

UNA REFLEXION SOBRE LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRIA EN CHILE¹

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 3-4, 1998/ 16-21

Rafael Sepúlveda²

SUMMARY

A review on the development of mental health care and psychiatric services in Chile over the years is presented, enfatizing the time period after 1990. A discussion is made over the dominant rationality between the managers in this area and the planning agents that have given progress to the health care sector in Chile during this period. The rational perspective is valued, as a result of the concept of social support net and its dialog with the service net in psychiatry and mental health. Key questions with respect to the future in the development of mental health care and psychiatric services in Chile are planted.

Key words: Mental Health, Psychiatry, Services, Planning.

RESUMEN

Se pasa somera revista al desarrollo de servicios en salud mental y psiquiatría en Chile a lo largo de los años, enfatizando el período posterior a 1990. Se discuten los conflictos entre la racionalidad predominante entre los gestores en esta área y los planificadores que han dado conducción al sector salud en Chile en este período. Se valora la perspectiva racionalizadora que resulta del concepto de Red Asistencial y su diálogo con el de Red de Servicios en Psiquiatría y Salud Mental. Se plantean preguntas claves respecto al futuro en el desarrollo de servicios en salud mental y psiquiatría en Chile.

Palabras claves: Salud Mental, Psiquiatría, Servicios, Planificación.

I. ANTECEDENTES³

Aún se conserva en el lenguaje coloquial andaluz la expresión "*me voy a Chile*" para referirse a un viaje hacia algún lugar muy remoto. Esta ubi-

cación periférica del Chile colonial en relación a los centros del imperio español se manifestó, entre otras varias situaciones, en su modesto y tardío desarrollo médico asistencial y universitario, como ejemplo de lo cual la Real Universidad de San

¹ Texto basado en la Conferencia "Pasado, Presente y Futuro en la Organización de los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría en Chile", presentada por el autor en las I Jornadas Interdisciplinarias de Salud Mental, Salta, Argentina, 4 y 5 de diciembre de 1998

² Médico-Psiquiatra. Asesor del Subsecretario de Salud de Chile. Residente Hospital Psiquiátrico "El Peral", Puente Alto, Chile

³ Para esta sección me he basado en el texto "Acerca de la Reestructuración Psiquiátrica en Chile El Proyecto Occidente", Ponencia del Dr Juan Maass en las Jornadas "Reestructuración Psiquiátrica", con motivo del 80º Aniversario del Hospital "Larco Herrera", Lima, Perú, 29-30 de enero de 1998

Felipe, fundada en 1747, fue creada casi dos siglos más tarde que la de San Marcos de Lima, y la cátedra de medicina se creó en 1758 y dependió de Perú hasta 1786.

Derivado de la situación ya esbozada, los enfermos mentales no eran relevantes en la frágil estructura asistencial de la joven República. Hasta mediados del siglo pasado se carecía de concepciones científicas que pudieran influir suficientemente a la medicina para proporcionar recursos asistenciales, primando modelos paralelos de corte mágico-religioso y concepciones populares que veían la enfermedad mental como el efecto de una vida sin virtud, sin amor a Dios y carente de fe. Las órdenes religiosas al igual que en otras partes del mundo, eran quienes primero proporcionaban cobijo a estas personas, permaneciendo en las calles los enfermos más graves, y sólo las familias pudientes llegaban a acceder a una internación en alguno de los establecimientos limeños⁴.

La Casa de Orates de Nuestra Señora de Los Angeles, primera institución especializada en Chile, fue creada en 1852 por un intendente de Santiago, quien había conocido el Manicomio de San Andrés en Lima, y logró interesar a un grupo de ciudadanos notables, civiles y eclesiásticos para impulsar una iniciativa similar. Este es el origen del Manicomio Nacional y luego del actual Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak", el principal Hospital Psiquiátrico del país⁵.

Mucho tiempo después se constituyeron otros establecimientos en la capital y en algunas provincias. En Concepción el desaparecido Hospicio "Andrés Bello" y en 1903 el "Departamento de Insanos San Andrés" del Hospital de Iquique son testimonios de este lento crecimiento.

La influencia tardía del Tratamiento Moral se hizo sentir en Chile con la dictación en 1927 del Reglamento General de Insanos, aún vigente, el cual postulaba la creación de un establecimiento tipo Open Door –modelo inspirado por esta corriente psiquiátrica–, en cada cabecera de provincia. No obstante, sólo llegó a construirse uno de estos establecimientos, el ahora Hospital Psiquiátrico "El Peral", ubicado en las afueras de Santiago –campo entonces y parte de la gran capital hoy–.

Aunque en 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS), expresión de la voluntad de desarrollar un sistema público de salud único e integrado en una red nacional, completa en extensión y complejidad, el cual estructuró programas de salud articulados y efectivos para la patología prevalente en morbilidad, logrando impactar decisivamente los indicadores biomédicos y de calidad de vida de la población del país; estos notorios avances no impactaron mayormente en el ámbito de la salud mental y la psiquiatría, donde no se varió respecto al esquema manicomial, concentrando los recursos en unos pocos hospitales psiquiátricos centralizados y en escasos servicios de psiquiatría provinciales que, si contaban con camas, reproducían este enfoque.

Mientras esto ocurría a nivel institucional en el sistema público de salud, en el trabajo en salud mental y psiquiatría comunitaria en Chile se reconocen como antecedentes las experiencias iniciadas en la década de 1960 encabezadas por Luis Weinstein (*Salud Mental Poblacional*) y por Juan Marconi (*Psiquiatría Intracomunitaria*), ambas vinculadas a la Universidad de Chile en asociación con unidades del nivel primario de atención del SNS. Tan valiosa como las anteriores aunque menos conocida, fue la experiencia de *Psiquiatría Comunitaria* encabezada por Martín Cordero en la ciudad de Temuco, contemporánea de las anteriores, implementadas en la capital. Las tres fueron abortadas por la instauración de la Dictadura Militar en 1973, aunque la experiencia de Marconi, la más institucionalizada y difundida de las tres, perduró en términos parciales por varios años más, particularmente en su aplicación al tema del alcoholismo⁶.

Durante el período de la Dictadura, y como respuesta al emergente problema de marginalidad y drogadicción de niños y adolescentes, el gobierno promovió la creación de los Centros del Adolescente, en comunas pobres, los cuales con enfoques clínico-comunitarios intentaron abordar esta problemática.

En el campo opositor, diversas ONGs desarrollaron trabajo en salud general y salud mental, con estrategias clínico-comunitarias en localidades y barrios específicos, o con problemas particulares, como apoyo a las víctimas de la represión, a los niños de la calle, a mujeres, etc.

⁴ Mientras esto ocurría, en Europa se destacaban Tuke (1787) en Inglaterra, y Pinel (1793) en Francia, quienes humanizaron los asilos y dieron paso al Tratamiento Moral

⁵ Medina, E. *Rev. Psiquiatría* (1990) VII 343-360, Chile

⁶ Sepúlveda, R., Bocic, M. y Ríos, D. "Marco conceptual para el estudio de la situación de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar Chile 1998" Documento de Trabajo Consultoría USM-MINSAL, Santiago, 1998

En términos generales, la Dictadura Militar implementó en Chile una profunda reforma neoliberal en el aparato del Estado. En el sector salud:

- transformó el SNS en múltiples Servicios de Salud, territoriales y Organismos Autónomos, todos dependientes del Ministerio de Salud, pero con personería y patrimonio propios;
- entregó a los Municipios la administración de la Atención Primaria de Salud afectando la integración de los niveles de atención;
- llevó a mínimos históricos la inversión y mantención de la infraestructura y equipamiento de los prestadores públicos;
- creó y favoreció el desarrollo de un mercado de seguros privados de salud para el 20% más rico de la población, estimulando de hecho la generación de un amplio mercado privado de prestadores.

En este escenario la salud mental y la psiquiatría no constituyeron una preocupación relevante para la autoridad, no obstante después de la debacle de los equipos en el período inmediato postgolpe y la crisis consiguiente en la calidad de la atención en los hospitales psiquiátricos y servicios de psiquiatría —que en algunos casos profundizaron al extremo los rasgos manicomiales—, se inició una progresiva mejoría de su infraestructura, reorganización de sus procesos y ampliación de los recursos profesionales, hasta asegurar que la racionalidad médico-psiquiátrica estuviera siempre presente en ellos.

En la década de los 80 se mejoraron las propuestas planificadoras⁷ del nivel central y se sugirieron índices e indicadores, áreas preferenciales de trabajo y programas de prevención y tratamiento para algunos problemas. Sin embargo los avances ideológicos neoliberales y su voluntad de no potenciar el desarrollo del Sistema Público se reflejaron en la falta de concreción de muchas de sus sugerencias. Al concluir el período se publicaron nuevas orientaciones, que son un testimonio de lo hecho o intentado en el último quinquenio del gobierno militar⁸.

Paralelamente, la falta de regulación sanitaria en el desarrollo de los seguros privados se tradujo en que el tema de la salud mental y la psiquiatría

fue prácticamente excluido de las coberturas ofrecidas, asunto fácil de concretar dada la histórica tradición de escasa oferta de servicios en el país.

II. LA SITUACION A PARTIR DE 1990

2.1. El período 1990-1994: El optimismo

En 1990 asume después de 17 años de dictadura militar un gobierno elegido democráticamente, representando a una alianza de centro-izquierda. Dentro del optimista espíritu de la época, las expectativas para la superación del estancamiento cuantitativo y cualitativo en el desarrollo de la oferta de servicios en salud mental y psiquiatría ocupaban un lugar importante dentro del discurso respecto al sector salud.

En los grupos programáticos de la alianza triunfadora, constituidos esencialmente por Profesionales no incorporados al Sistema Público de Salud, primó ampliamente una mirada psicosocial, que propiciaba un enfoque preferente sobre problemas tales como la drogadicción, la violencia doméstica, la rehabilitación de las víctimas de la violencia política ejercida por el régimen anterior, la rehabilitación y la reinserción social de las personas discapacitadas por causa psiquiátrica; temas todos que constituyeron líneas de desarrollo del nuevo gobierno en el ámbito de la salud mental y que se consagran en el documento "Plan y Política de Salud Mental" (1993), la expresión formal de los objetivos y modos de trabajo impulsados desde la autoridad sanitaria.

A los temas ya mencionados cabe agregar la introducción de nuevos recursos humanos: salud mental en la atención primaria de salud (equipos de apoyo psicosocial multiprofesionales), dotación de Psiquiatra de Adultos en la totalidad de los Servicios de Salud del país (al menos uno en cada uno de los 26 Servicios), equipos de trabajo en drogas y desarrollo de la Unidades de Salud Mental (equipo responsable de la organización, supervisión y perfeccionamiento de Programas Integrados en cada Servicio de Salud).

En lo doctrinario, Chile participó en la Conferencia de Caracas (1990) y luego replicó a nivel nacional este evento, adhiriendo a la estrategia OPS denominada "Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica", parte importante de la cual era la desmanicomialización, es decir el reemplazo del abordaje fundado en grandes instituciones asilares, por otro que privilegiara el desarrollo de

⁷ Se publican las "Políticas de Salud Mental del Ministerio de Salud", Ministerio de Salud, 1978

⁸ Se publica el "Plan nacional de salud mental y psiquiatría", Ministerio de Salud, 1990

servicios integrados a la red común de atención sanitaria, con énfasis en el desarrollo de dispositivos comunitarios.

En lo que respecta al problema de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas, en 1990, el 90% de las camas se concentraba en los 4 Hospitales Psiquiátricos existentes, en uno de los cuales estaba el único Servicio de Urgencia Psiquiátrica del país. Su número y composición daban cuenta de una franca concentración geográfica, una oferta de tipo manicomial para el paciente crónico, una suboferta para el paciente agudo y una absoluta falta de contingencia entre los signos iniciales de enfermedad y la oportunidad de la atención. Es decir, un modelo centrado en el control de los desajustes relevantes y no en el tratamiento precoz, continuo y eficiente, ni en la rehabilitación y reinserción.

Aunque las autoridades favorecieron en los hospitales psiquiátricos la constitución de Direcciones que incluyera elementos progresistas, las que dieron inicio a francos procesos de cambio, éstos no se tradujeron en modificaciones a su identidad^{9, 10}.

La generación del Plan y Políticas ya mencionado, la asistencia técnica sistemática desde el nivel central al local, y la asignación centralizada de presupuestos para Proyectos de ejecución local, fueron las estrategias de gestión usadas en el período.

2.2. El período 1995-1996: la vulnerabilidad de los logros

Al espíritu optimista lo sucedió una época de progresiva y sistemática racionalización del trabajo completo del Sistema Público de Salud. Se criticó ácidamente los resultados cuanti y cualitativos obtenidos con la importante expansión presupuestaria del período anterior y se redujo la autonomía de las unidades centrales, entre ellas la Unidad de Salud Mental del Ministerio, mermando su influencia directa sobre las decisiones de los Servicios de Salud territoriales.

La Unidad de Salud Mental desarrolló en este período un fluido diálogo con los reponsables de las definiciones financieras y de modalidades de pago, con los encargados de los estudios epidemiológicos¹¹, con la unidad jurídica del Ministerio, todos en el nivel central. Pero no pudo contrarrestar la creciente descentralización en la toma de decisiones y su efecto sobre un área temática aún no suficientemente legitimada y empoderizada —ni técnica ni administrativamente— en los niveles locales, en los cuales los Psiquiatras estaban en general ausentes.

Desde la perspectiva actual¹² es posible afirmar que el período 90-96 abrió un abanico de temas de salud mental, desarrollando estrategias e incrementando y diversificando los recursos humanos específicamente dedicados a estos problemas en la casi totalidad de los Servicios de Salud.

Pero no se logró resolver, en el caso de la Atención Primaria de Salud, el conflicto cultural entre un sistema altamente racionalizado en el lenguaje clásico de planificación sanitaria y Equipos Profesionales que privilegiaban otras temáticas, otros enfoques, otras formas de enfrentar los pro-

⁹ En el caso del Instituto Psiquiátrico, aunque mejoró el rendimiento de los recursos humanos, se acortó el período de hospitalización de los pacientes de corta estadía y urgencia, se incrementó el N° de horas destinadas a la atención ambulatoria, se iniciaron experiencias de externalización hacia Hogares Protegidos y se generaron iniciativas de capacitación y empleo protegido para pacientes crónicos, el Hospital no se reconceptualizó como parte de una red operativa, ni desconcentró físicamente la mayor parte de sus actividades, sino que siguió autodefiniéndose como un centro ("el centro") de referencia nacional, de alta complejidad y de excelencia docente, ignorando sus profesionales los desarrollos que se daban fuera de sus murallas

¹⁰ Una evaluación en más detalle se encuentra en Maass, J., Ramírez, M., Rojas, G., y Sepúlveda, R. "Reestructuración del Hospital Psiquiátrico - evaluación del período 1991-1993". *Rev. Chil Neuro-Psiquiat.*, XXXII, 439-448 (1994). También ilustran el momento Riquelme, R. "Hospitales Psiquiátricos y Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en Chile" *Rev. Psiquiatría IX*, Vol 3-4 1248-1255 (1992), y Maass, J. y Ramírez, M. "Reestructuración de la atención psiquiátrica en el Área Metropolitana", *Rev. Psiquiatría IX*, Vol 3-4 1468-1262 (1992)

¹¹ Se puso en marcha la "Reforma Financiera" del sector salud en Chile como uno de los primeros pasos racionalizadores desde la lógica del mercado, posteriormente se efectuó el Estudio de Carga de Enfermedad, financiado por el Banco Mundial, que usó la metodología de los AVISA (años de vida saludables), que no sólo se focaliza en la muerte y episodios mórbidos, sino también en la cronicidad y discapacidad, hecho que aumenta la visibilidad de los problemas psiquiátricos

¹² El autor de este texto fue Subjefe de uno de los cuatro Servicios de Psiquiatría de Agudos del Instituto Psiquiátrico, y encargado de su oficina de Psiquiatría Comunitaria, durante el período 1992-1994. Con posterioridad ha trabajado en el Ministerio de Salud, en estrecha relación con la Unidad de Salud Mental central, aunque participando ampliamente en otras áreas de trabajo desde su rol de Asesor del Subsecretario. Reconoce por tanto que su perspectiva actual es mucho más amplia y sustantiva que la de entonces

blemas, otros lugares y horarios de trabajo; lo que sumado a la racionalización financiera –que modificó la forma de financiación de las acciones en este nivel de atención¹³– resultó en una progresiva desaparición de los Equipos de Reforzamiento Psicosocial de la Atención Primaria.

En el caso de los hospitales psiquiátricos y del Instituto Psiquiátrico en particular, el conflicto entre establecimientos con fuertes elementos manicomiales y la voluntad de la autoridad de promover la desaparición de estas instituciones, sin haber generado marcos institucionales alternativos, favoreció que las experiencias de cambio no alcanzaran niveles sustantivos.

Los COSAM¹⁴ continuaron en una indefinición administrativa y técnica sobre su quehacer, que persiste hasta el día de hoy, oscilando entre operar como: i) equipos expertos en técnicas de intervención psicosocial que apoyan la ejecución de la política social de los municipios o ii) equipos territoriales de psiquiatría comunitaria¹⁵.

2.3. El período 1996-1997

2.3.1. *La racionalización economicista del sector salud*

Desde la restauración de la democracia, en Chile se ha venido librando una sorda batalla en el campo sanitario. En forma transversal en los partidos políticos de derecha e izquierda se distinguen, por una parte, núcleos neoliberales que propugnan la aplicación ortodoxa de la racionalidad económica al sector, y por otra, sectores que son partidarios de la recuperación de la hegemonía del Estado, o al menos del completo control por éste del financiamiento de las acciones de salud pública y de las atenciones médicas básicas del total de la población, reservando, si es que sí, a los seguros privados un rol de complemento.

Pero más allá de que el tema no se ha resuelto a través de un acuerdo social explícito y validado democráticamente, elementos de racionalización economicista se han ido introduciendo progresiva y sistemáticamente.

A la ya mencionada Reforma Financiera, cuyo extremo no concretado es la creación de un Seguro Público para cotizantes pobres e indigentes, se agregó subsecuentemente la Reforma Programática. Esta buscó establecer áreas de prioridad sanitaria para el país y para cada Servicio de Salud en particular, luego definir dentro de cada área los problemas prioritarios y establecer las formas de enfrentarlo en los distintos niveles de prevención, usando criterios “objetivos”¹⁶ para hacer las opciones.

La Unidad de Salud Mental logró dialogar eficientemente con estas lógicas, de modo que la salud mental fue definida como la quinta prioridad sanitaria para el país, generándose un espacio de legitimidad para continuar obteniendo recursos para desarrollar su trabajo.

No obstante estos avances, el área temática de la salud mental y psiquiatría recibe en Chile sólo el 1,2% del presupuesto total de salud, mientras en Estados Unidos recibe el 8-10% y en Gran Bretaña el 12-16%¹⁷.

2.3.2. *La red asistencial como modelo de racionalización y potenciación*

En el aspecto de inversiones en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, el método de racionalización propuesto ha sido el de efectuar los Estudios de Red Asistencial, análisis de las redes de atención sanitaria territoriales en cada región del país relacionando las ofertas actuales con las demandas actuales y futuras en un horizonte de 10 años¹⁸.

En el proceso de construcción de los marcos referenciales fue necesario establecer estándares de: tipo de atenciones; capacidad resolutoria de és-

¹³ Uno de los primeros pasos de la Reforma Financiera fue la modificación del sistema de pago de la atención primaria, reemplazándose el sistema de presupuestos históricos por el de pago per cápita en base a población beneficiaria y explícitamente adscrita a cada Consultorio de APS.

¹⁴ Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, reemplazantes de los Centros de la Adolescencia del período dictatorial, que incorporaron como población objetivo a las familias de sectores en riesgo psicosocial y privilegiaban la promoción y prevención

¹⁵ Sepúlveda, R., Bocic, M. y Ríos, D. “Marco conceptual para el estudio de la situación de los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar Chile 1998” Documento de Trabajo Consultoría USM-MINSAL, Santiago, 1998

¹⁶ Por ejemplo, datos derivados de los estudios de Medicina Basada en la Evidencia

¹⁷ Informe “Plan Estratégico para el Desarrollo de la Red de Servicios Clínicos de Psiquiatría y Salud Mental”, Comisión Mixta Ministerio de Salud-Colegio Médico de Chile, diciembre de 1998, pág. 15

¹⁸ El Gobierno ha exigido la aprobación previa del Estudio de Red Asistencial en cada Región del país, como prerrequisito para la aprobación de cualquier inversión futura, de allí que la inclusión del tema de la salud mental haya sido evaluado como crítico de lograr por la Unidad de Salud Mental del MINSAL

tas; tipo, calidad y cantidad de producción del recurso humano, etc. Nuevamente la Unidad de Salud Mental enfrentó con acierto esta tarea, logrando introducir un "Modelo de Atención en Salud Mental" dentro de la Guía Metodológica del Estudio de Red Asistencial¹⁹, lo que se tradujo en la inclusión forzosa del tema en los estudios regionales.

Responder a la demanda de insertarse en la lógica de estos estudios tensionó la relación entre dos enfoques presentes entre los miembros de la USM-MINSAL y en los diversos Servicios de Salud y unidades de trabajo en el área: los que privilegiaban un "enfoque psicosocial" y los que postulaban un enfoque de "psiquiatría comunitaria".

Los primeros ya venían siendo fuertemente cuestionados por los escasos logros respecto a la inserción de muchas de sus iniciativas en la operación habitual del sistema de atención, y por su escaso impacto en lo que respecta al desarrollo de la psiquiatría clínica. Más aún, la racionalidad implícita en los estudios de red asistencial dialogaba muy fluidamente con muchos implícitos de la psiquiatría comunitaria.

El resultado fue desbalancear este debate hacia la lógica de una *Red de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría*, un concepto que ha mostrado una extraordinaria potencia para los diálogos fuera del ámbito estricto de la salud mental, e inclusive para salvar pragmáticamente las diferencias entre los defensores de la mantención de los hospitales psiquiátricos, y los que proponen su superación a través del desarrollo de estas redes y se reconocen en el modelo de Psiquiatría Comunitaria.

A raíz de una seria controversia pública en torno a las insuficientes respuestas del Sistema Público de Salud para excarcelar a personas sobreeséidas por la justicia en atención a su enfermedad mental, se constituyó una Comisión de trabajo entre el MINSAL y el Colegio Médico, esencialmente el Instituto Psiquiátrico. Lo que amenazaba ser una censura a las políticas, estrategias y acciones de la Unidad de Salud Mental ha terminado siendo una validación completa, una ampliación de su difusión y una objetivación compartida de las brechas en servicios y recursos, mirado todo desde la lógica de una Red de Servicios en Salud

Mental y Psiquiatría, a la que subyacen no explícitamente los conceptos de la psiquiatría comunitaria, los que –dicho sea de paso– constituyen hoy por hoy para cualquier gestor en el tema, un imperativo ético, técnico y económico.

III. EL FUTURO

No creo pecar de optimista al pensar que este esfuerzo exitoso de dialogar con la lógica racionalizadora, y –en el marco del lenguaje "neosanitario" hegemónico en nuestro medio– haber logrado una suerte de alianza táctica entre los sectores proclives a la psiquiatría institucional y los proclives a la psiquiatría comunitaria, unidos tras un "Programa"²⁰ que pone datos precisos sobre qué, dónde y cuándo hacer, a la vez que se aproxima a establecer el precio de cada etapa, puede constituirse en una plataforma potencialmente exitosa a la hora de definir los temas del Gobierno que Chile elegirá en 1999.

Pero para conseguir financiar este "Programa" necesitaremos un actor político efectivo. ¿Será este la Red Nacional de Acción en Psiquiatría Comunitaria, incipiente organización recientemente declarada por varios equipos de trabajo de regiones, convocados por la comunidad del Hospital Psiquiátrico "El Peral"?

¿Cómo resolveremos la tensión entre los "psicosociales" y los "psiquiátrico-comunitarios", dos vertientes del progresismo en salud mental y psiquiatría?

Y una pregunta más dramática: ¿Es posible desarrollar una Red de Servicios en Salud Mental y Psiquiatría sin una opción por un Servicio Nacional de Salud²¹ o al menos por un Fondo Unico Solidario que financie las acciones de salud?

¹⁹ Guía Metodológica del Estudio de Red Asistencial, DIVINRED, MINSAL, 1997

²⁰ Me refiero al Documento: "Plan Estratégico para el Desarrollo de la Red de Servicios Clínicos de Psiquiatría y Salud Mental", elaborado por una Comisión MINSAL-Colegio Médico, creada a partir del último conflicto entre la autoridad y la comunidad del Instituto Psiquiátrico –en relación al destino de personas sobreeséidas por la justicia a causa de enfermedad psiquiátrica que pese a ello permanecían encarceladas– Este documento, fechado en diciembre de 1998 concuerda en un Modelo de Red para el Desarrollo de Servicios, precisa brechas de oferta, propone un proceso gradual de resolución de estas brechas y estima el costo de cada etapa del proceso SNS como modelo de organización de Servicios de Salud