud. El Plan deberá ser además un instrumento que atraiga y canalice recursos de otros sectores sociales para destinarlos a acciones intersectoriales y comunitarias de salud mental.

Los recursos públicos que intervienen en salud mental en el país alcanzaban en 1999 al 1,5 % del presupuesto total de salud (es importante notar que en Europa y Norteamérica oscila entre un 8 y un 16%). El Plan define que se requiere aumentar al menos a un 5% para lograr su cumplimiento.

En 1999, el 57% de los recursos de la salud mental se destinaban a los hospitales psiquiátricos, al 2004 dicho porcentaje se ha reducido a un 36%, en tanto que el porcentaje del gasto de salud en salud mental se empina al 2.3%.

El estudio de la Red Metropolitana de Psiquiatría demuestra que el déficit de camas de corta estadía

en el territorio es mínimo, y que su mayor problema es su concentración y distribución inequitativa. Se demuestra también que ninguno de los dos hospitales psiquiátricos de la región juega un rol de referencia nacional. Sin embargo, las nuevas demandas derivadas de la Reforma Procesal Penal, en especial sobre las unidades de corta estadía, generan serias interferencias en el acceso de la población general, alteran los ambientes terapéuticos y generan situaciones riesgosas al ingresar, muchas veces por largos períodos, a personas con conductas delincuenciales.

En el marco del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el Servicio de Salud Metropolitano Sur es definido como Área de Demostración Nacional, en virtud de la consistencia del Plan de Salud Mental y Psiquiatría del SSMS, el proceso en desarrollo en el Hospital Psiquiátrico El Peral y la tradición social y comunitaria de la psiquiatría en este servicio de salud.

En este contexto se debe entender el proceso de reconversión del Hospital El Peral, como parte de un proyecto inserto en el SSMS, con profundas implicancias sobre otros Servicios de Salud que le son de referencia y en el marco amplio de la transformación de la psiquiatría a nivel nacional y panamericano.

III. La implementación del Plan Estratégico en El Peral

Los principales ejes en que ha transcurrido el proceso de reconversión del hospital han sido:

1. Generación de programas para el tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que estaban muy graves al interior de la institución.
2. Reinserción social de las personas residentes en larga estadía.
3. Transferencia de servicios a la red de salud general.

A continuación analizaremos como han evolucionado cada uno de éstos ejes desde la formulación del Plan Estratégico del Hospital.

1. *Generación de programas para el tratamiento y rehabilitación de aquellas personas que estaban muy graves al interior de la institución.*

Como mencionábamos previamente, entre un 20 a 30% de las personas que residían en el hospital al año 1997, se encontraban tan comprometidas en su salud mental y en su conducta, que los propios equipos que las atendían evaluaron que no eran susceptibles de residir en un espacio alternativo. Paradojalmente, se encontraban abandonadas en términos clínicos al interior de la institución. Habían completado el círculo caracterizado por una enfermedad psiquiátrica de curso crónico, recidivante y con agravamiento creciente, progresiva pérdida de soporte social, consecuencia a su vez de la fragilidad de la red de salud mental que deja a las familias solas con el peso de la enfermedad, abandonos reiterados de tratamientos, reingresos frecuentes hasta ser ingresados a "crónicos", confusa denominación que mezcla definiciones sobre el curso de la enfermedad y el carácter de los servicios ofertados, invariablemente sub-óptimos.

Una larga y paciente reingeniería permitió desmontar parte de la estructura institucional. El egreso de un importante grupo de pacientes a estructuras residenciales alternativas, permitió generar los equipos suficientes, reubicar y reordenar los espacios y en general mejorar la calidad de vida de los usuarios en tratamiento. Después de varios ensayos, entre los años 2000 y 2001 se lograron constituir las Unidades de Mediana Estadía de Trastornos del Desarrollo y de Psicosis I y II.

El trabajo en estas unidades se sostiene en tres pilares, un ambiente terapéutico, trabajo en equipo y un plan terapéutico individual. Fueron creadas para dar atención a personas con patologías neuropsiquiátricas con severas secuelas, graves trastornos de la conducta y que habían estado sometidos a condiciones de vida degradantes. El promedio de tiempo de internación en el hospital, al ingreso al programa, era de 18 años. La intensidad terapéutica se incrementó, con presencia diaria de médico psiquiatra, un equipo multiprofesional

variado y una redefinición del quehacer del personal paramédico y de servicio. Esto último ha sido quizás el mayor desafío, ya que son ellos los principales transmisores de la historia institucional, de sus prácticas y estilos de trabajo con los usuarios. Era sorprendente que funcionarios que habían cuidado de 160 pacientes sintieran que era más exigente atender a 25, debido al reemplazo de la modalidad masificada por estilos personalizados, sin el apoyo estructural del aislado o la celda, reemplazados por la contención humana interpersonal y la intervención terapéutica oportuna. De la mayor importancia ha sido la introducción de fármacos de última generación, aunque ello es sólo una parte del tratamiento. Ensayos farmacológicos de primera línea en contextos terapéuticos inadecuados probaron ser poco eficaces en la historia que reseñamos.

El diseño de esta modalidad de intervención de mediana estadía es un importante producto de los procesos de reforma psiquiátrica en el mundo. La constatación de que pese a contar con redes comunitarias eficaces, hay un grupo de personas que desarrollan cuadros psiquiátricos de muy difícil manejo, caracterizados por refractariedad a tratamientos habituales e importantes trastornos conductuales, han llevado al diseño de estrategias de intervención para estos grupos. Se estima una prevalencia de 1 x 10.000 habitantes que tienen necesidades de intervenciones de este tipo, las cuales pueden darse en forma de atención domiciliaria, acompañamiento comunitario intensivo (tratamiento asertivo comunitario) o modalidades de internación de mediana estadía, de acuerdo al caso.

La creación de la mediana estadía en el Hospital El Peral, inicialmente con el fin de tratar a los residentes más graves de larga estadía, fue una experiencia pionera a nivel nacional y la primera en ser acreditada. Hoy, esta unidad recibe también pacientes desde la comunidad, siendo los principales problemas la egresabilidad de sus usuarios por dificultades de la continuidad asistencial en contextos comunitarios y por carencias de apoyo social y residencial, en especial en aquellos servicios de salud con mayores carencias de la red asistencial.

En términos de resultados, las dos unidades de mediana estadía en psicosis, con 54 camas han permitido tratar a todos los pacientes que lo requerían en el servicio de larga estadía, 42 pacientes del centenar que ha pasado por la unidad han egresado del hospital, y otros han completado su proceso terapéutico en la unidad. Muchos pacientes para egresar necesitan una alternativa residencial comunitaria acorde a sus necesidades y una red asistencial capaz de sostenerlos en lo clínico.

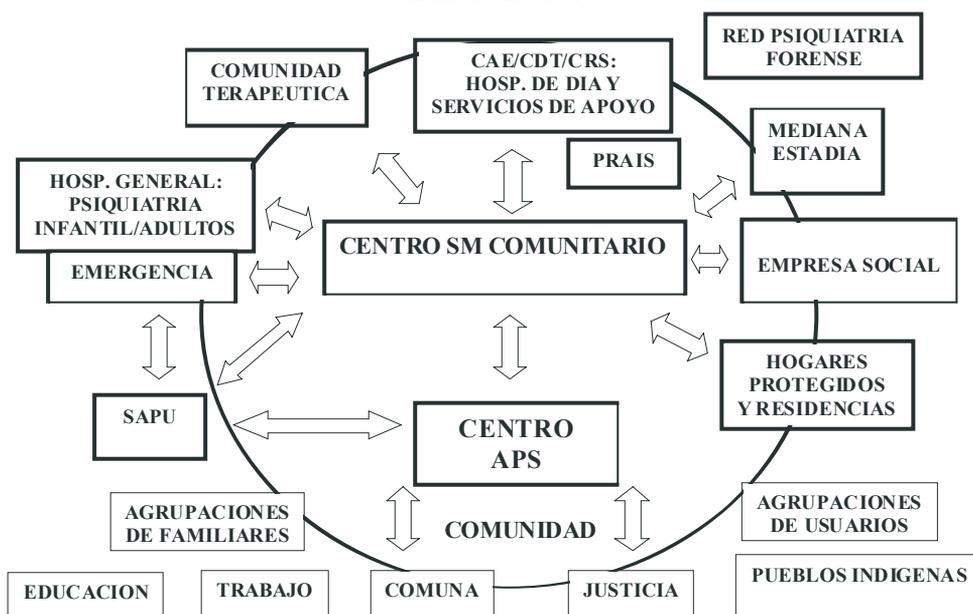
Visto como parte del proceso de reconversión del hospital, la creación de las unidades de mediana estadía permitió desmontar y cerrar las estructuras que, en el pasado, sostenían la mayor gravedad clínica con modelos diseñados para contener el trastorno conductual con restricción y masificación, y reemplazarlas por un modelo demostradamente terapéutico, rehabilitador y reintegrador.

2. *Reinserción social de las personas residentes en larga estadía. Durante la primera mitad de la década del 90, los principales esfuerzos de reintegración pasaban por el egreso de pacientes*

a sus familias, o a instituciones alternativas, en especial de adulto mayor. Al año 1996 había 502 pacientes en larga estadía, sólo 100 menos que 6 años antes, pese a la restricción a nuevos ingresos, la mortalidad natural y los pacientes que se logró egresar.

En 1994 se crea el primer hogar protegido, con recursos propios del hospital; recibe un grupo de 8 pacientes provenientes de la Unidad de Autovalentes. Recibió la denominación de Hogar Sustituto dado el carácter autónomo de su funcionamiento, ya que contaba sólo con supervisión parcial durante el día. Tres años después, en 1997, se creó el segundo hogar, entonces ya con financiamiento de FONASA. Estas unidades residenciales contarían con supervisión 24 horas, ya que egresaron personas con mayor discapacidad y necesidad de apoyo cotidiano. De ahí en adelante se aceleró la creación de hogares, llegando a existir hoy 16 hogares protegidos en el territorio del SSMS, bajo la gestión del programa de salud mental del servicio de salud. Las plazas son 131, las cuales son usadas en un 74% por personas provenientes de larga y mediana estadía del Hospital

MODELO GENERAL PARA LA RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA DE LA REGION METROPOLITANA



El Peral. Las otras plazas han sido ocupadas por personas provenientes de la comunidad.

Al inicio de su creación, el egreso de pacientes generó resistencias gremiales, dado el fantasma de la desaparición del hospital y del desempleo o inestabilidad laboral; estas personas regresaban a la comunidad y sus vacantes en larga estadía no eran repuestas, de acuerdo a los lineamientos técnicos ministeriales.

A; más de 10 años de experiencia, la evaluación global de la reinserción de personas egresadas del hospital es buena. Sólo 4 personas han requerido reingresar al hospital a larga estadía debido a dificultades para adaptarse a la vida comunitaria en el hogar, un par de pacientes han debido ingresar transitoriamente a servicios de corta estadía por fluctuaciones de su cuadro clínico. Ello, para un grupo de más de 100 personas egresadas del hospital constituye un excelente resultado. En el estudio conducido por el ministerio de salud para evaluar el funcionamiento de los hogares protegidos en la región metropolitana, se concluyó una mejoría significativa en la calidad de vida de los residentes y un menor deterioro en los roles sociales en las personas en hogares protegidos comparado con aquellos aun residiendo en hospitales psiquiátricos. Los hogares del SSMS fueron los mejor evaluados en estos aspectos.

Las principales carencias del proceso de reintegración comunitaria se observan en la posibilidad real de acceder a contextos laborales y de participación. Los hospitales del SSMS son hoy la principal fuente de trabajo para esta población de usuarios de la salud mental. De particular éxito ha sido la creación de una empresa de jardinería con discapacitados psíquicos que cuidan los extensos terrenos de El Peral y otros hospitales del SSMS.

Los hogares protegidos han sido el principal instrumento para la reinserción de personas desde el hospital, lo cual es válido para los cuatro hospitales psiquiátricos del país. Sin embargo, el diseño de

estos dispositivos se adecua a un perfil de usuario, habiendo muchas personas que debieran egresar de larga y mediana estadía que requieren estructuras de mayor nivel de supervisión dada la complejidad del cuadro clínico, o bien alternativas adecuadas a su perfil de adulto mayor, de discapacidad mental o a necesidades de cuidado de enfermería por razones somáticas, condiciones marginales a la psiquiatría o francamente no psiquiátricas, que consumen importantes recursos de larga estadía. En la mayoría de los casos, la permanencia al interior de la institución obedece a carencias de una red social y/o clínica insuficiente.

Un gran desafío en el área de reinserción social de personas es el diseño de estructuras residenciales adecuadas para personas con los cuadros psiquiátricos más graves o con mayores grados de discapacidad, que eviten la replicación de modelos masificados y reproductores de la institución total. Para ello es fundamental contar con una red variada de servicios sanitarios y de apoyo social, y equipos de psiquiatría comunitaria suficientes en número y capaces en lo cualitativo, para sostener el tratamiento y asesorar a los pacientes en el uso de dicha red.

Es probable, que como ocurrió en muchos países, algunos hospitales psiquiátricos que dejan de serlo, se transformen y generen estructuras adecuadas para el cuidado de personas con discapacidad severa o profunda. En muchos países desarrollados, la discapacidad mental está fuera del ámbito de la psiquiatría, en cambio se encuentra más ligada a los servicios sociales y a la educación. En Chile, aún no se generan tales distinciones, y la psiquiatría tiene fuertes resabios de los tiempos cuando toda desviación y anormalidad era objeto de marginación en grandes instituciones polivalentes.

3. Transferencia de servicios a la red de salud general:

En lo que hemos descrito hasta ahora, los principales avances del proceso son cambios en el modelo de trabajo interno del hospital y en la

reinserción comunitaria de personas que vivían en el hospital. Estos procesos, si bien trascendentales, aun no planteaban la transferencia de recursos a la red de salud. Un nudo importante de los procesos de reforma psiquiátrica es la liberación de los recursos asociados a la institución para ponerlos a disposición de la nueva red de servicios que la reemplazará. Esta articulación de la transferencia de recursos y funciones es un tema crucial de estos procesos, no sólo por las complejidades políticas, sino porque se debe mantener la institución mientras se va montando la red, y por períodos se duplican los presupuestos. Por ello es importante tener horizontes temporales en la planificación.

El Plan de Salud Mental y Psiquiatría del SSMSU plantea la transferencia de los Servicios de Corta Estadía a los Hospitales Generales, y los Servicios de Salud Sur Oriente y de la VI región tienen igual planteamiento respecto de la ubicación de sus futuros Servicios de Corta Estadía.

Las principales razones que aconsejan este cambio son la cercanía territorial del lugar de hospitalización con la residencia del usuario, el acceso a las distintas especialidades médicas y la disponibilidad de tecnología diagnóstica y terapéutica, y de no menor importancia, el menor estigma asociado al hospital general. Es importante eso sí, que estos servicios de psiquiatría en hospital general cuenten con la infraestructura y recursos adecuados, estén realmente insertos en el hospital general y en general cuenten con los estándares del resto de las especialidades. Existen muchos ejemplos de servicios reutilizando edificios obsoletos, con arsenales farmacológicos inadecuados y con una jerarquía desigual de la psiquiatría en relación a las otras especialidades. En esas condiciones, la atención de los pacientes suele no beneficiarse de la integración al hospital general, y se reproduce la situación de marginación. La discriminación de las personas con discapacidad psíquica suele expresarse fuertemente en los propios servicios de salud, y uno de los beneficios de la instalación de los servicios en contextos de salud general es la progresiva reducción del estigma y el acceso al conjunto de prestaciones que tiene la población general.

El SSMS, desde la década del 60 se caracterizó por el desarrollo de una psiquiatría de orientación comunitaria. El liderazgo del Dr. Juan Marconi desde el Departamento de Salud Mental y Psiquiatría del Campus Sur de la Universidad de Chile se tradujo en los programas de salud mental de base comunitaria, que integraban a las organizaciones de la comunidad en el manejo de sus problemas de salud mental, incluyendo las patologías neuróticas, alcoholismo y psicosis. Esos programas serían interrumpidos por el advenimiento de la dictadura militar en 1973. A la vuelta de la democracia, no fue casual que fuera en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) donde se materializara la primera urgencia psiquiátrica integrada a un Servicio de Urgencia General, con un turno de psiquiatras 24 horas y 18 camas de hospitalización desde 1993.

El año 2003, en el contexto de la reestructuración de la Urgencia General del HBLT, en que todas las camas fueron absorbidas por el hospital, se proyectó la creación de un Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía con 28 camas en dicho hospital. A las 18 camas provenientes de la Urgencia, el Hospital El Peral transferiría los recursos para las 10 camas adicionales. En abril de ese año, después de más de un año de conversaciones con las instancias técnicas y gremiales del hospital, llegó el momento de materializar la transferencia de recursos para el servicio de psiquiatría de corta estadía del HBLT.

Fue el momento de una gran crisis, pese a las largas conversaciones, garantías laborales explícitas y marcos de acuerdo, la conjunción de resistencias de sectores gremiales y profesionales locales, y de algunos representantes de la psiquiatría nacional, rompieron las conversaciones y generaron una dura oposición al proyecto. De particular significación fueron las intervenciones de dos sociedades científicas (Sonepsyn y Sociedad Chilena de Salud Mental), críticas al proceso del hospital. Tanto fue el revuelo generado que se llegó a un foro con la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados. La decisión de la Dirección del Hospital, del SSMSU y de la Unidad de Salud Mental del Minsal, junto al apoyo de muchos profesionales comprometidos

con el proceso permitió llevar a buen término el proyecto. Once personas, entre auxiliares, técnicos, administrativos y profesionales del hospital se transfirieron voluntariamente al HBLT y permitieron la creación del actual Servicio de Psiquiatría de dicho hospital. Fue el primer acto de transferencia de recursos desde El Peral a la red de salud general, acto fundacional, concreto y también simbólico del proceso, como ya lo había hecho la creación de la Mediana Estadía que llevó al cierre del Pabellón 7 del HSEP.

También en el año 2003, en el Hospital Sótero del Río, hospital base del SSMSO, principal derivador de pacientes para hospitalización en El Peral, se creó un Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía con 12 camas. Ello se hizo sin aportes desde El Peral, y se encuentra subdotado de recursos clínicos lo que no le permite atender pacientes muy graves, además de ser de tamaño pequeño. Pero es una buena señal de voluntad de ese servicio de salud de avanzar en el mismo sentido de transformación.

En relación a las unidades de mediana estadía en psicosis, progresivamente han asumido pacientes derivados de la comunidad, provenientes de al menos tres servicios de salud (Sur, Suroriente y VI región), lo cual amerita revisar los ámbitos de referencia de estas unidades. El tratamiento y rehabilitación de personas, orientado efectivamente a la reinserción social requiere necesariamente trabajo territorial y a futuro se deberá precisar cual es la ubicación ideal de estas unidades, que por su carácter es probable que no tengan una referencia menor que un servicio de salud. En cuanto a la mediana estadía en trastornos del desarrollo, aún está pendiente su validación por parte de la autoridad ministerial. Se requiere un diseño consensuado y una red que le de flujo y viabilidad, en un área clínica para la cual la red pública carece de oferta en especial para adultos.

En el caso de los Hogares Protegidos, por no ser unidades clínicas sino sólo residenciales, su creación no ha significado transferencia de recursos, salvo económicos para el financiamiento de dos de ellos.

IV. A Modo de Balance

La reconversión del Hospital supone sustituir el conjunto de sus funciones actuales en un modelo distinto. Suponer que la desaparición del Hospital hace desaparecer las necesidades de las personas que atiende no es realista, así como suponer que su no existencia evitará la aparición de nuevos pacientes graves. En la experiencia internacional están descritos los factores críticos de éxito o fracaso de estos procesos.

La definición de cómo ocurre la reconversión del hospital es inseparable de:

- el modelo de red de atención, rehabilitación e integración social que se postule,
- los recursos aportados para ello por la reconversión del conjunto de recursos hoy en la red, y no sólo los del Peral.
- la expansión necesaria para cubrir estándares básicos.

En los últimos 10 años, la oferta de camas del hospital muestra importantes cambios, en términos de una reducción cuantitativa y un importante cambio cualitativo:

Camas Hosp.El Peral	1996	2005
Corta Estadía	79	44
Unidad Alc. Y Drogas	16	32
Larga Estadía	502	150
Mediana Estadía	0	76
Total	597	302

Las funciones actuales del Hospital El Peral pueden agruparse básicamente en:

1. Atención cerrada de Corta Estadía.
2. Atención cerrada de Mediana Estadía.
 - Para pacientes psicóticos
 - Para pacientes con trastornos del desarrollo.
3. Apoyo residencial y psiquiátrico para pacientes estables:
 - Psicóticos
 - Retraso mental

- Adulto mayor

4. Seguimiento Comunitario para algunos pacientes complejos egresados a la comunidad, en tanto son adecuadamente asumidos por los equipos de salud mental del nivel secundario.
5. Atención abierta para pacientes complejos que no encuentran en la red respuesta suficiente para sus necesidades, lo cual se ha reducido progresivamente en la medida que el nivel secundario de los hospitales generales se ha fortalecido.

Cada una de estas funciones tienen respuestas particulares, y ninguna justifica la existencia del hospital psiquiátrico como tal si se abordan adecuadamente. Todas las funciones que hoy desarrolla el hospital pueden hacerse superando el concepto de Hospital Psiquiátrico, y de mejor manera. La gradualidad del proceso depende de los recursos disponibles para la reconversión. En el proceso que hemos descrito, cada una de estas funciones ha sido abordada con variados grados de profundidad y éxito.

Sin embargo, las importantes brechas existentes en las redes para la conformación de los equipos comunitarios de salud mental y psiquiatría, hacen ser especialmente cuidadosos en el proceso.

Avances y Proyecciones

- 1.- Se han egresado 128 pacientes a Hogares Protegidos, 43 pacientes neurológicos y quienes contaban con familia han egresado con ellas. Ha disminuido la población de larga estadía en un 62,6% en catorce años. Se continuará con el proceso de externalización de pacientes de Larga Estadía y de aquellos actualmente en tratamiento en Unidades de Mediana Estadía.
- 2.- Se han incorporado psicofármacos de última generación al tratamiento de pacientes de larga estadía.
- 3.- En Septiembre 2002 se cerró el pabellón 7, lo que implica un logro técnico trascendental.
- 4.- A contar de 1999, se han creado 3 sectores de Mediana Estadía, orientados a los pacientes más graves, con un total de 54 camas de psicosis y 22 de trastornos del desarrollo. Han egresado 42 pacientes de la Unidad de Mediana Estadía en Psicosis a la comunidad. Se aumentará la incorporación en Unidades de Mediana Estadía, de pacientes complejos no institucionalizados provenientes de la comunidad.
- 5.- Se han aportado recursos humanos para la creación de un Servicio de Corta Estadía con 28 camas en el Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT), lo que significó transferir 11 funcionarios profesionales y no profesionales y diez plazas de corta estadía. Con la apertura de camas de Corta Estadía en los Hospitales Barros Luco y Sótero del Río, se inició la inserción de la atención de corta estadía en hospitales generales de los territorios de referencia, en un proceso dependiente de los desarrollos propios de cada servicio de salud y del proceso de reconversión del Hospital El Peral. Ello requiere de un necesario incremento de estas camas en el conjunto de los territorios que el hospital atiende.
- 6.- Se ha territorializado la atención. Actualmente, para el SSMSur el HSEP sólo atiende el territorio del Hospital El Pino en psiquiatría de corta estadía, siendo el HBLT autosuficiente en esta prestación terciaria. Con el SSMSurOriente aún se atiende todo el territorio, dada la incapacidad actual de su Servicio de Corta Estadía para asumir plenamente un territorio geográfico. La VI región deriva sus casos más complejos a El Peral por no contar aún con Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía.
- 7.- La Unidad de Dependencias Complejas (Adicciones) ha redefinido su quehacer progresivamente a la atención de los pacientes más graves y/o duales. Los SS Sur y Sur Oriente diseñan las redes que requieren para el trabajo en dependencias, lo cual implica considerar los recursos asociados a la Unidad de Dependencias del HSEP.

Se ha dado inicio al Estudio de Normalización del Hospital Psiquiátrico El Peral el cual dará lineamientos para el desarrollo de las redes de salud mental y psiquiatría en los territorios de referencia y como se asumirán cada una de las funciones que hoy cumple el hospital.

Desafíos no resueltos...o en proceso

¿Qué alternativas existen para la integración de personas con otro perfil de necesidades, como retraso mental y adulto mayor?

¿Qué estrategias específicas adoptará el modelo de atención para dar respuestas adecuadas a las necesidades de la población psiquiátrica más compleja en un modelo comunitario?

¿Qué estrategias se deben implementar para generar respuestas intersectoriales a las necesidades sociales de las personas con discapacidad psíquica?

¿Cómo se reconvierte la estructura del hospital protegiendo el conjunto de sus recursos para la reestructuración de la atención psiquiátrica?

¿Está dispuesto el país a implementar el modelo en forma integral, cubriendo las brechas de financiamiento y recursos humanos que lo hagan viable?

¿Cómo se aborda el cambio cultural de la sociedad, la que presiona por asilar a los enfermos mentales en instituciones?

Una de las mayores amenazas actuales al desarrollo del Plan Nacional es la presión generada sobre la red nacional de salud mental y psiquiatría por la implementación de la reforma procesal penal. Es urgente la implementación a plenitud de la Red Nacional de Psiquiatría Forense, que contempla componentes específicos y otros compartidos con la de salud mental y psiquiatría. De especial preocupación será la demanda emergente de

atención de menores por la rebaja en la edad de responsabilidad penal.

El proceso avanzado hasta ahora ha permitido dar las soluciones técnicas que demuestran que es perfectamente posible y deseable superar en nuestro país el modelo de hospital psiquiátrico. Las redes territoriales pueden, si tienen los recursos y competencias técnicas necesarias, ser autosuficientes en la atención, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad psíquica. No existe la referencia nacional en psiquiatría, y en la región metropolitana hay importantes recursos a reconvertir hacia los territorios de referencia desde los hospitales psiquiátricos, en la medida que el Estado de señales claras de avanzar en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Un modelo híbrido no permitirá que el nuevo modelo de atención se exprese en toda su potencialidad.

Los compromisos básicos del proceso de transformación son con los pacientes, la comunidad y los trabajadores de la salud. Todos nos beneficiaremos de un cambio de modelo realizado con los aprendizajes de más de 30 años de reforma de la atención psiquiátrica a nivel mundial.

BIBLIOGRAFÍA

Caldas JM, Torres F, (editores) Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud. 2005

Comisión Ministerio de Salud – Colegio Médico de Chile (Consejo Regional Santiago), Plan estratégico para el desarrollo de la red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental, Cuad Med soc 1998; 39 (3-4): 5-15

Cortés A. Viabilidad política, social y económica de una reforma psiquiátrica en Chile. Cuad Med Soc 1998; (3-4): 22-32

Directores Hospitales Psiquiátricos de Chile, Diagnóstico Hospitales Psiquiátricos Chilenos. (documento interno). 1997

Egenau P, Chacón S, (editores) *Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social. Publicaciones Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central. Chile 2005*

García J, Espino A, Lara L, (editores) *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo, un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental. Ediciones Díaz de Santos, España. 1998*

Goffman E, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Anchor Books, 1961, Doubleday (New York City), 1990.*

Gómez M, *Derechos humanos y salud mental, una mirada desde el sistema público. Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social. Publicaciones Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central 2005; 127-138*

Gómez M, *Guía Operativa 7: Desinstitucionalización de los pacientes. Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Organización Panamericana de la Salud. 2005; 75-82*

González R, Levav I. (Editores) *Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Bases Conceptuales y Guías para su Implementación. Memorias de la Conferencia Regional de la Atención Psiquiátrica, Caracas, Venezuela 11 al 14 de noviembre de 1990. Organización Panamericana de la Salud Washington DC, USA - Instituto Mario Negri Milán, Italia.*

Horwitz J, Naveillan P, *Primeras experiencias de psiquiatría de la comunidad en Chile, en : OPS, Publ. Científica 210, Washington, 1970*

Leff J, *Care in the Community: Illusion or Reality? John Wiley and Sons Ltd. England, 1997*

Madariaga C, Guajardo A, *Una experiencia de psiquiatría social. Cuad Med Soc 1998; (3-4): 33-47*

Marconi J, *La reforma psiquiátrica en Chile: precedencia histórica de los problemas del alcohol, Cuad Med Soc 1999; 40(2): 33-40*

Marconi J, Marconi M, Danilla S, Pasten J, *Historia de la Psiquiatría Chilena: Visión Panorámica. Psiquiatría y Salud Mental 2001; (2): 3-11*

Marconi J, *Esbozo histórico de la Psiquiatría Chilena (1973). De Casa de Orates a Instituto Psiquiátrico. 2002; 81-82*

Minoletti A, *Avances y dificultades a nivel nacional. Enfermedad mental, derechos humanos y exclusión social. Publicaciones Facultad de Ciencias Sociales Universidad Central 2005; 23-37*

Montenegro H, *Salud mental en el SNS, Cuad Med Soc 1977; 18 (2): 5-13*

Pemjean A, *El proceso de reestructuración de la atención en salud mental y psiquiatría en Chile. Notas para la evaluación del sexenio 1990-96, Cuad Med soc 1996; 37 (2): 5-17*

Unidad de Salud Mental Ministerio de Salud, *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Segunda Edición, Chile. 2001*

WHO, *Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2003*