

LA DESCENTRALIZACION DE LOS HOSPITALES MENTALES EN POLONIA*

Profesor Dr. S. Dabrowski**
Dr. E. Slupczynska**

I. INTRODUCCION

La República de Polonia tiene aproximadamente 36 millones de habitantes, de los cuales el 59% vive en las ciudades y el resto en áreas rurales. Polonia está dividida administrativamente en 49 regiones o secciones, en las cuales hay 808 ciudades y 2128 pueblos.

En Polonia, las labores básicas en el campo del cuidado de la salud y del bienestar social están a cargo de las instituciones nacionales de servicio social que, a su vez, están dirigidas y financiadas por el estado. Desde el establecimiento de la República Polaca en 1945 se ha puesto en práctica la idea de la atención médica gratuita. Actualmente, más del 99% de los habitantes tiene servicios públicos gratuitos y preventivos, terapéuticos, de rehabilitación y de bienestar social. Los servicios de salud y de bienestar social son los proveedores de dichos servicios y, a su vez, están subordinados al Ministerio de Salud y Bienestar Social.

Durante los años de 1973 a 1975 se reorganizaron las instituciones de salud. Los cambios tenían como meta integrar hospitales, policlínicas, dispensarios, casas para jubilados, casas de cuna y unidades de asistencia a la comunidad social, hasta entonces separados, en centros de atención a la salud. Como resultado de esta reforma, los servicios de atención a la salud los proporcionan ahora los siguientes tipos de instituciones: a) Instituciones de atención a la salud a nivel primario que se han integrado en centros de atención a la salud. Dichos centros laboran en el área de un distrito preventivo-terapéutico determinado, y cubren de 30 a 150 mil habitantes. b) Centros de atención a la salud de los trabajadores industriales. c) Centros de atención a la salud de los estudiantes y maestros universitarios. d) Instituciones de atención a la salud que cubren toda la región; por ejemplo: los hospitales integrados a la región y los hospitales especializados. e) Hospitales de enseñanza y otras unidades de enseñanza e institutos de investigación.

La idea principal de estas reformas era poder cubrir más adecuadamente las necesidades médicas de la población. Estas reformas permiten hacer un mejor uso de los recursos humanos y materiales ya existentes, así como tener una mejor disponibilidad de los servicios y

mayor continuidad de la atención de la salud. De acuerdo a los principios de estas reformas, la atención a nivel primario, con sus tres secciones (regional, industrial y académica) tiene prioridad. Las otras ramas del sistema de atención a la salud integrado (servicios especializados y servicios de diagnóstico) son una continuación de la atención primaria. La psiquiatría es una de las ramas de los servicios especializados, complementaria de la atención primaria.

A pesar de los muchos logros alcanzados en los 30 años de posguerra en el campo de la psiquiatría en Polonia, todavía hay muchas carencias y atrasos como resultado de las deficiencias en el periodo de preguerra y de los grandes desastres de la guerra, además de los muchos obstáculos que restringían el desarrollo de la psiquiatría después de 1945 y todavía actualmente.

A pesar de que el cuidado de la salud y la asistencia social ocupan un lugar prioritario en la política nacional, debido a la existencia de otras necesidades urgentes, el problema de la salud mental no ocupó un lugar de máxima importancia, lo que dio como resultado la falta de un amplio sistema de salud mental y de una política psiquiátrica claramente establecida. Este obstáculo será solventado próximamente, pues esperamos que el Parlamento nos autorice una ley sobre Salud Mental en la que los problemas psiquiátricos ocuparán un lugar prioritario. En el proyecto de ley se preve, entre otras cosas, un nuevo y moderno sistema de atención a la salud para las personas mentalmente incapacitadas, en el que la atención psiquiátrica y la atención primaria se tomen en cuenta en conjunto con las otras formas de amplia base social-protectora-educativa. A este sistema lo apoya la ya mencionada reforma de atención a la salud, que se propone integrar, a partir de ese momento, subsistemas que estaban separados.

Normalmente, la atención psiquiátrica en Polonia está formada por: a) Una red de clínicas psiquiátricas para pacientes externos, y clínicas para pacientes alcohólicos externos. b) Una red de hospitales mentales, departamentos psiquiátricos en general y unidades de hospitalización para pacientes alcohólicos. c) Diferentes formas transitorias de atención y d) Otras facilidades.

Las actividades de las instituciones de atención psiquiátrica para pacientes internos y para pacientes externos se revisan y se supervisan profesionalmente por especialistas provinciales nombrados por el Minis-

** Instituto Psiconeurológico, Varsovia, Polonia.

* Traducción de A. Bustamante. Título original: "Subregionalization in Mental Hospitals in Poland".

tro de Salud y Bienestar Social. Un Consejo Directivo Profesional organiza los estándares psiquiátricos a nivel nacional. El Instituto Psiconeurológico de Varsovia forma el cuerpo ejecutivo de este Consejo Directivo. El personal supervisor también investiga y, cuando es posible, también resuelve las reclamaciones que los pacientes someten a las autoridades locales o directamente al Ministro de Salud y Bienestar Social.

II. RECURSOS DE ATENCION PSIQUIATRICA

Pacientes externos

Las clínicas psiquiátricas para pacientes externos adultos, niños y alcohólicos son el elemento fundamental de la atención de la salud mental en Polonia. Se han establecido clínicas exclusivamente para alcohólicos debido a la extensión del problema del alcoholismo y de los problemas relacionados con el alcohol en Polonia.

Las clínicas para pacientes externos cubren distritos de salud, que son unidades administrativas con una población de 50 000 a 100 000 habitantes. Las clínicas están incorporadas a los centros de salud distritales, por ejemplo, a los centros de atención a la salud. Se establecieron clínicas psiquiátricas para pacientes adultos externos en casi todos los distritos (en 1981 había 517 de ellas). Como promedio, hay un médico de tiempo completo en estas clínicas por cada 55 000 habitantes. Las clínicas para pacientes externos alcohólicos se encuentran en casi las 2/3 partes de los distritos de salud y tienen como promedio un médico por cada 270 000 habitantes.

La característica más importante de las clínicas para pacientes externos es su fácil accesibilidad para todas aquellas personas que creen necesitar ayuda psiquiátrica, ya que pueden obtener consulta automáticamente, sin que antes tengan que ser referidos. En la mayoría de las clínicas, las listas de espera, si es que las hay, son muy cortas, ya que la regla general es que un paciente debe obtener consulta para el mismo día en que la solicita, o, a lo mucho, para el siguiente de haberla solicitado. El promedio de pacientes tratados al año en una clínica psiquiátrica para pacientes externos adultos, es de 1.4% de la población general de todo el país y de 3.5% de la población general en algunas ciudades grandes. Los pacientes psicóticos representan el 31% de todos los pacientes tratados en un año.

Pacientes internos

Las instituciones para pacientes internos incluyen 41 hospitales mentales, 37 unidades psiquiátricas en hospitales generales de distrito, 4 sanatorios neuropsiquiátricos para niños, 7 hospitales exclusivamente para alcohólicos y 9 unidades para alcohólicos en hospitales generales. El número total de camas en estas instituciones asciende a 40 600 (11.3 camas por cada 10 000 habitantes). El número de admisiones por año a dichos hospitales asciende a 120 000 (cerca de 3.5 camas por cada 1 000 habitantes) (16).

Los hospitales para enfermos mentales constituyen el elemento principal de la atención a pacientes internos. El 89% del total de las camas para pacientes psiquiátricos están ahí concentradas y el número promedio de camas de hospital asciende a 10 por cada 10 000 habitantes. La mayor parte de los hospitales fueron construidos al principio de este siglo y es por ello que predominan las unidades de mediano y gran tamaño. Una cuarta parte de los 41 hospitales tiene de 500 a 1 000 camas y el 50% de los hospitales tiene más de 1 000 camas (16). El hecho de que la mayoría de las camas del país se encuentre en esos grandes hospitales, representa un grave problema de concentración de camas en hospitales grandes. El segundo problema en el campo de atención a los pacientes internos es el de la irregularidad de la localización de los hospitales. Como resultado de ello, las áreas de recolección de muchos hospitales son muy amplias y muy a menudo cubren distritos de salud considerablemente remotos. La extensión del área de captación limita la disponibilidad de la atención a los pacientes internos y también crea dificultades para el manejo de los hospitales. Estas dificultades se presentan precisamente cuando el área de recolección de un hospital cubre más de una sección. Es entonces cuando los directivos de los hospitales necesitan relacionarse con muchas autoridades, las de su propia sección y las de secciones vecinas.

Otras formas transitorias de atención

La red de hospitales de día está formada por 53 unidades. El número promedio de plazas es de 4 por cada 100 000 habitantes (16). El tratamiento domiciliario es otra forma de hospitalización parcial que ha prevalecido por muchos años en algunos centros, pero esta forma de tratamiento se practica ahora en raras ocasiones y representa un porcentaje insignificante en el país.

El empleo protegido está representado por talleres protegidos que significan 5 000 puestos de trabajo de granja y de trabajo en general para los pacientes. Uno de los problemas del empleo protegido es la poca diversidad de trabajo que puede ofrecer.

Lo que aún no se ha hecho es dar protección en el aspecto de la vivienda, con excepción de algunos casos en que ésta se proporciona en casas de huéspedes de grandes ciudades.

Otras instituciones

Los asilos para pacientes psiquiátricos crónicos ancianos y los asilos para retrasados mentales son los que mandan a los pacientes a las clínicas y hospitales antes mencionados, los cuales tienen 22.2 y 57.1 plazas por cada 100 000 habitantes, respectivamente (16).

Habiendo descrito las diferentes formas de atención psiquiátrica, vale la pena resumir las características más importantes de estas instalaciones: una importante concentración de camas en los grandes hospitales que cubren áreas de recolección bastante extensas; un

número reducido de hospitales de día y bastante separados entre sí y una gran cantidad de clínicas para pacientes externos diseminadas por todo el país. La siguiente característica del sistema de atención es que en la mayoría de los distritos, las facilidades para pacientes internos y externos pertenecen a distintas unidades y están bajo la autoridad de diferentes cuerpos. Esta situación prevalece en casi todos los distritos que no tienen su propia unidad para pacientes internos y que asisten a un hospital mental. De este modo el hospital es una institución separada que pertenece directamente a las autoridades de la región o sección, mientras que la clínica para pacientes externos, aun formando parte del centro de salud del distrito, pertenece a las autoridades locales del distrito. Cuando un distrito está equipado con una sala para pacientes psiquiátricos en un hospital general, obviamente tanto la sala como la clínica para pacientes externos están bajo las autoridades locales del distrito.

III. SISTEMA DE ATENCION PSIQUIATRICA ANTES DE LA DESCENTRALIZACION

Sistema de atención para pacientes internos

Antes de la descentralización, todos los pabellones de los hospitales estaban divididos en salas de admisión y en salas de estancia prolongada. La gran mayoría de las salas de estancia prolongada funcionaban como unidades de custodia y solamente algunas de las salas servían como unidades de rehabilitación. Esto se debía, principalmente, a la manera como estaba estructurado el cuerpo de empleados en los hospitales ya que los grupos terapéuticos generalmente estaban formados únicamente por médicos. Debido a la falta de enfermeras comunitarias y de trabajadores sociales sólo se hacía un análisis de las necesidades sociales de los pacientes, y es por ello que muchos de ellos permanecían en las salas de estancia prolongada debido, únicamente, a sus problemas sociales (como por ejemplo: al problema de falta de alojamiento). A los pacientes atendidos en estas salas se les consideraba prácticamente como residentes permanentes, sin esperanzas de que los dieran de alta. El aburrimiento, las carencias y la sensación de falta de perspectivas eran las características dominantes del ambiente de estas salas. Todo ello hacía que los pacientes y los empleados consideraran las salas de estancia prolongada como peores que las salas de admisión.

La manera como estaban estructurados los hospitales también influía negativamente en el trabajo de los empleados de las salas de corta estancia. A menudo sucedía que a los "pacientes difíciles", principalmente a aquellos que tenían una situación social complicada, se les cambiaba bruscamente de una sala de corta estancia a una de estancia prolongada. En lugar de resolver los problemas de los pacientes para que se les pudiera dar de alta, el empleado de la sala de admisión simplemente transfería al paciente a una sala de estancia prolongada.

Esta misma estructura influía de manera negativa en la continuidad del cuidado hospitalario. Cuando

después de haber admitido a un paciente al hospital, se le tenía que tratar en una sala de admisión, la decisión de a qué sala se le iba a enviar, dependía de la disponibilidad de las camas en las diferentes salas. A veces también dependía del estado clínico del paciente, ya que en algunos hospitales había salas especiales para aquellos pacientes que estuvieran muy deteriorados. Como consecuencia, frecuentemente se hospitalizaba sucesivamente al paciente en diferentes salas; esto provocaba que en cada ocasión se encargara del paciente un equipo diferente. Este sistema, al igual que el creciente número de admisiones, lógicamente dio como resultado la sobrepopulación de los hospitales y el constante crecimiento de la cantidad de pacientes de estancia prolongada. En 1970, el índice del uso de camas ocupadas ascendía a 155%. En el mismo año, el 54% de los pacientes permaneció durante más de un año en el hospital, y el 32%, más de cinco años (16).

Sistema de atención para pacientes externos

La característica más importante del sistema de atención para pacientes externos era que las clínicas para pacientes externos no tenían relación con los hospitales y funcionaban independientemente. La estructura de los hospitales antes mencionada, hacía que los pacientes que vivían en el área de recolección de la clínica para pacientes externos permanecieran todo el tiempo bajo cuidado en distintas salas del hospital, por lo que era prácticamente imposible llevar a cabo una acción conjunta del equipo del hospital y del equipo de la clínica. Si el psiquiatra de la clínica para pacientes externos quería mandar a sus pacientes con el médico del hospital o quería resolver los problemas de los pacientes junto con el médico del hospital, tenía que ponerse en contacto con los médicos de varias salas del hospital. A su vez, los médicos del hospital tenían que cooperar con casi todas las clínicas para pacientes externos en el área de recolección del hospital. La única forma de cooperación que había existido entre los hospitales y las clínicas para pacientes externos, antes de la descentralización, era que el hospital informara a la clínica cuando daba de alta a un paciente. Entonces el hospital mandaba a la clínica una tarjeta especial de alta, en la que iba resumido el curso de la enfermedad del paciente. En teoría, el hospital tenía la obligación de enviar esta tarjeta durante las siguientes dos semanas después de dar de alta al paciente.

Hasta los años setenta, las clínicas para pacientes externos funcionaban principalmente como consultorios que solamente atendían a los pacientes que acudían personalmente. La clínica no tenía ningún interés en los pacientes que no acudían a pedir consulta personalmente. Las formas de atención extramuros, como las visitas domiciliarias que hacen los médicos, las enfermeras o los trabajadores sociales, eran raras. Al principio de los años 70 se empezó a extender ampliamente el programa de continuidad de la atención ambulatoria entre las clínicas para pacientes externos (5, 23). De acuerdo con este programa, todos los

pacientes registrados en la clínica para pacientes externos tienen que dividirse en dos grupos: el de atención activa o el de atención pasiva. La clasificación del paciente entre uno de los cuatro grupos depende de la necesidad de cada paciente en particular. Los grupos de atención activa comprenden a aquellos pacientes que necesitan tratamiento médico continuo y/o que necesitan atención de la comunidad. La clínica para pacientes externos tiene la obligación de asegurarles la continuidad del tratamiento. Para lograrlo, la clínica debe organizar y controlar las visitas a los pacientes, hacer visitas domiciliarias cuando el paciente falta a su cita en la clínica, hacerse cargo del postratamiento del paciente una vez que se le da de alta en el hospital, y solucionar los problemas sociales del paciente, si es que existen. Cuando empezó a funcionar este programa había pocas clínicas que hubieran puesto en práctica estas reglas, mientras que en muchas clínicas las únicas acciones que se habían llevado a cabo eran las de dividir a los pacientes en grupos, planear las visitas y enviarle una carta al paciente cuando éste había faltado a su cita. El problema principal que surgió en la implementación del programa era, a veces, la falta de enfermeras comunitarias y de trabajadores sociales.

La falta de cooperación entre las clínicas para pacientes externos y las de atención primaria representaba otro problema. A pesar de que las unidades de atención primaria y las clínicas a menudo están situadas en el mismo edificio, pocas veces se llevaba a cabo la acción conjunta de las dos instituciones; solamente había "cooperación" cuando los médicos de atención primaria enviaban a sus pacientes al psiquiatra, mientras que el transferir a un paciente de la atención especializada de un psiquiatra a la atención psiquiátrica de un médico primario ocurría esporádicamente. Esto hacía que el personal de la clínica para pacientes externos estuviera excesivamente ocupado en la atención a largo plazo de los pacientes que, de hecho, no necesitaban atención psiquiátrica especializada intensiva.

Otro problema del sistema de atención actual es la falta de un coordinador de atención psiquiátrica en el área de recolección de la clínica para pacientes externos. En parte, este papel era el que jugaban los especialistas en psiquiatría de la región, pero el problema era que no llenaban los requisitos necesarios para la coordinación ya que el distrito de salud es solamente uno de los diversos distritos de la región, por lo tanto no había quien tomara decisiones en el programa de la atención psiquiátrica completa a nivel de distrito.

Para concluir, mencionaremos que había serios problemas en el sistema de atención antes de la descentralización. El más importante era el hecho de que la organización anterior no había previsto el potencial de trabajo para un patrón de atención continua. La estructura de las salas del hospital había fragmentado la continuidad de la atención de tiempo completo, y la falta de integración de los hospitales y de las clínicas para pacientes externos hizo que la continuidad de la atención de tiempo completo y de postratamiento fuera imposible. De este modo, debido a la falta de

empleados paramédicos en las clínicas para pacientes externos era difícil poder dar atención activa en el postratamiento. El segundo problema importante era la falta de cooperación entre los psiquiatras y los médicos de atención primaria. El mal ambiente en los hospitales y la discriminación de las salas de estancia prolongada son otros de los problemas del sistema de atención actual.

IV. CONCEPTO DE DESCENTRALIZACION

La descentralización es la regionalización en forma desarrollada y extensa de los servicios de atención a la salud mental. Representa subdividir las áreas de recolección de los hospitales grandes en unidades territoriales más chicas y poner en contacto a los pabellones descentralizados con las clínicas para pacientes externos que cubren una extensión definida.

La descentralización es la reorganización de los recursos ya existentes. Debería considerarse como el paso transitorio de la organización de la atención para una población definida en el sistema de una amplia red de hospitales mentales de gran tamaño y de otra restringida de clínicas para pacientes psiquiátricos externos. En el futuro, se espera que las salas descentralizadas de los hospitales mentales de gran tamaño serán reemplazadas sucesivamente por salas psiquiátricas en los hospitales generales.

El modelo teórico de la descentralización es como sigue (1, 2, 8, 10):

—Primero: La descentralización se aplica a la atención psiquiátrica general para adultos y no incluye atención para otros grupos de pacientes. Por lo tanto, el hospital está dividido en salas generales y en salas especializadas. Las salas especializadas se encargan de los pacientes psiquiátricos tuberculosos, con enfermedades somáticas, con enfermedades neurológicas y de los niños. Estas salas, que albergan por separado a los diferentes tipos de pacientes antes mencionados, cubren toda el área de recolección de un hospital. Además, en algunos hospitales hay salas especiales para los pacientes enviados por la corte criminal. Tales salas cubren el área de recolección propia así como las áreas de recolección vecinas de los hospitales que no tienen este tipo de unidades.

—Segundo: A cada sala general se le asigna un área geográfica definida (llamada subregión), formada por algunos distritos de salud. Esta división del área de recolección en subregiones asegura un volumen de trabajo similar en los diferentes pabellones generales. Por lo tanto, debería hacerse un análisis detallado del promedio de admisiones en todos los distritos de salud del área de recolección antes de llevar a cabo la descentralización y de asignar a los pacientes a pabellones descentralizados. Cuando se haya hecho la división completa y se introduzca la descentralización, todos los pacientes internos de una región en particular, hasta entonces esparcidos en distintos pabellones, serán transferidos a su pabellón descentralizado.

—Tercero: Los pabellones descentralizados ofrecen servicio de tiempo completo para toda la población que viva en una determinada subregión, excepto para aque-

llas personas que necesiten tratamiento en salas especializadas. Los pabellones descentralizados se encargan de los nuevos pacientes así como de los pacientes de estancia prolongada y les ofrecen un programa terapéutico básico y uno de rehabilitación, de manera que todos los pacientes de una determinada subregión permanecen bajo la atención de los mismos empleados, y el mismo jefe de sala supervisa todo el tiempo el tratamiento hospitalario de estos pacientes. De este modo, el pabellón descentralizado se convierte en un sustituto de la sala para pacientes psiquiátricos del hospital general.

Se esperaba que la reestructuración de los hospitales que se ha descrito diera como resultado la continuidad de la atención hospitalaria, mejorara las condiciones de la estancia de los pacientes en el hospital y cambiara el ambiente hospitalario. También se esperaba que el trabajo se hiciera más expedito y que les disminuyera el volumen de trabajo a los empleados. Sobre todo, se esperaba que disminuyera la sobrepoblación de los hospitales.

—Cuarto: Los pabellones descentralizados tienen la obligación de estrechar lazos con las clínicas psiquiátricas para pacientes externos situadas dentro de la región. Esta cooperación debería llevar a una integración funcional de los empleados del pabellón y de los empleados de la clínica para pacientes externos de manera que se formara un equipo terapéutico. Se esperaba que el mecanismo principal de esta integración fuera el cambio de actitud del jefe de sala y del médico de sala. El nuevo sistema debería aumentar el interés del equipo de trabajo de la sala en el programa a largo plazo y en el trato con el paciente en lugar del interés que antes ponía en el tratamiento del paciente únicamente durante su estancia. Debido a que el pabellón descentralizado es responsable de la atención del paciente en una población determinada, el equipo de trabajo del pabellón ya no puede seguir descuidando las clínicas para pacientes externos. Si no hay cooperación con las clínicas y, por lo tanto, no se asegura la continuidad de la atención extramuros, el número de pacientes de larga estancia aumentará y el pabellón se sobrepoblará. El interés del jefe de psiquiatría de la sala en la continuidad de la atención debería dar como resultado el mejoramiento de los medios y del nivel de atención en la región. Por lo tanto, se esperaba el establecimiento de clínicas para pacientes externos en áreas que no las hubiera, así como un mejor equipo de empleados en las clínicas; aumentaría la disponibilidad de las clínicas de tiempo compartido y mejoraría la continuidad del tratamiento del paciente, después de dársele de alta. También se esperaba que el equipo de trabajo de la sala ayudaría a la clínica a que se concentrara más en su quehacer más importante: la atención a los pacientes en el momento de mayor riesgo de hospitalización.

Era necesaria la integración funcional del pabellón y la clínica en los distritos equipados con clínicas de tiempo completo para pacientes externos. En lugar de eso se postuló la integración personal en los distritos cubiertos por clínicas de tiempo parcial. Esto representaba emplear en la clínica al médico de un pabellón

descentralizado.

—Quinto: El psiquiatra jefe de un pabellón descentralizado es el coordinador de la atención a la salud mental en su región. Tiene la obligación de supervisar la actividad de todas las instituciones de la región, de analizar las necesidades de la población en todo lo relacionado con la salud mental y de sugerir medidas que mejoren la atención a la salud mental a las autoridades del distrito de salud. Por lo tanto, se esperaba que mejorara la estructura de las instituciones de atención a la salud mental, particularmente el desarrollo de formas transitorias de atención, tales como: hospitales de día, de noche y unidades de empleo protegido.

El modelo de descentralización presentado se aproxima bastante a las leyes de organización puestas en práctica o recomendadas para la atención psiquiátrica en Francia y en el Reino Unido. En Francia, los principios oficiales de sectorización han sido obligatorios desde 1960. El programa contiene instrucciones detalladas para el desarrollo de una atención psiquiátrica completa basada en unidades pequeñas de población. Representa una desconcentración completa de las instituciones psiquiátricas para pacientes internos por medio de un cambio a un servicio que tenga como base las salas del hospital general e incluye instrucciones detalladas acerca de la forma en que los sectores deberán equiparse por medio de instituciones extramuros (14, 15). El programa de descentralización difiere del anterior en varios puntos. Primero, el cúmulo de problemas con los que hay que lidiar es menor y el programa trata de mejorar solamente algunos elementos de la administración para la atención. La segunda diferencia importante entre la sectorización y la descentralización está en el método de asegurar la continuidad de la atención para los pacientes. En el modelo de sectorización, la atención se ofrece por medio de equipos terapéuticos responsables de todos los servicios de un sector determinado y el mismo equipo ofrece atención hospitalaria y extramuros. Sin embargo, en el programa de descentralización la continuidad de la atención tiene que estar asegurada por dos equipos (un equipo del hospital y un equipo para pacientes externos) que estén funcionalmente integrados.

El modelo británico de la subdivisión de hospitales psiquiátricos grandes también varía del programa de descentralización en cuanto al equipo de integración terapéutica. En forma similar a la descentralización, el programa propone dividir a la población que vive en el área de recolección del hospital en subpoblaciones más chicas, pero generalmente asigna un equipo terapéutico a una subpoblación determinada (3). El equipo tiene que proveer atención hospitalaria y atención extramuros. El segundo elemento que diferencia a los programas de subdivisión y de descentralización es que, en la implementación práctica de la subdivisión se usan muy frecuentemente dos tipos de salas para abastecer a una subpoblación en particular: la de corta estancia y la de larga estancia (19), mientras que la descentralización considera únicamente necesaria una sala para una subregión dada. Ahí se trata tanto a los pacientes de nuevo ingreso como a los de larga estancia. En muchos

aspectos, la descentralización se parece a la autonomía de los hospitales grandes de los Estados Unidos. Sin embargo, a la autonomía siguió la descentralización del hospital y la autonomía de sus salas o unidades (17).

V. PUESTA EN PRACTICA DE LA DESCENTRALIZACION

Fases

La idea de la descentralización empezó a manejarse espontáneamente en Gniezno, un hospital psiquiátrico, al final de los 60 (13). Simultánea e independientemente se introdujeron algunas reglas de descentralización en el hospital psiquiátrico de Lubiaz (20). A estos hospitales los siguieron otros dos en 1970, el de Jaroslaw y el de Drownica (11, 21).

Cuando se comentaba el programa de descentralización se tenían en cuenta algunos problemas (2, 4). Entre ellos, el más común era el que limita a un paciente el derecho de escoger a un médico y una sala en particular. Las personas que estaban en contra de la idea señalaron que el poner en contacto a un paciente con un equipo terapéutico podía tener sus desventajas porque un paciente que desconfiara de un equipo no podría elegir otro. Estas personas decían que cuando a un paciente lo trata siempre el mismo equipo, la probabilidad de cometer errores de diagnóstico puede ser más alta ya que no existe la posibilidad de que los médicos de otras salas puedan corregir sus errores.

Se hicieron más críticas a la posibilidad de poner en práctica el programa de descentralización que al concepto en sí. Según las personas que estaban en contra, los principales obstáculos eran: el tamaño de las salas (a veces de hasta 200 camas), las dificultades para modernizar los edificios antiguos y las grandes distancias de los hospitales a algunas clínicas para pacientes externos. Sin embargo, en otras pláticas sucesivas, se habló más de los efectos positivos de la descentralización y, por lo mismo, el 83% de los hospitales voluntariamente introdujeron este sistema a fines de 1973. En el siguiente año, 1974, el Ministro de Salud y Bienestar Social aceptó las reglas de la descentralización y recomendó que se pusiera en práctica en todo el país (22). Actualmente, todos los hospitales psiquiátricos grandes ya han puesto más o menos en práctica estas reglas.

Los modelos prácticos de implementación y las formas más comunes de alejarse del modelo teórico

En la práctica existen tres modelos para conectar a los pabellones con sus subregiones (16). El primero de ellos representa el modelo teórico en el que existe la conexión del área definida con un pabellón descentralizado. Las barreras territoriales de la subregión son las mismas para hombres y mujeres. Esto se logró al establecer un pabellón subregional mixto coeducativo y al crear subpabellones para hombres y mujeres que viven en una subregión. Muchos hospitales adaptaron edificios antiguos y crearon pabellones más pequeños que los ya existentes, pues la experiencia demostró que

la máxima capacidad de un pabellón descentralizado no debe exceder las 60 ó 70 camas.

El segundo modelo se basa en distintos territorios subregionales para hombres y mujeres y ésta es la razón por la cual las barreras territoriales para pabellones subregionales para mujeres no son las mismas que las de los hombres. Esta diferencia a menudo se ha debido al tamaño desigual de los pabellones y a sus características arquitectónicas; a veces, a la adaptación apropiada de un pabellón, por ejemplo: dividirlo en dos pabellones más pequeños, ha sido difícil. A veces la actitud prejuicial en contra de la creación de pabellones mixtos es la razón principal de esta diferencia.

En el tercer modelo, en el que se conecta el pabellón con la población, la primera solución se aplica en algunas subregiones mientras que la segunda solución funciona en otras subregiones.

Otra dificultad para aplicar la regla de tratar a todos los pacientes en el pabellón de su propia región (excepto a aquellos que necesitan el tratamiento en los pabellones especializados) es que en algunos hospitales todavía hay pabellones para pacientes de estancia prolongada o para pacientes muy deteriorados (6, 9).

Aparte de las situaciones antes descritas, la regla de conectar totalmente una población en particular con el pabellón de una subregión, en principio se ha puesto en práctica. Sin embargo, el paciente tiene la posibilidad de que se le trate en otro pabellón que no sea el descentralizado, si es que así lo desea. Esto puede suceder cuando el paciente ha estado bajo el cuidado de un médico de otro pabellón descentralizado durante mucho tiempo o cuando las quejas del paciente acerca de la falta de atención en su propio pabellón son razonables.

La integración funcional de un pabellón descentralizado con las clínicas para pacientes externos que dan servicio a la misma región se lleva a cabo en varias formas (10):

—El pabellón informa a la clínica para pacientes externos cuando da de alta a un paciente. Además de la tarjeta en la que se notificaba el alta del paciente, ahora manda un mensaje telefónico a la clínica para pacientes externos inmediatamente después de darlos de alta.

—El pabellón informa a la clínica acerca de las altas que tiene planeado dar a pacientes que tienen una situación social complicada para que los empleados de la clínica para pacientes externos se encarguen de buscarles empleo y alojamiento, así como de otros asuntos vitales, antes de que los pacientes regresen a su comunidad.

—El pabellón informa a la clínica cuando le da permiso al paciente de permanecer una larga temporada fuera del hospital. Durante esta permanencia del paciente fuera del hospital, la clínica le da cuidado intensivo e informa al pabellón acerca de los cambios importantes del estado o situación del paciente.

—El pabellón envía sistemáticamente a la clínica, listas de los pacientes que necesitan atención intensiva extramuros, principalmente de aquellos a quienes se ha readmitido varias veces en el hospital.

—El médico encargado del pabellón visita sistemáticamente la clínica para poder tratar los problemas más difíciles de los pacientes.

—El psiquiatra de la clínica para pacientes externos asiste a las reuniones más importantes de los médicos en el hospital y, además, visita a sus pacientes durante su estancia en el pabellón.

VI RESULTADOS

La información obtenida nos demuestra que gracias a la descentralización se operaron *cambios ventajosos en el funcionamiento de los hospitales mentales*.

La descentralización influyó positivamente en la modernización de los hospitales debido a la mejora en su estructura social y organizativa. Como resultado del cierre o, por lo menos, de la disminución considerable del número de pabellones para larga estancia, las áreas de aburrimiento, monotonía, carencia y soledad, han desaparecido completamente o se han reducido considerablemente. También el número de pacientes con síntomas dramáticos de agresividad, negativismo e inhibición ha disminuido. Ello se debe, por un lado, al cierre de pabellones para pacientes muy deteriorados y a su redistribución en otros pabellones. Por otro lado, se han podido observar algunos cambios de conducta en los pacientes. Desde que se llevó a cabo la descentralización, los pacientes regresan al pabellón con más entusiasmo y su adaptación a la hospitalización es más fácil ya que consideran el pabellón como el suyo propio. El hecho es que la descentralización cumple con las necesidades de la comunidad terapéutica y permite su introducción. Se han podido observar mejores relaciones entre los pacientes y los empleados, y entre los pacientes entre sí, así como una mayor actividad del propio gobierno de los pacientes (1, 2, 4, 13, 20, 21).

La descentralización ayudó a que disminuyera el autoritarismo de las personas que manejan el hospital así como de los encargados de los pabellones. Propició la igualdad de los pabellones, les dio independencia y, obviamente, hizo que el trabajo de los empleados fuera más activo y constructivo. Debido a la igualdad de derechos y condiciones de los pabellones, ahora puede evaluarse con mayor objetividad su actividad (2, 11).

El mejoramiento del ambiente de los pabellones hace que la atención a los pacientes sea también mejor. Numerosas opiniones consideran que el trabajo de los médicos y de las enfermeras es más fácil ahora, principalmente en el caso de los pacientes con problemas de larga duración y con episodios recurrentes (4, 11, 13, 20, 21). De acuerdo a los médicos, el diagnóstico puede darse más rápidamente y se puede empezar antes el tratamiento cuando se trata siempre al paciente en el mismo pabellón, ya que es más fácil usar la información obtenida de sus historias clínicas anteriores. El procedimiento de admisión y el trabajo del médico que está de guardia es más fácil también. Únicamente tiene que referir al paciente al pabellón que les corresponda por su lugar de residencia, en lugar de buscar una cama vacante en distintos pabellones, como había sucedido anteriormente. La opinión

de las enfermeras es que para ellas es más fácil cuidar a los pacientes bajo este sistema, ya que debido a que ven continuamente a los mismos pacientes, los conocen mejor. También se ha comentado que debido a la descentralización, los empleados del hospital tienen menos trabajo y se sienten más a gusto con sus pacientes (20).

El efecto más importante de la descentralización es el mayor aprovechamiento de los hospitales. En 1974 se llevó a cabo un análisis detallado del movimiento de pacientes en 12 hospitales que habían introducido el sistema de descentralización durante los años de 1968 a 1972 (6).

En el estudio se halló que después de introducir la descentralización, los hospitales dieron de alta a alrededor de 2 000 pacientes más que en un lapso de tiempo similar anterior a la descentralización. La ocupación de las camas en estos hospitales bajó de 99% a 87%. La comparación con hospitales control muestra que hubo una disminución importante solamente en los hospitales descentralizados y únicamente después de la descentralización.

Los resultados del estudio que se acaba de mencionar también prueban que al principio de la descentralización disminuyó definitivamente el proceso de la sobrepoblación en los hospitales. Tenemos evidencia de que este efecto persiste. En 1970, cuando la descentralización se había introducido solamente en unos pocos hospitales, la cantidad de pacientes que permanecía en todos los hospitales psiquiátricos era de 11 por cada 10 000 habitantes. Durante ese mismo año, los pacientes que permanecían por lo menos 1 año en el hospital representaban el 54% del total. Sin embargo, en 1981, cuando se llevó a cabo por completo la descentralización, el porcentaje de pacientes que permanecía en todos los hospitales psiquiátricos, disminuyó a 7.6 por cada 10 000 habitantes del total de la población y el porcentaje de los que permanecían más de un año, bajó a 46% (16).

El aumento en la accesibilidad a las clínicas para pacientes adultos externos es uno de los mayores logros obtenidos en el campo de la atención a pacientes externos. Durante los años de 1970 a 1981, el porcentaje de clínicas de tiempo completo (abiertas los 5 días de la semana) aumentó del 48% al 63%. Por otro lado, el porcentaje de clínicas abiertas solamente un día a la semana, disminuyó del 22% en 1970, al 10% en 1981. En los cinco años precedentes a la descentralización (1965-1970) el promedio de clínicas abiertas cinco días a la semana era constante y ascendía a 46-48%. En forma parecida, se produjeron cambios mínimos en el número de clínicas abiertas una vez a la semana.

En muchas regiones, la descentralización también contribuyó a aumentar la estabilidad de las clínicas para pacientes externos. Las autoridades locales tienen una mejor comprensión de los problemas de la atención psiquiátrica y la importancia que se les da a los mismos ha aumentado. Debido a ello, los medios de transporte para las visitas familiares son a veces más accesibles y es posible hacer uso de los servicios de los trabajadores sociales no psiquiátricos (empleados en centros de

salud regionales) con fines psiquiátricos (2).

La integración del pabellón con las clínicas para pacientes externos se lleva a cabo de diferentes formas en distintas áreas. Muchas regiones con clínicas de tiempo parcial, para pacientes externos han implementado la regla de emplear en la clínica al mismo médico que trabaja en el pabellón descentralizado. Sin embargo, el procedimiento no es común. A su vez, la cooperación entre el pabellón y la clínica de tiempo completo para pacientes externos se ha puesto en práctica totalmente en algunas áreas, mientras que en otras se da el caso de que un pabellón y una clínica para pacientes externos estén funcionando de manera completamente independiente (7, 9). La falta de integración total acontece principalmente en los distritos que están lejos de un hospital. En muchos de estos distritos, la única forma de cooperación entre estos dos establecimientos es que el pabellón informe inmediatamente a la clínica para pacientes externos cuando da de alta al paciente.

Una forma bastante frecuente de integración funcional entre pabellones y clínicas para pacientes externos es que un pabellón dé de alta a los pacientes para una larga temporada y los refiera con un médico para pacientes externos durante su permanencia fuera del hospital (2). Otra forma de cooperación frecuentemente utilizada es que el pabellón mande a la clínica listas de pacientes que necesiten atención intensiva extramuros debido a sus frecuentes readmisiones al hospital. Sin embargo, en muchas áreas la cooperación se limita a una o dos de estas formas y no incluye otras formas posibles de integración (7, 8).

En general, se ha llevado a cabo en forma poco satisfactoria la integración funcional de los pabellones y de las clínicas para pacientes externos, cuando se compara con lo que se esperaba. Sin embargo, la situación actual es mucho mejor de lo que era antes. Por ejemplo, antes de la descentralización era prácticamente imposible introducir la práctica de atención intensiva para pacientes externos durante la permanencia de los pacientes fuera del hospital. También era imposible para el hospital enviar a la clínica listas de pacientes que tuvieran un alto riesgo de hospitalizarse. Debido a la descentralización, se creó una base para la cooperación entre el pabellón y la clínica para pacientes externos. Por otro lado, con la descentralización también se obtuvo un efecto positivo que no se esperaba. En algunas áreas se ha puesto en marcha la cooperación entre psiquiatras y médicos de atención primaria. Se entrenó a los médicos de atención primaria interesados en la psiquiatría y se les enviaron los pacientes que no necesitaban atención psiquiátrica especializada. Entre otros, se les enviaron algunos pacientes psicóticos para que estuvieran bajo su cuidado. De este modo, los psiquiatras que trabajan en las clínicas para pacientes externos pueden dedicar más tiempo a los pacientes que necesitan atención psiquiátrica sistemática e intensiva.

VII. ANALISIS CRITICO DEL CONCEPTO Y DE LA EXTENSION HASTA LA CUAL SE HAN LOGRADO ALCANZAR LAS EXPECTATIVAS

La mayoría de los ventajosos cambios arriba mencionados, en el funcionamiento de los hospitales mentales, son de naturaleza difícilmente mensurable, por lo que las opiniones, los juicios y las observaciones fueron las herramientas que más se usaron en la evaluación. No puede decirse que con este sistema se hayan alcanzado todas las metas deseadas a través del país. En algunos hospitales en particular hay diferentes situaciones dominantes, y algunas metas parecen haberse alcanzado más que otras. Sin embargo, la opinión general en sentido afirmativo es bastante común como para admitir que se ha llevado a cabo una mejoría evidente, en menor o mayor grado, en el funcionamiento de todos los hospitales mentales, después de haberse introducido la descentralización.

La siguiente duda que debe discutirse es la que se refiere a si la descentralización es la única razón de que hayan aparecido algunos ventajosos cambios mensurables, tales como la disminución del número de enfermos hospitalizados y de pacientes a largo plazo, así como el establecimiento de clínicas para pacientes externos. El evidente dinamismo de estos cambios en el periodo posterior a la descentralización, y la ausencia de este método y hasta la tendencia revertida anterior a la descentralización son puntos muy importantes, pero no demuestran que la descentralización sea la única causa de los efectos que se obtuvieron. No puede descartarse el progreso de la psiquiatría en general, ni las nuevas tendencias tales como la psiquiatría comunitaria. Cambiaron algunas de las actitudes de los psiquiatras: por ejemplo, ahora se usan más los métodos socioterapéuticos. Aparentemente, hasta cierto grado, los efectos que se obtuvieron fueron el resultado de haber contratado nuevos psiquiatras, específicamente, aquéllos recientemente capacitados. El programa de su entrenamiento de pre y posgrado incluye ahora muchos más elementos de medicina comunitaria y de psiquiatría comunitaria que los programas de hace algunos años. Es por ello que la descentralización debe considerarse muy importante, pero no como la única razón de los efectos que se han obtenido. El siguiente punto de importancia es el que se refiere a algunos efectos negativos colaterales, que acompañan a los cambios que han resultado ventajosos. En el campo del funcionamiento de los hospitales mentales se han logrado las expectativas en un alto grado, pero han surgido nuevos problemas que el modelo teórico no solucionó. El hecho de que tanto los pacientes a largo plazo como los nuevos pacientes permanezcan juntos en el mismo pabellón, puede tener en éstos una influencia negativa. El comportamiento de los pacientes violentos, por ejemplo, puede hacer que los demás pacientes se sientan amenazados. La estructura heterogénea de la población hospitalizada causa también dificultades para organizar programas apropiados de rehabilitación terapéutica para pacientes a largo plazo. Por lo anterior, a menudo es necesario dividir un pabellón en dos, para estos dos grupos de pacientes.

El problema que plantea la diferenciación de programas terapéuticos para algunos grupos diagnósticos de pacientes, como los neuróticos y los alcohólicos, es también muy importante. En los hospitales mentales

se puede encontrar fácilmente la solución a este problema, debido a que pueden usarse las unidades de rehabilitación y las socioterapéuticas externas para aquellos grupos especiales de pacientes provenientes de todas las regiones. Esto será más difícil cuando los pabellones descentralizados se sustituyan por pabellones psiquiátricos en los hospitales generales. En los países en los que el cuidado psiquiátrico se ha desconcentrado en un alto grado, son bien conocidas las dificultades para solucionar el problema de la variedad de funciones que se espera lleve a cabo la unidad de pacientes internos en un hospital general.

Al revés del relativamente alto grado de mejoramiento en el funcionamiento de los hospitales, aún no ha logrado alcanzarse satisfactoriamente el mejoramiento del cuidado externo. La red de clínicas para enfermos externos y su accesibilidad, sin duda han aumentado, pero la regla de continuidad del cuidado externo y hospitalario no se ha puesto en práctica en muchas áreas, especialmente en las zonas alejadas del pabellón subregional. Es evidente que en la práctica, la esperada integración funcional del pabellón subregional y la clínica de pacientes externos en dichas áreas, sólo se han implementado parcialmente y en algunas áreas no se han establecido para nada. Probablemente, en algunos distritos en los que el pabellón coopera satisfactoriamente con la clínica, a pesar de la distancia que haya entre las dos, el éxito se debe a que los médicos que trabajan en estas instituciones están considerablemente involucrados emocionalmente. Por estar altamente motivados, pueden solucionar las barreras técnicas que pueden surgir debido a la lejanía, como pueden ser los inconvenientes del transporte público. Desgraciadamente, no se les puede pedir a todos los médicos que se involucren de esta manera tan positiva.

A veces la distancia ha llegado a convertirse en un serio obstáculo para los médicos que trabajan en los pabellones subregionales cuando se trata de controlar al personal de las clínicas de medio tiempo, pues a veces sucede que la clínica del distrito perteneciente a la subregión, se encuentra mucho más lejos de su "propio" hospital que del hospital del distrito vecino. En estos casos no es razonable que un médico del hospital "central" tenga que viajar muchos kilómetros, cuando el médico del hospital del distrito vecino está muy cerca de la clínica. Además, los médicos trabajan en las clínicas de medio tiempo como un empleo adicional.

Si un médico de un pabellón subregional no desea manejar una determinada clínica de medio tiempo, no se le puede obligar a hacerlo. Es por ello que no se han alcanzado las expectativas de integrar los pabellones subregionales con las clínicas para pacientes externos, que se encuentran demasiado apartadas. En las áreas

situadas cerca de los hospitales sí se ha conseguido la integración en un grado mucho más alto, aunque no completamente. La falta de iniciativa de los jefes de psiquiatría de los pabellones, o la actitud negativa de algunos psiquiatras de clínicas para pacientes externos hacia la cooperación y la sumisión al jefe de psiquiatría del pabellón, son, probablemente, las razones principales del fracaso en algunas áreas. El prestigio y la ambición, así como el hecho de que algunos médicos tengan poca experiencia en el trabajo de equipo, parecen ser las principales razones.

Otra de las causas del fracaso de la implementación del programa de descentralización es que es difícil emplear trabajadores sociales en psiquiatría. La idea de incluir a los trabajadores sociales en un equipo de trabajo, ha sido generalmente aceptada en principio. En muchas instituciones, el empleo de trabajadores sociales ha aumentado mucho, sin embargo, todavía existe una gran tendencia a reunir médicos y enfermeras en los equipos terapéuticos. En muchas áreas han fracasado los intentos de emplear a trabajadores sociales. Este es el resultado de la poca disponibilidad de estos trabajadores, debido a que esta es una profesión relativamente nueva en Polonia. Aunque su número ha ido en aumento, aún es insuficiente. En algunos distritos, el uso de trabajadores sociales no psiquiátricos, empleados en los centros distritales de salud, resultaron ser una solución parcial al problema. La falta de estos trabajadores, sin embargo, frecuentemente resulta ser también un serio obstáculo para la implementación de esta iniciativa, pues en muchas áreas hay insuficiencia de trabajadores sociales para la atención primaria.

Un problema más que se hizo evidente al implementar las reglas de la descentralización, se refiere a las dificultades que se encontraron para desarrollar algunas formas transitorias de atención. En algunos casos, las barreras técnicas, como la dificultad para conseguir personal para el hospital de día en un distrito en el que faltara el psiquiatra de tiempo completo, representaron los obstáculos principales; pero en otras áreas, la actitud conservadora de las autoridades de la comunidad ha sido la barrera principal.

Algunas iniciativas para colocar a los enfermos mentales en casas grupales, situadas en casas de huéspedes, han fracasado debido a la actitud de las autoridades locales. Según ellos, los demás huéspedes podrían sentirse amenazados. Este temor hacia los enfermos mentales, además de la creencia de que los hospitales mentales son los lugares más apropiados para ellos, ha impedido cualquier intento de colocar al enfermo dentro de la comunidad. Debemos hacer notar que en Polonia es necesario difundir más la educación sobre salud mental.

REFERENCIAS

1. *Dabrowski S: O niektórych metodach usprawnienia leczenia psychiatrycznego (On Some Methods of Improving Psychiatric Health Care). Biuletyn*

- Instytutu Psychoneurologicznego 1, 64-68, 1970.*
2. *Dabrowski S: Subregonizacja (Subregionalization). Psych Pol 4, 345-350, 1974.*

3. Department of Health and Social Security: Hospital Services for Mentally Ill, 3-4, 1971.
4. Dyskusja o subrejonizacji (Discussion on Subregionalization). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 3, 109-119, 1971.
5. *Dziduszko T, Slupczyńska E*: Czynna opieka w otwartym leczeniu psychiatrycznym (Active Care in Psychiatric Out-patient Clinics). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 3, 21-40, 1971.
6. *Dziduszko T, Langiewicz W, Karewicz Z*: Organizacja i efekty subrejonizacji. (Organization and Effects of Subregionalization). *Psych Pol*, 4, 351-360, 1974.
7. *Dziduszko T*: Psychiatryczna i odwykowa opieka zdrowotna w Polsce. (Psychiatric and Antialcoholic Health Care in Poland). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 4, 85-97, 1975.
8. *Dziduszko T*: Tendencje rozwojowe psychiatrycznej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem zmian w 1975 r. (Developmental Trends in Psychiatric Health Care Especially in 1975). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 1, 94-111, 1976.
9. *Dziduszko T*: Zadania szpitali psychiatrycznych w programie poprawy jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej. (Tasks of Mental Hospitals in the Programme of Improving the Quality of Psychiatric Health Care). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 4, 1-14, 1977.
10. *Dziduszko T, Slupczyńska E*: Subrejonizacja jako program zbliżenia psychiatrycznej opieki szpitalnej do środowiska (Subregionalization - a Programme for Developing Linkages Between Psychiatric Inpatient Service and the Community) Conferencia dictada en la *Conference on Social Psychiatry* (Reunión sobre Psiquiatría Social) en Lublin en 1975).
11. *Jaroszewski Z*: Subrejonizacja w szpitalu w Drewnicy (Subregionalization in the Mental Hospital in Drewnica). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 3, 89-96, 1971.
12. *Jaska M, Kliks J*: Subrejonizacja w szpitalu psychiatrycznym (Subregionalization in Mental Hospital). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 1, 69-79, 1970.
13. *Jaska M*: Subrejonizacja w szpitalu w Gnieźnie (Subregionalization in the Mental Hospital in Gniezno). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego* 3, 69-72, 1971.
14. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale. Textes Officiels. (Ministerio de Salud Pública y de Seguridad Social. Textos Oficiales). Circular No. 431 del 14 de marzo 1972, Circular No. 148 de 18 de enero 1971.
15. Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, Service de Presse: Carte de l'équipement psychiatrique. (Ministerio de Salud Pública y de Seguridad Social, Servicio de Prensa: Informe del equipo psiquiátrico). Nota de información No. 47, Application de la Sectorisation en psychiatrie (Aplicación de la Sectorización en psiquiatría). Nota de información No. 77.
16. Rocznik Statystyczny - Zakłady Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej (Statistical Annuals - Psychiatric Health Care Facilities) 1970, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, Instytut Psychoneurologiczny.
17. *Schulberg H C, Baker F*: Unitization: Decentralizing the Mental Hospitalopolis. *International Journal of Psychiatry*, 4, 4, 213-223, 1969.
18. *Slupczyńska E*: Wpływ odległości miejsca zamieszkania od szpitala na częstość przyjęć do szpitali psychiatrycznych (The Influence of the Distance between a Hospital and Patient's Domicile on the Frequency of Admissions to Psychiatric Hospitals). *Psych Pol*, 3, 255-262, 1975.
19. *Slupczyńska E*: Organizacja opieki psychiatrycznej w Wielkiej Brytanii (Organization of Psychiatric Health Care in Great Britain). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 2, 1979.
20. *Thille Z*: Subrejonizacja w szpitalu w Lubiazu (Subregionalization in the Mental Hospital in Lubiaz). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 3, 73-80, 1971.
21. *Walega J*: Subrejonizacja w szpitalu w Jarosławiu (Subregionalization in the Mental Hospital in Jaroslaw). *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 3, 81-88, 1971.
22. Wytyczne Instytutu Psychoneurologicznego oraz Instytutu Matki i Dziecka w sprawie organizacji i zadań psychiatrycznej opieki zdrowotnej (Psychoneurological Institute and Institute of Mother and Child Instructions on Organization and Tasks of Psychiatric Health Care). *Instytutu Psychoneurologicznego*, 1974.
23. Wytyczne w sprawie opieki i dokumentacji w psychiatrycznym leczeniu otwartym (Instructions on Active Care and Patient's Records in Psychiatric Out-patient Care) *Biuletyn Instytutu Psychoneurologicznego*, 4, 5-10.