

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS  
DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL  
HOSPITAL DE DÍA (HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

**DEINSTITUTIONALIZATION OF PUBLIC MENTAL HEALTH IN CHILE: NEW  
CHALLENGES AND EXAMPLES OF THE EXPERIENCES OF COSAM AND  
DAY HOSPITAL IN CONCEPCION.**

**Pamela Vaccari Jiménez, Marco Astete Cereceda y Paola Ojeda.**

**Resumen**

En el siguiente escrito se reflexiona cómo se ha ido desarrollando un modelo de atención en salud mental desinstitucionalizado, recogiendo algunos antecedentes históricos que han servido para instalar las actuales transformaciones de la atención psiquiátrica en Chile. A partir de 1990 se han producido logros importantes como el desarrollo de una nueva estructura organizativa para los tratamientos de salud mental, la integración de las personas diagnosticadas en el espacio social y la formación de una amplia red comunitaria de salud mental. Sin embargo aún queda mucho por hacer. Las barreras a derribar serían principalmente reflexionar sobre qué entendemos por modelo científico, si entendemos que éste tácita y explícitamente muchas veces promueve la segregación, estableciendo divisiones entre personas normales y anormales. Esto podría llevarnos a entrever la manera en que abordan estos temas las ciencias “psi”, las que en su versión médico-biológica podrían estar invisibilizando otras formas de enfrentar la salud mental. Por último, el desafío consistiría en poner en cuestión que este tipo de abordajes puedan ser todo lo comprensivos que se requieren en la actualidad e iniciar un debate que propicie políticas más integradoras en la atención de intervención comunitaria. Para finalizar se reconoce que la desinstitucionalización psiquiátrica igualmente es un

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

importante paso para comenzar a terminar con los actuales estigmas asociados a la salud mental.

**Palabras claves:** Salud mental, desinstitucionalización

**Abstract**

In the next paper we examine how it has developed a model of deinstitutionalized mental health care, collecting some historical elements that have served to set the current transformation of psychiatric care in Chile. Since 1990 there have been significant achievements as the development of a new organizational structure for mental health treatment, integration of people diagnosed in the social space and the formation of a comprehensive community mental health network. However, it has remained to be done. The barriers in order to knock down would be reflecting on what we mean by scientific model, if we understand that tacitly and often explicitly promotes segregation, establishing divisions between normal and abnormal persons. This could lead us to analyze the way as approach 'psi' sciences; medical-biological, might be hide other ways of mental health treatment. Finally, the challenge would be questioning if these approaches could be such comprehensive that are required nowadays, and start a discussion that encourages more inclusive policies in the care of community intervention. Finally it is recognized that deinstitutionalization is an important step to end the stigma associated with mental health.

**Keywords:** Mental health, deinstitutionalization

Para analizar los procesos sobre desinstitucionalización psiquiátrica es necesario hacer una breve referencia a cómo se ha ido entendiendo la salud y la enfermedad mental a lo largo de la historia y también al cómo se han instituido las disciplinas "psi", es decir, al cómo las disciplinas de la psiquiatría y la psicología se han

validado como ciencias expertas de lo mental (Rose, 2007). Al problematizar estos criterios, se abren múltiples vías de discusión que incluyen tanto las miradas biológicas, médicas o históricas, así como también las políticas y sociales.

En el caso de Chile, los procesos de desinstitucionalización

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

psiquiátrica han estado vinculados directamente al modelo y devenir Europeo, al igual que la gran mayoría de los procesos relacionados con la ciencia y la salud.

**1. Algunos antecedentes sobre cómo se incorpora la desinstitucionalización en salud mental.**

Aunque históricamente los estudios de salud mental han estado más ligados con los enfoques médicos y biológicos occidentales, actualmente la definición de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) no hace referencia alguna a lo biológico:

La salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Es un estado de bienestar por medio del cual, los

individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Es la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (p.3)

Esto da cuenta de algún modo, que hay un interés general por resituar el lugar de la salud mental, desde un espacio médico, institucional, cerrado, a uno más desinstitucionalizado, abierto y comunitario.

Foucault (1986) describe ilustrativamente en su libro “Historia de la locura en la época clásica”, cómo las categorías sobre lo mental han ido transformándose hasta que en el siglo XVIII llegan a convertirse definitivamente en enfermedades mentales (como sinónimos aquí utilizaremos también las palabras: locura, malestar psíquico y demencia). Como tales, se

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

definieron como un problema a resolver, contribuyendo a que se creara el estigma sobre lo que llamamos “demencia” o “locura”. En sociología, estigma es una condición que hace que su portador sea incluido en una categoría social que genera una respuesta negativa, viéndosele como culturalmente inaceptable o inferior (Goffman, 1963). En este contexto se fueron desarrollando los dispositivos de control e institucionalización (donde fue promovido el encierro permanente) de las personas diagnosticadas, en donde las ciencias psi, psiquiatría y psicología, apoyaron estos procesos por medio del desarrollo de sus técnicas y teorías, todas ellas basadas en el paradigma científico positivista.

De esta manera, con el advenimiento de estas técnicas de las ciencias “psi”, el principio de cómo llevar a cabo la propia vida, es decir, como ser racional, cuerdo, adecuado, etc., se promovieron desde el ámbito del saber-hacer experto (Rose, 2007). Con el paradigma racional, se tendió a homologar el conocimiento,

instalando en las terapias ciertos órdenes que se transformaron en dispositivos de verdad y autoridad. Las corrientes terapéuticas se entendieron así como las vías donde los seres humanos podían actuar sobre sí en nombre de su estado mental y su salud o como sistemas normativos que valoraban la idea de ser autónomo con capacidad de elegir, convirtiéndose en regímenes del yo (entendido el yo como una forma de construir el ser y el pensarse uno mismo) que apelan a la racionalidad en oposición a lo que representaba la locura (Cabruja, 2005). En este continuo, se consolidó el lenguaje médico/psiquiátrico en los discursos sobre salud mental, incluso más allá de su ámbito, convirtiéndose en un fenómeno llamado “psicologización de la vida”, una forma de disciplina moral/conductual al servicio de la racionalidad (García, 1995; Foucault, 1986; Parker, 2007; Rose, 2007). El lenguaje psiquiátrico etiquetó la experiencia vital del malestar psíquico, influyendo a organismos mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), por medio de manuales diagnósticos

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

como el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM-IV-TR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) los cuales describen exhaustivamente signos y síntomas asociados a patologías mentales, que en cada nueva versión aumentan en cantidad y gravedad.

Ante esto surgieron y aún permanecen constantes las críticas, que se oponen a asumir unas ciencias humanas o sociales desde una base estrictamente médica, cercana a la biología, porque ello mantiene y reproduce los discursos de dominación. En el caso de la salud mental, ocurre que al naturalizarse un sustrato bioquímico del comportamiento, se convierte en algo difícil de modificar, lo cual es en sí mismo la base de una discriminación. En este sentido los enfoques críticos han buscado la rectificación de estas teorías y prácticas de la psicología y la psiquiatría instituida (Cabruja, 2005; Ibáñez, 2001, Parker, 2007). Para ello proponen introducir una deconstrucción a lo que se entiende

por los diagnósticos y los tratamientos, deconstrucción que significa en términos de Derridá (2001) cuestionar la interpretación convencional que se le da a un discurso social, sobre los órdenes sociales instituidos. El objetivo de la crítica es reconocer la historicidad de los fenómenos sociales y la relevancia del lenguaje en ellos. Estas ideas son aportadas entre otras, desde el construccionismo social, la antipsiquiatría, la psicología social crítica y el feminismo posmoderno.

En especial la antipsiquiatría (Laing, 1960; Basaglia, 1972; Cooper, 1985, citados en Ferreirós, 2007) fue un movimiento que postuló un radicalismo para cambiar la visión sobre la locura, buscando promover su desinstitucionalización y ensayar otras opciones de tratamiento. Impulsó la eliminación de la hospitalización de larga duración y motivó la integración en la comunidad de las personas diagnosticadas con tratamientos ambulatorios. Según Ferreirós (2007):

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

Aunque los postulados de la antipsiquiatría no fueron, ni son homogéneos, puede afirmarse que son dos los elementos que determinaron su aparición:

a) Las actitudes conceptuales que planteaban dudas sobre la vigencia del modelo médico de la psiquiatría y que concebían la locura como producto sociogenético y b) Las deficiencias asistenciales de las instituciones psiquiátricas, que planteaban la urgente necesidad de modificar esta realidad acabando con el manicomio-asilo, auténtico productor de trastornos irreversibles. En general no se increpaba la noción de que algunas personas tuviesen problemas psicológicos, el desacuerdo principal radicaba sobre el origen de estos problemas, en el afán de caracterizarlos como enfermedad y sobre las opciones existentes para manejarlos, en esos años con tratamientos muy invasivos como el encierro

de por vida, el aislamiento, el uso de camisas de fuerza, electroshock, coma insulínico, lobotomía, etc. (p.98)

En relación al último punto, las críticas se sustentaban en numerosas pruebas, relatos e significativos estudios que dieron cuenta de las condiciones a las que estaban sometidos las/os diagnosticadas/os psiquiátricas/os durante la reclusión, como por ejemplo el trabajo de Gofmann (1922-1982, citado en Ferreirós, 2007) "Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates" publicado el año 1961, con importantes repercusiones para denunciar lo que ocurría en el sistema asilar. La desinstitucionalización también sería recogida más tarde por la Psicología y la Psiquiatría Comunitaria, cuyos principios teóricos para la transformación social se sustentan en la validación del poder local, de las redes sociales y de la pertenencia de las personas a una comunidad (Alfaro, 2000).

De acuerdo con García, (1995) y Cabruja, (2005), todas las

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

fricciones con el modelo tradicional de las ciencias “psi”, finalmente se convirtieron en parte de las plataformas de la psicología crítica, que recogió además ideas del postestructuralismo francés, el marxismo, y la filosofía pospositivista, para declarar un compromiso explícito con una nueva práctica que buscaba sobretodo, reflexionar sobre el rol de la psicoterapia en la sociedad, analizar las posiciones de poder de los especialistas, incorporar aportaciones del feminismo y los estudios étnicos, así como replantear los límites del diagnóstico, el pronóstico y la terapéutica.

**2. Algunos antecedentes de la trayectoria de salud mental en Chile.**

Los mismos procesos de institucionalización, especialización, medicalización y desinstitucionalización de la salud mental se han producido en Chile, desde luego, con otros ritmos y otros tiempos. La práctica de la psiquiatría

y la psicología fueron de muy lento desarrollo, en donde las cátedras de enseñanza se oficializaron recién en los años 1930 (para la psiquiatría) y 1950 (para la psicología). Hasta ese entonces la atención de la llamada demencia o locura, conservó mucho el carácter asilar y de institución total como la descrita por Goffman (1961, 1963).

En el año 1952, se creó el servicio nacional de salud en Chile, a pesar de que hacía mucho tiempo nuestro país estaba constituido como República. La asistencia pública mostraba numerosas deficiencias sanitarias que eran suplidas por hospicios de la Iglesia y algunas organizaciones de socorros mutuos de trabajadores asalariados (Salazar, 1999). Este retraso se debió principalmente a la negativa permanente de los sectores más acomodados, que advertían en esto, una especie de asistencialismo que iba a perjudicar al Estado. Este retraso explica en cierto modo el porqué tanta precariedad en el desarrollo de políticas públicas de salud en Chile y en particular el

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

tratamiento de los problemas de la salud mental de la población. Con la constitución del Servicio Nacional de Salud, recién se logran estructurar los primeros programas de salud para elevar la calidad de vida de la población (Illanes, 1993).

Sin embargo, sólo después de unas décadas se incorporaron las ideas europeas sobre la desinstitutionalización en salud mental, recogiendo algunos de los valores que sustentaba la antipsiquiatría, pero también muchas iniciativas propias de nuestro país. De esta manera, se reconocen antecedentes de ello en las experiencias de los años 60 de Luis Weinstein en salud mental poblacional (Sepúlveda, 1998) y la psiquiatría intracomunitaria de Juan Marconi (2000, en Mendive, 2004). Ambas prácticas vinculadas a la Universidad de Chile con unidades de atención primaria (Sepúlveda, 1998). También destacó la experiencia de Martín Cordero en la ciudad de Temuco, que fue contemporánea a las implementadas en la capital, donde se extendieron algunos recursos especializados a otras ciudades fuera de Santiago

(Sepúlveda, 1998, Marconi 2000, en Mendive, 2004).

No obstante y pese a los esfuerzos de muchos profesionales, este proceso fue interrumpido drásticamente a raíz del golpe militar del 11 de septiembre de 1973. En salud mental fueron anuladas todas las experiencias relacionadas con la salud mental comunitaria, aunque la experiencia de Marconi (2000, en Mendive, 2004; Sepúlveda, 1998), las más institucionalizada y difundida de las tres, perduró parcialmente por varios años más, particularmente en su aplicación al tratamiento del alcoholismo. En el campo opositor a la dictadura, diversos Organismos No Gubernamentales (ONGs) desarrollaron trabajo en salud general y mental, con estrategias clínico-comunitarias en localidades y barrios específicos, con problemas particulares como apoyo a las víctimas de la represión, a los niños de la calle, mujeres, etc. (Sepúlveda, 1998).

Cabe recordar que la dictadura militar implementó en Chile una profunda reforma neoliberal en el aparato del Estado y específicamente en el sector salud



**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

(Sepúlveda, 1998)

Transformó el SNS en múltiples servicios de salud, entregó a los Municipios la administración de la atención primaria de salud, llevó a mínimos históricos la inversión y manutención de la infraestructura y equipamiento de los prestadores públicos, y favoreció el desarrollo de un mercado de seguros privados de salud para el 20% más rico de la población. En este escenario la salud mental y la psiquiatría no constituyeron preocupación para la autoridad, disminuyendo la calidad de la atención en los servicios de psiquiatría y profundizando en muchos casos los rasgos manicomiales (p.18)

Con el retorno a la democracia en 1990, se inició una progresiva mejoría de las infraestructuras, hubo una reorganización de los procesos y una ampliación de los recursos

profesionales. Se mejoraron las propuestas planificadoras del nivel central y se sugirieron índices e indicadores, áreas preferenciales de trabajo y programas de prevención y tratamiento. Tal como lo expresaba Marconi (2000, en Mendive 2004) hubo una especie de optimismo, luego del término de 17 años de dictadura. Comenzó a primar ampliamente una mirada psicosocial, que propiciaba un enfoque preferente sobre problemas tales como la drogadicción, la violencia, rehabilitación de las víctimas de violencia política durante la dictadura, rehabilitación y reinserción de las personas con afecciones psiquiátricas, todos ellos reunidos en un documento llamado Plan y política de salud mental. A ello se agregó la introducción de nuevos recursos humanos como la salud mental en la atención primaria de salud con equipos multidisciplinarios (Sepúlveda, 1998).

En ese ambiente, Chile participó en la Conferencia de

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

Caracas (1990)<sup>1</sup> y luego replicó a nivel nacional ese evento, adhiriendo a la estrategia Organización Panamericana de Salud (OPS) parte importante de la cual era la desmanicomialización, con énfasis en el desarrollo de dispositivos comunitarios. En general el periodo 90-96 abrió un abanico de temas de salud mental desarrollando estrategias e incrementando y diversificando los recursos humanos (Sepúlveda, 1998, Marconi, 2000 en Mendive, 2004).

En este escenario se asumió la tarea de elaborar nuevas trayectorias de actuación, que fueron consensuadas en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, el cual se articuló durante el año 1999 a través de una serie de propuestas con participación de profesionales, técnicos y representantes de usuarios y familiares. El año 2000 se publicó y entró en vigencia. El documento ha tenido impacto en el sistema público en sus 11 años de existencia, lo cual ha permitido aumentar significativamente los recursos disponibles para salud mental en todos los Servicios de

---

Salud, con énfasis en la atención primaria y dispositivos comunitarios. Esto ha permitido que el porcentaje del presupuesto destinado a salud mental haya aumentado en estos años del 1 al 3% (Minoletti y Zaccaria, 2005).

El Plan nacional de salud mental, incorporó el concepto de “red de servicios de salud mental y psiquiatría”, donde cada Servicio de Salud debía contar como mínimo con: Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) y Hospital de Día (HD) con dependencia administrativa de una Unidad Clínica de Psiquiatría y Salud Mental Ambulatoria o de un Servicio Clínico de Psiquiatría. (Ministerio de Salud, 2000).

También desde el retorno a la Democracia en Chile, otros documentos<sup>2</sup> han ido apoyando la idea de esta red de servicios de salud mental, que a modo de marco jurídico han definido competencias y actuaciones necesarias para introducir los cambios requeridos en la desinstitucionalización psiquiátrica, a su vez se ha tenido especial atención a la literatura

---

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

internacional al respecto<sup>3</sup>.

### **3. Desinstitucionalización en Concepción<sup>4</sup>.**

Este proceso en general fue desarrollándose al ritmo de los cambios a nivel central, es decir, luego del retorno a la Democracia y con la voluntad de participar en la transformación del sistema asistencial desde un estilo manicomial a otro más comunitario.

#### **3.1. Notas sobre la experiencia del Hospital de Día de Concepción (HD).**

En el año 1997 se establece un primer intento de organización del Hospital de Día, que funcionó al interior de las dependencias del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente (HGGB). En ese año, las experiencias de Hospitales diurnos eran escasas, por lo que en el caso de Concepción conllevó desde el comienzo sus propias

particularidades. Primero se ubicó dentro de las dependencias del Servicio de psiquiatría que se encuentra en un pequeño cerro en medio de la ciudad de Concepción, en un edificio que hasta el año 1988 albergaba un hospital para niñas y niños. Posteriormente pasa a ser Hospital psiquiátrico, e incorpora lentamente la hospitalización de mediana estadía de acuerdo a los requerimientos de la reforma.

Con ello, el Hospital de día de Concepción, asumió desde sus inicios una cultura de “intramuros”, manteniéndose como una especie “centro” con talleres y con escasa rotación de sus asistentes. Al mismo tiempo se formó la agrupación de familiares de usuarias/os con personalidad jurídica “Luz y Esperanza”, a quienes se les destinó un espacio dentro del hospital para sus reuniones. Funcionaban coordinados por un equipo de salud mental multidisciplinario. Este grupo de familiares fue muy proactivo, ganándose diversos proyectos de organismos gubernamentales (Fonadis, Fondo Nacional para la

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

Discapacidad, actualmente Senadis, Servicio Nacional de la Discapacidad) para impartir talleres a sus integrantes, así como también para la compra de bienes inmuebles, material de trabajo y recreación. Desde allí también se gestionó el primer taller de rehabilitación, con personas que atendían la cafetería del Servicio de Psiquiatría y siempre con el apoyo del equipo de salud mental.

De acuerdo con el Ministerio de Salud chileno (2002), un Hospital de Día es un servicio comunitario y su rol es evitar las internaciones o reducir significativamente su duración. Requiere un equipo multidisciplinario compuesto idealmente por Psiquiatra, Psicóloga, Enfermera, Asistente Social, Auxiliar Paramédico, Personal Administrativo, en donde idealmente las jerarquías se democratizan y se comparte una ideología de trabajo en equipo. Su funcionamiento es de lunes a viernes, con una permanencia de entre 4 y 8 horas diarias y con programas de tratamiento entre 2 y 4 meses. Sus fines son de observación diagnóstica, contención de

conductas de riesgo físico y tratamientos intensivos farmacológicos y psicosociales.

Como indicadores de calidad se pide que los Hospitales de día tengan procedimientos estandarizados e instrumentos de registro para el consentimiento informado, la confidencialidad, el ingreso administrativo, el ingreso clínico, la acogida, el plan de tratamiento individual, las actividades diarias por persona y grupo, manejo de las crisis (agresividad, intento suicida, otras conductas muy disruptivas, etc.), la prevención y manejo de abandonos, así como la gestión de las altas y derivaciones. Asimismo las rutinas periódicas deben ser divididas en: recepción, desayuno, toma de medicamentos, intervención psicosocial de grupos, actividades físicas, recreativas, almuerzo, talleres de manualidades, de habilidades sociales, indicaciones al hogar, trabajo con familiares, etc.

En este contexto más delimitado a partir del Plan nacional de salud mental y psiquiatría de Concepción, durante el año 2005, se impulsa el financiamiento

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

independiente del Hospital de día, para que por sobre todo, pudiera externalizarse e insertarse definitivamente en la comunidad, tal y como se había recomendado el año anterior en la evaluación nacional que se hizo a los hospitales de día del país. En el año 2006 el equipo de salud mental en forma conjunta, decide formalizar las tramitaciones para que este paso se concrete, lo que finalmente se logró en septiembre del mismo año, instalándose en el barrio universitario de Concepción.

No obstante para lograr el objetivo de externalización hubo que enfrentar una serie de dificultades, que también requirieron del desarrollo de fortalezas intragrupalas, que de acuerdo al diagnóstico del equipo de salud mental Hospital de Día Concepción del período 2005-2006 se podrían resumir en las siguientes:

- Excesiva burocratización de los procedimientos formales: se analizó como una debilidad del equipo, sobretodo antes de la

instalación en la comunidad.

- Romper barreras psicosociales para externalizar el hospital de día. Desde los inicios, el equipo de salud mental de la época, realizó un permanente trabajo para disminuir los prejuicios, desconfianzas y desconocimiento sobre la política nacional de salud mental. Especial atención hubo que poner al momento de alquilar la propiedad en la comunidad, puesto que se observaron resistencias con las personas que alquilaban sus viviendas y con el vecindario. Igualmente se analizaron las resistencias del propio equipo de salud mental, así como de los familiares en relación al cambio de reglas de participación en el Hospital de día. Esto fue un proceso lento porque debía implementarse el tema de la rotación de las personas asistentes, puesto que el período de estancia debía ser entre 2 a 4 meses.

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

- Las fortalezas observadas durante todo este periodo pre-externalización fue la capacidad del equipo de salud mental de trabajar en conjunto, con motivación, compromiso y convicción técnica y profesional, mucha persistencia, liderazgo, capacidad de negociación, gestión y organización.
- Otra fortaleza detectada, ya en el primer período de instalación del Hospital de día, fue la cercanía con la Universidad de Concepción que permitió establecer una red de contactos con estudiantes universitarias/os que querían conocer la experiencia del Hospital de día para intercambiar encuentros con

las/os usuarias/os. Esto fue el primer paso para el diseño de redes comunitarias en el barrio para el Hospital de día.

- La relación con Agrupación de familiares “Luz y Esperanza”, fue otro punto de análisis pues se estableció un espacio para que esta organización continuara trabajando como lo había hecho hasta entonces, no obstante, posteriormente no se pudo mantener una continuidad porque comenzó la rotación de las/os asistentes y esto forzaba que la agrupación no siempre trabajara con las mismas personas. En la actualidad de este modo, la agrupación trabaja de forma independiente al Hospital de día.

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

En síntesis se concuerda que a partir del año 2007 se logra la consolidación e implementación del Hospital de día de acuerdo a las sugerencias del Ministerio de Salud. La evaluación del equipo año a año, ha sido positiva y con buenos resultados de acuerdo a los indicadores de calidad que se evalúan. Los equipos técnicos y profesionales han ido variando, no obstante esto no ha sido una dificultad para seguir cumpliendo los objetivos.

<b>Cuadro resumen de objetivos Hospital de día Concepción<sup>5</sup></b>
<b>Años 2007-2008-2009-2010-2011</b>
<p>Promedio mensual de atención: entre 15 y 24 personas</p> <p>Promedio de tiempo de estancia por persona: 3 meses</p> <p>Consentimiento informado firmado: 100%</p> <p>Confidencialidad: 100%</p> <p>Ingreso Administrativo y clínica: Establecida como parte de la reunión semanal del equipo.</p> <p>Plan de Tratamiento Individual: 100%</p> <p>Actividades diarias por persona y grupal: Se realiza diariamente recibimiento, comidas, entrega de fármacos, talleres, reuniones con familiares; con ello se cautela el manejo de las eventuales crisis, recaídas y abandonos.</p> <p>Alta y Derivación: 100%</p>

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

<b>Cuadro resumen de objetivos Hospital de día Concepción<sup>6</sup></b>
<b>Años 2007-2008-2009-2010-2011</b>
Promedio mensual de atención: entre 15 y 24 personas
Promedio de tiempo de estancia por persona: 3 meses
Consentimiento informado firmado: 100%
Confidencialidad: 100%
Ingreso Administrativo y clínica: Establecida como parte de la reunión semanal del equipo.
Plan de Tratamiento Individual: 100%
Actividades diarias por persona y grupal: Se realiza diariamente recibimiento, comidas, entrega de fármacos, talleres, reuniones con familiares; con ello se cautela el manejo de las eventuales crisis, recaídas y abandonos.
Alta y Derivación: 100%

**3.2. Algunas notas sobre la experiencia del Centro comunitario de salud**

**mental (COSAM).**

La creación del Centro Comunitario de Salud Mental Concepción (en adelante COSAM Concepción), también responde a la necesidad de generar un dispositivo que integrara la salud mental en forma comunitaria, especialmente para externalizar la atención de los usuarios con dependencia al alcohol y otras drogas que además presentan patología dual de tal manera de responder a los cambios y a los objetivos de la reforma de salud de Chile, impulsada desde diversos sectores y respaldada por las autoridades correspondientes.

Desde el 23 de Abril del 2007, se delegan las funciones de gestión del nuevo centro, que en ese entonces se planificaba como Centro Especializado de Atención al Drogodependiente (CEAD). El 18 de Mayo del 2007, se define la creación del COSAM Concepción, como respuesta al nuevo enfoque en salud con énfasis comunitario, el cual se enmarcaría en el nivel secundario de atención en salud, bajo la administración del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional



**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

Guillermo Grant Benavente (HGGB), el cual comenzó a funcionar con labores administrativas en Agosto del 2007.

Actualmente, el COSAM Concepción no cuenta con infraestructura propia y está integrado por un equipo multidisciplinario de profesionales y funcionarios capacitados en la temática de salud mental. Lo integran: asistentes sociales, psicólogos, psiquiatras, neurólogo, secretarias, enfermera, técnico en rehabilitación de drogas, profesor de educación física, técnico paramédico y auxiliar.

Como visión el COSAM Concepción (2010) señala:

Ser reconocido a nivel regional, como un centro comunitario de salud mental de excelencia e interdisciplinario que respalde de manera integral a las problemáticas de salud mental y que incorpore a la población sin distinción económica, origen social, cultural, étnica, opción

religiosa, sexual, política; entregando un servicio de calidad y conformando una red de atención de salud solidaria (p.2)

Dentro de los principales objetivos de gestión del COSAM Concepción se encuentran el ejecutar planes de tratamiento convenidos del intersector, ejecutar intervenciones programadas desde el nivel central de salud, gestionar recursos financieros, elaborando proyectos que se presenten a instituciones públicas y/o privadas de la red, posibilitar y facilitar la investigación en conjunto con Instituciones educacionales de nivel superior, en beneficio directo de los beneficiarios de los programas de salud mental, mantener actualizada la información respecto a los planes de tratamiento de los usuarios, con el fin de evaluar los progresos y/o deficiencias que se pudieran encontrar.

Dentro de los programas que atiende el centro comunitario se halla el Programa de atención a

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

personas que presentan dependencia al alcohol y otras drogas y patología dual, derivadas de las comunas de Concepción, Chiguayante, Hualqui, Florida y Santa Juana, respondiendo al convenio CONACE-MINSAL (Conace es actualmente SENDA, Servicio de prevención y rehabilitación de drogas y alcohol-MINSAL Ministerio de Salud) y se integra como dispositivo de atención de salud mental a nivel secundario dando cobertura a la población derivada desde el Centro de Salud Familiar (en adelante CESFAM) O'Higgins, respondiendo a lo que corresponde a la normativa técnica de los centros de salud comunitarios de atención secundaria.

Esto fue posible gracias al trabajo interdisciplinario de Sectorización realizado por profesionales del Centro durante el año 2010 y que actualmente se traduce en la primera etapa de este proyecto atendiendo a la población derivada desde este CESFAM que presentan problemáticas de salud mental NO GES (Sin Garantías Explícitas en Salud) que de acuerdo

a los criterios clínicos establecidos en los protocolos deben ser vistos en este centro de acuerdo a su diagnóstico.

#### **4. Reflexiones en movimiento.**

A modo de conclusión de las ideas aquí expuestas, es importante subrayar que la desinstitucionalización es hoy un proceso que se instala con fuerza tanto a nivel mundial como local, para mejorar las condiciones de atención de las personas con diagnóstico psiquiátrico, porque se comprende que un servicio ambulatorio y más centrado en las relaciones sociales y comunitarias son más efectivas en la integración y la mejora de la calidad de vida de las personas.

En este sentido las transformaciones de la atención psiquiátrica llevadas a cabo en Chile especialmente a partir de 1990, ha producido logros importantes, como el desarrollo de una nueva estructura organizativa para los tratamientos de salud mental, la integración de las personas diagnosticadas en el

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

espacio social y la formación de una amplia red comunitaria de salud mental. Igualmente se destaca que ya existe la adopción, por parte de los funcionarios públicos de salud y de la comunidad en general, de actitudes más positivas hacia el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad mental, movilizando procesos de mejora de los derechos ciudadanos en quienes tienen un diagnóstico psiquiátrico.

Pese a todos estos avances, es imprescindible corregir algunos puntos del proceso, como es la aplicación desigual de estos cambios, entre distintas unidades de atención ambulatoria, la escasa asignación de recursos desde el nivel central y las dificultades para reinsertar a las personas en las comunidades.

El análisis de las experiencias descritas nos demuestra que muchas de las críticas a la desinstitucionalización no se dirigen a su núcleo conceptual, pero sí se derivan de su aplicación inadecuada, y que por tanto es un

error equiparar las nociones de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica con el simple ejercicio de clausura de hospitales psiquiátricos, sin tomar conciencia antes que se trata procesos mucho más complejos y lentos, como el de desarticular intolerancias culturales y psicosociales tanto de la sociedad, como de los profesionales de la salud mental. Un primer paso aquí es valorar la importancia de contar con equipos técnicos-profesionales con compromiso y convicción en el trabajo multidisciplinar, sin jerarquías rígidas, sino más bien, que puedan ser promotores de espacios democráticos que involucren activamente a las personas diagnosticadas y sus familiares en el análisis de su situación de salud.

Para terminar, si queremos concebir un modelo de atención en salud mental de estilo más social y comunitario, aún queda mucho por hacer, las barreras a derribar serían principalmente, reflexionar sobre qué entendemos por modelo científico, si entendemos que éste tácita y explícitamente muchas veces

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

promueve la segregación, estableciendo divisiones entre personas normales y anormales. Esto podría llevarnos a entrever la manera en que abordan estos temas las ciencias “psi”, las que en su versión médico-biológica podrían estar invisibilizando otras formas de enfrentar la salud mental. Por último, el desafío consistiría en poner en cuestión que este tipo de abordajes puedan ser todo lo comprensivos que se requieren en la actualidad e iniciar un debate que propicie políticas más integradoras en la atención de intervención comunitaria.

En esta línea, se reconoce el aporte que han tenido en las propuestas teóricas señaladas anteriormente para incorporar una reflexión crítica de los enfoques y prácticas en salud mental, en donde la desinstitutionalización psiquiátrica se registra igualmente como un importante paso para terminar con los estigmas asociados a la salud mental.

**REFERENCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS.**

Alfaro, J (2000) *Discusiones en Psicología Comunitaria. Textos de docencia Universitaria.* Santiago: Universidad Diego Portales.

Cabruja, T (2003), *Sociogénesis de la psicología científica,* Barcelona: UOC.

Cabruja, T (2005) *Psicología: Perspectivas deconstruccionistas, subjetividad, psicopatología y ciberpsicología.* Barcelona: UOC.

Derrida J (2001) *La deconstrucción en las fronteras de la filosofía,* Barcelona. Paidós.

Ferreirós, C (2007) *Salud mental y derechos humanos: La cuestión del tratamiento ambulatorio Involuntario.* España: Cermi (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad)

Foucault, M. (1986), *Historia de la locura en la época clásica.* Colombia: Fondo de cultura económica.

García, R. (1995) *Historia de una ruptura. El ayer y hoy de la*

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE: NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA (HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

*psiquiatría española*. Barcelona: Virus.

Gobierno de Chile (2000) Plan nacional de salud mental y psiquiatría. Chile: Ministerio de Salud.

Gobierno de Chile (2002) Orientaciones técnicas para el funcionamiento de Hospitales de Día en psiquiatría. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Gobierno de Chile, Servicio de Salud Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente Centro de responsabilidad salud mental y psiquiatría (2010). Manual de organización del Centro Comunitario de Salud Mental (Cosam) Concepción: CR Salud mental y psiquiatría.

Goffman, E. (1961) *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortú.

Goffman, E (1963), *Estigma* La

identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortú.

Ibáñez, T (2001) *Municiones para disidentes. Realidad-Verdad-Política*. Barcelona: Gedisa.

Ibáñez, T (2004) *Introducción a la psicología social*. Barcelona: UOC

Illanes, M (1993) *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública-Chile-1880/1973* Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.

Iñiguez, L (2006) *Análisis del discurso, manual para las ciencias sociales*. Barcelona: UOC.

Mendive, S (2004) *Entrevista al Dr. Juan Marconi, Creador de la Psiquiatría Intracomunitaria. Reflexiones Acerca de su Legado Para la Psicología Comunitaria Chilena Psykhe*, 2004, Vol. 13, N° 2, p.187 – 199.

Minoletti, A y Zaccaria, A. (2005)

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Publica* 18(4/5).

Organización Mundial de la Salud (2001) Por la salud mental en el mundo, sí a la atención, no a la exclusión. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Ginebra: WHO.

Parker, I (2007) La deconstrucción de la psicopatología en la investigación-acción, *Revista Archipiélago*, n° 76.

Rose, N. (2007) Terapia y poder: techné y ethos. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría. *Archipiélago, cuadernos*

*críticos de la cultura*, n°76.

Salazar, G. (1999) Historia contemporánea de Chile. Tomo 1. Estado, legitimidad, ciudadanía. Santiago de Chile: LOM.

Sepúlveda, R (1998) Una reflexión sobre la organización de los servicios de salud mental y psiquiatría en Chile. En *Cuadernos médicos sociales* XXXIX, 3-4, 1998/16.

**NOTAS:**

- 1 Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela, 11-14 noviembre de 1990.
- 2 Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, Aprobado por Resolución Exenta N° 568 del 8 de Octubre 1993; b. Norma Técnica: Organización

**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

de una Red de Servicios de Salud Mental y Psiquiatría y Orientaciones para su Aplicación. Aprobada por resolución Exenta N° 802 del 9 de Abril 1999; c. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, Ministerio de Salud, Minsal Año 2000; d. Ley N° 19.966, Garantías Explícitas de Salud: Guías Clínicas de Esquizofrenia, Depresión y Consumo perjudicial y dependencia de Alcohol y Drogas en menores de 20 años, Minsal; e. Reglamento para la Internación de las Personas con Enfermedades Mentales y sobre los Establecimientos que la proporcionan. Decreto Supremo N° 570, del 28 Agosto de 1998, publicado el 14 Julio del 2000; f. Circular A15/N° 13 5 Julio 2007, Instruye sobre Internación no Voluntaria de Personas afectadas por Enfermedades Mentales; g. Pauta de requisitos Autorización Sanitaria para hospitalización psiquiátrica de corta y mediana estadía, Julio 2007, Minsal; h. Normas Técnicas sobre atención y tratamiento de personas con consumo y/o dependencia de alcohol y drogas ilícitas; i. Reglamento del título II artículo 57 de la ley N° 19.925, guía clínica 2006 del Programa de atención y re educación de personas con beber problema y sanciones por la ley de alcoholes. j. Norma Técnica: "Medidas de Contención para Personas con Enfermedad Mental en Episodio de Agitación Psicomotora", Julio 2003. K. Depresión, Demencia e Insomnio Serie Guías Clínicas del Adulto Mayor. Programa del Adulto MINSAL, 1999; l. Ley N° 19.937. "Autoridad Sanitaria y Gestión". (textos citados en Gob. De Chile, SSC; HGGB, 2010)

- 3 Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Recomendación sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las personas con Discapacidad Mental (1999); Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993); Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. OMS (2007); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), Organización de Naciones Unidas (1976). Textos

**PAMELA VACCARI JIMÉNEZ, MARCO ASTETE CERECEDA Y PAOLA OJEDA.**

citados en: Gob. De Chile, SSC; HGGB, 2010

- 4 No se refiere a la provincia, por lo este relato se circunscribe únicamente a la comuna de Concepción.
- 5 Cuadro facilitado por Equipo de Hospital de Día Concepción Período 2007-2011.
- 6 Cuadro facilitado por Equipo de Hospital de Día Concepción Período 2007-2011.

**\*Autoras/es:**

**Pamela Vaccari Jiménez.** Licenciada en Psicología en la Universidad de Concepción. Doctoranda Psicología Social Universidad Autónoma de Barcelona- España. Integrante Grupo de Investigación DIGECIC Universidad de Girona- España

**Marco Astete Cereceda.** Licenciado en Sociología en la Universidad de Concepción. Doctorando Psicología Social Universidad Autónoma de Barcelona- España.

**Paola Ojeda.** Trabajadora Social. Encargada Centro Comunitario de Salud Mental Concepción (COSAM). Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente. Servicio de Salud Concepción

Dirección electrónica para envíos: [inv.critica@gmail.com](mailto:inv.critica@gmail.com)



**DESINSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL PÚBLICA EN CHILE:  
NUEVOS DESAFÍOS Y ALGUNOS EJEMPLOS SOBRE LAS EXPERIENCIAS DEL  
CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL (COSAM) Y DEL HOSPITAL DE DÍA  
(HD) EN LA COMUNA DE CONCEPCIÓN.**

Agradecimientos:

- Al Equipo de salud mental del Hospital de Día Concepción Períodos 2005-2007 y 2008-2011
- A la Agrupación de Familiares Luz y Esperanza de Concepción
- A la Jefatura del Servicio de Psiquiatría Hospital Regional Guillermo Grant Benavente Período 2005-20011
- Al Equipo de salud mental del Centro Comunitario de Salud Mental Concepción (COSAM) 2010-2011
- A la Jefatura del Centro de Responsabilidad Psiquiatría y Salud Mental Período 2010-2011 del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente - Servicio de Salud Concepción – Región del Bío – Bío.