

# LA SALUD MENTAL EN AMERICA LATINA, 1970-1985<sup>1</sup>

*Renato D. Alarcón<sup>2</sup>*

## INTRODUCCION

Es indudable que tanto en el plano conceptual como en el pragmático la salud mental no se puede desligar de la salud general. En consecuencia, todo enfoque de aspectos de salud mental tiene que referirse, forzosamente, al contexto general de la salud en América Latina. En este sentido, se intentará establecer los hechos, hitos y proyecciones más destacados en torno a la salud en las Américas a partir de 1970 (1, 2).

La población actual de la Región de las Américas excede los 600 millones, de los cuales cerca del 40% corresponde a América del Norte y el 60% a América Latina. Se calcula que para el año 2000 esta última población habrá aumentado un 65%, a unos 608 millones de personas, sobre un total de 898 millones en toda la Región que constituye, a su vez, el 14,5% de la población mundial (3). La tasa de crecimiento natural en América Latina, aunque en descenso, es todavía de las más altas del mundo.

Entre 1970 y 1980 la proporción de la población menor de 15 años en

la Región disminuyó de 36,3 a 33,5%; la declinación en América Latina fue solo de 1,5%, con un incremento en la proporción del grupo de 15 a 44 años de 41,7 a 43,2% y en la del de 65 años y más, de 3,8 a 4,0%. Así, el envejecimiento de la población en América Latina puede no ser muy significativo en términos relativos (0,6% en 20 años), pero en términos absolutos significará un aumento de 13 millones de ancianos hacia fines de siglo. En 1980, por otro lado, la relación entre la población masculina y la femenina fue casi de uno a uno.

Un fenómeno de creciente importancia en América Latina es el de la redistribución geográfica de la población. En 1970 la población urbana constituía el 57,6% de la población total; en 1980 era el 64,5% y se estima que para el año 2000 será el 76,9% (438 millones de habitantes). Esto significa que si en 1980 casi dos de cada tres personas residían en áreas urbanas, en el año 2000 esta razón se elevará a tres de cada cuatro.

El proceso de urbanización de América Latina seguirá también una espiral ascendente. En 1980, 63,5% de la población urbana, es decir 147,6 millones de personas, residía en 230 ciudades, 25 de las cuales sobrepasaban el millón de habitantes, cinco de ellas con más de

<sup>1</sup> Basado en un documento de trabajo presentado en la Reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental (OPS/OMS) celebrada en Panamá en abril de 1985.

<sup>2</sup> Universidad de Alabama en Birmingham, Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Dirección postal: 619 South 19th St., Birmingham, AL 35233, EUA.

cinco millones; en el año 2000 se prevé que el 72,3% de la población urbana (324,4 millones) residirá en 437 ciudades de 100 000 habitantes y más, 47 de ellas con más de un millón y 10 con más de cinco.

En este contexto las llamadas tendencias de salud tienen particular importancia. Entre ellas, la esperanza de vida al nacer resume tanto el efecto de los programas de salud cuanto el desarrollo socioeconómico de los países. Sus estimaciones, sin embargo, dependen en gran medida de la integridad del registro de nacimientos y defunciones y de los datos fidedignos de la distribución por edad de la población. En América Latina, este índice se ha elevado de 58,7 años en 1965-1970 a 62,5 años en 1975-1980; las mujeres sobreviven a los varones un promedio de cuatro años.

Durante la década de 1970 la mortalidad general disminuyó en América Latina de un promedio de 9,4 defunciones por 1 000 habitantes entre 1970-1975 a 8,5 por 1 000 entre 1975-1980, tendencia que continuará hasta el año 2000, cuando se estima que la tasa de mortalidad bruta será de seis defunciones por 1 000 habitantes. Esta declinación se explicaría en parte por la disminución de la mortalidad infantil y de las de muertes por enfermedades transmisibles. Es interesante señalar, sin embargo, el incremento paralelo de la proporción de muertes por enfermedades cardiovasculares, nutricionales y metabólicas. Por último, pero no menos importante para algunos aspectos de salud mental, las muertes por accidentes, suicidios y homicidios aumentaron en la década de 1970 en América Latina, de modo tal que el promedio en este renglón llegó al 15%, en comparación con menos del 10% en América del Norte.

La morbilidad en América Latina no ha cambiado sus patrones en décadas recientes. Así, las enfermedades

infecciosas, diarreicas, respiratorias, de transmisión sexual, víricas y parasitarias no han alcanzado en modo alguno los niveles esperados de reducción. Cabe señalar que, en opinión de muchos autores, se puede prever un aumento considerable en los grupos de población más expuestos a riesgos de contraer enfermedades crónicas y degenerativas, como cáncer y enfermedades cardiovasculares, geriátricas y mentales. En el caso específico de estas últimas, la creciente urbanización, el aumento en la esperanza de vida al nacer y los cambios que se esperan en pautas de comportamiento en los países de la región "han de traer proporciones mayores que las que existen en la actualidad, de neurosis en grado moderado, retardo mental, trastornos convulsivos, alcoholismo y fármaco-dependencia" (2). Los programas de atención de la salud mental tendrán que disminuir cada vez más el énfasis en los aspectos puramente psiquiátricos y orientarse hacia acciones de promoción y prevención (2).

## ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

### Políticas y organización de servicios

La formulación explícita de una política nacional de salud mental en un país conlleva el compromiso formal de todos los organismos gubernamentales de poner en práctica dicha política de manera efectiva por medio de objetivos definidos y logros tangibles (4, 5). Para ello, no solo es necesario decisión y determinación a nivel del poder político

sino también contar con recursos que permitan su materialización. De no ser así, la política formulada se convertiría en una declaración retórica. Lamentablemente, este parece ser el caso en los pocos países que han planteado la necesidad de establecer políticas nacionales de salud mental. Las grandes líneas de acción han sido la descentralización y redistribución de los recursos, la interrelación de las tareas preventivas y, en años recientes, la interrelación entre salud mental y atención primaria (6-9). Como corolario de la tímida presentación de tales políticas, no se cuenta, salvo pocas excepciones, con planes nacionales de salud mental que encaren un desarrollo sistemático de la asistencia y la prevención psiquiátricas, a pesar de la existencia de por lo menos 19 divisiones de salud mental con carácter más o menos autónomo dentro de la estructura de los ministerios de salud.

Dos de las razones por las cuales las divisiones de salud mental no operan con efectividad son su inmersión dentro de la estructura a veces kafkiana de los ministerios y la carencia de personal adecuado. Solo la mitad de los países donde la seguridad social es un ente poderoso cuenta con una dependencia nacional de salud mental dentro del sistema. Finalmente, la legislación sobre salud mental por lo general es obsoleta, ya que situaciones tales como la hospitalización psiquiátrica, tratamientos, derechos de los pacientes y familiares, etc., responden a normas dictadas hace varias décadas.

No todo el panorama es negativo, sin embargo. En varios países, como se señala a continuación, se han planteado claras pautas respecto a la necesidad de una política orgánica de salud mental. En algunos casos, a iniciativa del

propio gobierno, en otros, por la ejemplar dedicación de grupos de profesionales aglutinados en departamentos académicos de psiquiatría o en organizaciones privadas y, en otros más, gracias al estímulo provisto por organismos como la Organización Panamericana de la Salud, se puede hablar de esfuerzos encaminados hacia esta dirección.

**Argentina.** A través del Ministerio de Salud y Acción Social se han elaborado los lineamientos generales para el Plan Nacional de Salud Mental (10). Las recomendaciones declarativas y programáticas de este Plan se centran en la necesidad de una amplia cobertura de la población, la recuperación de profesionales y su actualización en las concepciones modernas de salud mental, la reducción de la capacidad de los grandes hospitales psiquiátricos, el aumento del número de servicios psiquiátricos periféricos (centros de salud mental y servicios de psiquiatría en hospitales generales), la atención a todos los grupos de edad, el mejoramiento de la capacitación profesional, la creación de un Centro Nacional de Capacitación y Acreditación de Agentes en Salud Mental, la aplicación de programas de atención primaria en salud mental y la realización de una investigación epidemiológica a nivel nacional.

**Bolivia.** La Organización Panamericana de la Salud proporcionó asesoría sobre la situación de la salud mental en 1978 y 1984 (11) para ayudar en la formulación de un plan nacional de salud mental que hace hincapié en la regionalización de la atención, mediante la elevación de los tres hospitales psiquiátricos nacionales (en Sucre, Santa Cruz y Cochabamba) a la categoría de institutos con definida cobertura geográfica. Se destaca, asimismo, la optimización del adiestramiento de recursos humanos en todos los niveles. Por su parte, en 1982 el Instituto Nacional de

Psiquiatría Gregorio Pacheco realizó un estudio sobre la asistencia psiquiátrica.

**Brasil.** La VI Conferencia Nacional de Salud celebrada en 1977 examinó un proyecto integrado de salud mental destinado a prestar atención a la población no incluida en la seguridad social. Los lineamientos básicos de este proyecto se referían a la promoción de la salud mental, asistencia a madres gestantes, atención maternoinfantil y del adolescente, y utilización de médicos generales para cubrir el déficit de especialistas (12-14). En 1979 instituciones y organismos del Sistema Nacional de Salud acordaron dar prioridad y expandir la red de servicios básicos de salud, incluidos los de salud mental, en Rio de Janeiro (15). Esta decisión se materializó, por medio de una serie de medidas y disposiciones legales adoptadas en el transcurso de los últimos años, en un proyecto de regionalización y jerarquización de la asistencia médica. Se planteó la erradicación de una política de internación centralizada en macrohospitales, el estrechamiento de vínculos con la comunidad, la ampliación de modalidades terapéuticas aparte del uso exclusivo de fármacos, y el incremento de acciones preventivas.

**Colombia.** Se tiene información de un esbozo de plan y programa de salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud y de la presentación de estrategias para llevarlo a cabo. Las finalidades específicas, articuladas en 1976 (16), serían la ampliación de los niveles de cobertura, acciones a nivel preventivo y mayor productividad de los recursos humanos e institucionales. Se han planteado, además, investigaciones sobre prevalencia de la drogadicción, alcoholismo, retardo mental y suicidio; aumento de camas psiquiátricas por 1 000 habitantes y la prioridad del tratamiento ambulatorio y la hospitalización breve; creación de centros de tra-

tamiento de farmacodependientes; establecimiento de programas de salud mental comunitaria, de vigilancia epidemiológica y de investigación, y proposiciones de cambios curriculares con el fin de formar personal de acuerdo con la realidad del país. A nivel nacional y seccional se ha postulado también la creación de consejos asesores de salud mental.

**Costa Rica.** Existen lineamientos generales de una política de salud mental de acuerdo con las bases del plan nacional de desarrollo 1982-1986 (17). El contenido sustantivo se encuentra en el Programa Nacional de Salud Mental, con el consenso de que existe dispersión de esfuerzos entre los diversos organismos encargados de los programas de salud. En 1984 se planteó integrar una comisión especial para el análisis y planteamiento de criterios y la formulación de términos de referencia para el diseño de un programa nacional de salud mental integral. Existe, además, una propuesta para la regionalización de los servicios de salud mental basada en la redistribución de recursos y en la formación de regiones autosuficientes según áreas geográficas determinadas, dentro de un sistema piramidal, con puestos de salud dedicados a la atención primaria en la base y luego, jerárquicamente situados, centros de salud, hospitales menores con consultas externas y clínicas, hospitales regionales y nacionales (18). La jefatura o coordinación nacional de salud mental tendría carácter coordinador, normativo y ejecutivo.

**Cuba.** El primer plan nacional de salud mental, establecido en 1969, planteaba la necesidad de formar grupos provinciales de salud mental (19). En 1972 se

formuló un nuevo plan con metas definidas en cuanto a atención ambulatoria, formación de recursos y extensión de los servicios de psiquiatría y salud mental a toda la comunidad. La atención psiquiátrica se considera integral, continuada, regionalizada, dispensarizada y se basa en el trabajo en equipo y la participación activa de la comunidad.

**Chile.** Según una consultoría sobre salud mental efectuada por la OPS en 1983 (20) se realizaron algunas mejoras en cinco años. Se ha recomendado para 1985 y años siguientes la organización de grupos interdisciplinarios de apoyo en salud mental en cada una de las facultades de medicina responsables de la provisión de servicios de salud de vanguardia en sus respectivas regiones, y la "capacitación de los capacitadores" mediante labores de educación a los grupos de apoyo que tienen a su cargo el adiestramiento básico del personal periférico.

**Ecuador.** Existe mayor interés en abordar los problemas de salud mental, por lo menos a nivel de planteamientos de la situación y esbozos de planificación (21-23). En 1980 el Ministerio de Salud Pública, por intermedio de la Dirección General de Salud y de la Dirección de Salud Mental, publicó los lineamientos para el Plan Nacional de Salud Mental (24) que establecen prioridades en las áreas de promoción de la salud a nivel preescolar y escolar, educación familiar, encuestas laborales, fortalecimiento y renovación del sistema de servicios y el afianzamiento de la Dirección Nacional de Salud Mental.

**Honduras.** En 1983, con asesoría de la OPS, se examinaron diversos aspectos y actividades de salud mental con el propósito de contribuir a la formulación de objetivos de corto, mediano y largo plazo, la consolidación de algunos planes

de reorganización a nivel nacional y la formulación de lineamientos básicos de una política de salud mental (25). Se concluyó que dicha política debía poner de relieve principios de descentralización, proyección a la comunidad, utilización óptima de un personal polivalente, enfoques de salud mental en un programa de atención primaria, y modernización de programas y establecimientos de tipo tradicional. Se recomendó la formación de una Comisión Nacional de Salud Mental, la cual se constituyó un año más tarde. Se convino en la necesidad de reestructurar la División de Salud Mental a nivel del Ministerio con el fin de que intensificara sus esfuerzos de coordinación, difusión y evaluación de los programas tanto en la ciudad capital como en las distintas regiones sanitarias. Se señaló también la importancia de descentralizar los servicios y extenderlos de los hospitales psiquiátricos a los centros periféricos y rurales.

**México.** La formulación de políticas se ha plasmado sin duda en logros efectivos a nivel de cobertura, calidad y variedad de los servicios e incluso en la disponibilidad de recursos (26). Existen organismos rectores, planificadores y asesores articulados con instituciones proveedoras de la atención en diversos niveles. El sistema o conjunto de sistemas, dentro de los cuales la seguridad social posee significativa envergadura, funciona desde hace varias décadas y ha mostrado flexibilidad suficiente para absorber expansiones y facilitar adaptaciones. Asimismo, México es escenario de interesantes opciones de trabajo conjunto de los sectores público, privado y académico (27).

**Panamá.** Se tiene información sobre un programa de salud mental elaborado en 1979 (28). En 1983 una comisión conjunta del Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social elaboró la revisión final del programa (29), el cual recoge los elementos operativos básicos de la salud mental comunitaria y delinea claramente objetivos, actividades y metodología del equipo de trabajo y de cada uno de sus integrantes.

**Perú.** En 1975, a iniciativa del Ministerio de Salud, se constituyó una comisión especial para elaborar un programa nacional de salud mental (30). Después de analizar la situación en el país, dicha comisión planteó un programa cuya declaración de principios contenía la adopción por el gobierno de los conceptos de psiquiatría social y comunitaria como base doctrinaria de su política de acción. Lamentablemente este documento no alcanzó a lograr sanción oficial, aun cuando muchas de sus declaraciones y hallazgos de campo persisten como valiosos puntos de referencia. Por otro lado, un seminario nacional de investigación organizado por el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología en Lima, en diciembre de 1982, formuló una proposición de política de investigación (31) tendiente a identificar y ponderar los factores relacionados con la salud y la enfermedad mental, estudiar los servicios y recursos existentes para la atención de la salud mental, así como los modelos e instrumentos útiles para el óptimo rendimiento de la organización de los servicios, la capacitación de los recursos humanos, el desarrollo de instrumen-

tos y procedimientos de diagnóstico y evaluación, aspectos legislativos y tecnológicos, y el establecimiento de redes de investigación nacional y de fuentes de educación continua.

**Uruguay.** A juzgar por un documento del Ministerio de Salud Pública (32) en el que se enumeran las carencias que se afrontan, el estado de la atención de salud mental es precario.

**Venezuela.** La situación en este país no difiere sustancialmente de lo que se aprecia en otros países de la región (33-35). En la XXXVIII Reunión Ordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana (36) celebrada en 1982, se declaró que la salud mental debía considerarse un área de primordial importancia dentro de los programas de salud pública. Se recomendó elevar el nivel administrativo de la División de Higiene Mental al de Dirección de Salud Mental y se postuló la necesidad de regionalizar los servicios, con un archivo central de información para el registro permanente de pacientes. Por último, la sugerencia de mayor alcance se refirió a la puesta en funcionamiento del Instituto Nacional de Salud Mental, orientado básicamente a la investigación y docencia.

### Estudios epidemiológicos

Las investigaciones epidemiológicas de largo alcance han sido escasas en América Latina. Después de la aparición de un volumen clásico sobre el tema (37), los estudios en este campo se han publicado de manera fragmentaria y con circulación limitada (38-54). No obstante, encuestas realizadas en varios países de la región han puesto de manifiesto la prevalencia de cuadros depresivos, epilepsia, psicosis, neurosis y retardo mental en diferentes comunidades estudiadas y entre pacientes hospita-

lizados. Otros estudios señalan que el alcoholismo y la drogadicción se han convertido en graves problemas de salud pública en algunos países, con la consiguiente presencia de actos delictivos y de violencia.

## Recursos

Los cinco sectores que han asumido tradicionalmente la responsabilidad de la atención de la salud mental en América Latina son el sector público, la seguridad social, el sector privado, las instituciones de beneficencia o caridad y el sector de la medicina tradicional (5). La mayoría de la población depende de la atención prestada por el sector público. El crecimiento de la seguridad social en algunos países no se ha traducido en una mayor cobertura de la atención de salud mental debido al limitado segmento poblacional al que sirve (1). Se ha registrado un pequeño aumento del sector privado que tiende a favorecer a la población de mayores ingresos, pero la acción del sector de beneficencia ha experimentado una marcada reducción y el sector de la medicina tradicional (55) pertenece aún a la llamada cobertura informal, por lo que su registro resulta totalmente inadecuado.

El cuanto al total de camas psiquiátricas, el panorama no ha cambiado mucho en los últimos años. En el momento actual se calcula que existen entre 130 000 y 140 000 camas psiquiátricas (aproximadamente 15 % del total), distribuidas en unos 600 establecimientos hospitalarios, y que los centros de consulta externa ascienden a cerca de 1 000. Se ha registrado aumento de camas, consultorios externos o ambos en Colombia, Chile, México y el Perú.

Se estima que hay alrededor de 314 000 médicos, sobre un total requerido de 480 000; en el campo psiquiátrico laboran unos 7 000 especialistas con diferentes niveles de preparación técnica. El hecho de que el 80% de los psiquiatras se concentren en zonas urbanas o metropolitanas no es nuevo, de manera que la proporción de un psiquiatra por cada 43 000 habitantes es engañosa. Hacia 1980 existían más de 210 escuelas de medicina en América Latina con cerca de 200 000 estudiantes; si se supone que, en promedio, el 1,5% de ellos se ha dedicado a la psiquiatría, se habrán incorporado al contingente psiquiátrico aproximadamente 3 000 nuevos profesionales en los últimos cinco años.

Existen contados programas de adiestramiento en enfermería psiquiátrica: los datos disponibles indican que en 1980 había 376 escuelas profesionales de enfermería, incluidas las que otorgaban títulos de bachiller. En el momento actual se estima que solo unos 1 000 profesionales de enfermería trabajan en forma exclusiva en los servicios psiquiátricos y que el número de asistentes sociales y terapeutas ocupacionales es de 300 y 150, respectivamente. Finalmente, se cuenta con más de 15 000 psicólogos clínicos, aun cuando el índice de subempleo en esta profesión es alto y el número de los que participan en el tratamiento directo de los pacientes, en especial en sistemas hospitalarios o servicios periféricos, es limitado. No obstante, algunos países recurren cada vez más a este sector de profesionales.

La información con respecto al número de programas de adiestramiento de psiquiatras es incompleta. En una encuesta informal en una docena de países se obtuvieron las siguientes cifras: la Argentina 22 programas, Bolivia 1, el Brasil 12, Colombia 6, Costa Rica 1, Chile 18, el Ecuador 2, México 15, Panamá 3, el

Perú 9, el Uruguay 2 y Venezuela 8; si se tomaran en cuenta todos los países tal vez el número de programas llegaría a 120. Sobre esta base y a un promedio de cuatro nuevos psiquiatras por año, se calcula que en los últimos cinco años se han graduado cerca de 2 500 psiquiatras.

La mayoría de los programas depende de los ministerios de salud, con alguna participación de las universidades en cerca de la tercera parte de ellos. En años recientes se ha observado una marcada tendencia a modernizar los programas en los servicios de psiquiatría en hospitales generales, consultorios externos y centros comunitarios de salud mental. Se tiende a superar la formación excesivamente teórica para dar paso a enfoques prácticos de aplicación inmediata y utilidad efectiva en cada país, y a coordinar esfuerzos multidisciplinarios y de colaboración entre los diversos centros, haciendo hincapié en aspectos de psiquiatría social y comunitaria (56-58).

La formación de recursos en salud mental afronta el omnipresente problema de la carencia de docentes a tiempo completo. Esta situación no podrá superarse en América Latina en el futuro previsible, de manera que existe la imperiosa necesidad de adecuar los programas a la realidad del personal existente. Se estima que menos del 10% del total de psiquiatras se consagra de manera más o menos sistemática a la actividad docente.

El problema de carencia de personal profesional y auxiliar de salud mental se acentúa en áreas específicas como la psiquiatría infantil. Algunos países, como Chile, han hecho esfuerzos a través de trabajo de asesoría y de campo para mejorar esta situación, pero sin duda queda aún mucho camino por recorrer. Una consultoría de la OPS en Chile (59) demostró que la diferencia de orientaciones doctrinarias, por ejemplo, dificulta la coordinación necesaria, y puso de

manifiesto la falta de planificación y evaluación adecuadas. De hecho, muy pocos hospitales generales y psiquiátricos poseen servicios especiales para niños y adolescentes.

## NECESIDADES Y LIMITACIONES

De ser, por legítimo derecho, el continente de la esperanza, América Latina se ha convertido —lamentablemente y merced a la colusión de una variedad de factores— en el continente de la incertidumbre. Muchos, si no todos, los elementos que en el transcurso de varias décadas han determinado de una u otra forma este cambio, son también los que han limitado y frenado el progreso que pudiera haberse esperado en el campo de la salud y, dentro de él, de la salud mental (60).

¿Cuáles son estos factores limitantes? En primer término, la eferescencia política y los serios desajustes sociales en un buen número de países de la región impiden la estabilidad que permitiría la planificación y organización a mediano y largo plazo, así como la formulación de políticas realistas que se aparten de la retórica, la demagogia o la rutinaria repetición de pronunciamientos burocráticos (5-7). En otros casos, estos factores inciden en la preferencia por cuestiones ajenas a la salud, decisiones dictadas por factores coyunturales o de geopolítica. Finalmente, se da el caso de un aparato político y social vetusto, mediocre e ineficaz.



Para algunos, las limitaciones son fundamentalmente económicas (61, 62). Al no existir recursos, las mejores políticas y los mejores planes están condenados al fracaso. Solo en un grupo muy reducido de países el gasto nacional total en salud (público y privado) ha aumentado proporcionalmente al PBI (1), como se confirma al examinar el porcentaje de los presupuestos nacionales destinado a gastos en ese sector, que más que incrementarse se ha reducido de manera drástica en varios países en décadas recientes (2, 57).

Existen otras limitaciones que pueden llamarse humanas. No es solamente el hecho de que por decisión política o por constricciones económicas no se cuente con los recursos humanos necesarios para la salud mental; se da el caso también de que los recursos no son siempre los de mejor calidad, o carecen de motivación y de la mística necesaria para la ejecución de tareas que aún requieren una buena dosis de idealismo. Muchos prefieren laborar en el sector privado, adoptan una postura hiper-crítica, se sumen en el escepticismo o, simplemente, prefieren emigrar.

La complicada y obsoleta urdimbre legal traba muchas veces el desarrollo no solo de formulaciones políticas sino de instituciones y organismos del sector salud. En el campo de la salud mental, basta mencionar los reglamentos de admisión a hospitales, tratamiento y manejo de determinadas condiciones o requisitos de rehabilitación, para no hablar de la legislación en torno a tareas de promoción y prevención. Este freno legal contribuye también a la imagen de caos y desorganización que se observa, e influye en la asignación de funciones, coordinación intersectorial, prerrogativas y privilegios que hoy son solo declarativos o, simplemente, inexistentes.

Las limitaciones de orden cultural para el desarrollo de actividades de

salud mental engloban no solo los déficit educacionales de la inmensa mayoría sino un complejo conjunto de creencias, prácticas, actitudes y principios que hace poco tiempo se han comenzado a explorar (63-65).

Planteadas así las limitaciones para un desarrollo coherente de la salud mental en América Latina, sus principales problemas y necesidades podrían catalogarse en dos grandes grupos: generales y específicos.

## Problemas generales

**Política.** La falta de una política de salud mental atenta contra todo esfuerzo de sistematización tanto a nivel descriptivo como a nivel práctico. Se da el caso de que aun en aquellos países que han planteado en forma explícita una política, su operatividad, vigencia y valor se han visto entorpecidos por múltiples causas. Por otro lado, la formulación de una política entraña de manera genérica aspectos de planificación, financiación, informática, legislación, sectorización y coordinación, además de la determinación clara de la situación que pretende abordar y resolver, para identificar necesidades y prioridades y enfocar de manera realista los recursos disponibles, los grupos humanos de atención preferente, aperturas programáticas y aspectos de evaluación de programas (7, 58). En casi todos los países existen por lo menos esbozos de este tipo de formulaciones, pero su puesta en práctica no ha encontrado, sino con contadas excepciones, una voluntad de ejecución a la altura de sus alcances y dimensiones.

No puede dejar de señalarse que en la última década ha habido un esfuerzo concertado por parte de los países, ministerios de salud y organismos internacionales para incluir acciones de salud mental en los programas de atención primaria. De hecho, puede decirse que esta atención se ha convertido en la expresión más preclara de lo que se puede hacer en el campo de la salud mental tanto a nivel preventivo como en el de la rehabilitación (66). Si bien el objetivo es loable y la estrategia válida, es importante reforzar su aplicación al máximo, sin perder de vista que no es fin sino medio para lograr una cobertura de ser posible total para la que se requieren sólidas estrategias nacionales con participación comunitaria, articulación intersectorial y desarrollo de investigaciones y tecnologías apropiadas. La salud mental es un componente prioritario de las estrategias nacionales de atención primaria (9) y debe estar, por lo tanto, incorporada en todos los niveles del sistema. Debe insistirse, sin embargo, en que tal incorporación es una táctica entre varias y que la salud mental no debe abdicar su identidad autónoma en el campo de la salud integral, ni confundir o desvirtuar sus principios y conceptos (67).

**Recursos humanos.** Se ha insistido ya en la escasez crónica de recursos humanos en el área de la salud mental, en todos los niveles, en especial en los grupos de trabajadores no profesionales y de los profesionales no médicos. A esta carencia se une la mediana o baja calidad de la mayoría del personal existente. Cabe aquí considerar el hecho de que cuando se postula adiestrar a trabajadores primarios en aspectos de salud mental (68, 69) se dan situaciones de resistencia, insuficiente motivación o sobrecarga laboral.

Afortunadamente, las experiencias innovadoras en varias partes de América Latina abren la esperanza de que se trate de un proceso superable (70, 71).

¿Deben existir recursos humanos propios de salud mental en América Latina? La respuesta parece ser afirmativa, pese a los muchos inconvenientes anotados. El adiestramiento y la formación se convierten así en un problema que debe abordarse urgentemente con la mayor creatividad. En lo pertinente a la formación de psiquiatras, por ejemplo, se acepta hoy el criterio de formación "polivalente", comprensiva y ecléctica del especialista. No es inopinado afirmar que las profesiones auxiliares del equipo de salud mental pueden y deben beneficiarse de programas de adiestramiento hasta cierto punto específicos y con orientación pragmática. En cuanto al personal no profesional, el criterio dominante será el de la supervisión adecuada.

La formación de recursos humanos conlleva la educación continuada, evaluación permanente, utilización de incentivos y comunicación apropiada a todo nivel. Es conveniente señalar que no existen metas o guarismos que deben seguirse fielmente en la formación, distribución y asignación de recursos (2); cada país deberá establecer estos parámetros con equidad y realismo.

**Recursos materiales.** Como se ha mencionado, el número de camas psiquiátricas en América Latina no ha aumentado en la última década o, si lo ha hecho, ha sido en forma muy modesta. Tampoco ha habido crecimiento en relación con el número de hospitales o servicios de hospitalización psiquiátrica, consultorios externos o dispensarios de salud mental. Más bien el número de estas instalaciones ha disminuido en proporción al incremento de la población y de la morbilidad psiquiátrica. La situación no es mejor en lo que se refiere a la provisión de medica-

mentos o agentes psicofarmacológicos (72): no se suplen en cantidad adecuada por problemas de distribución, no se hallan al alcance de las mayorías dado su alto costo, o no se producen ni se importan en función de su demanda.

Ni siquiera las predicciones más optimistas asumen que esta situación va a cambiar. Para muchos, la única alternativa de solución radicaría en un esfuerzo concertado dirigido a mejorar al máximo los recursos actuales tanto en calidad como en su forma de utilización. Ello significaría, entre otras cosas, reducir aun más las estancias hospitalarias, utilizar en forma más activa camas psiquiátricas, incrementar las instalaciones de consulta externa, diversificar los procedimientos terapéuticos, expandir los programas de medicamentos básicos e idear programas polivalentes creativos que utilicen los recursos generales de otros programas de salud (73, 74).

**Promoción y prevención.** Posiblemente esta sea el área más débil en lo que se refiere a la salud mental en América Latina. En los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, no se han considerado de manera efectiva los problemas de salud mental. Urge entonces encontrar formas de añadir la dimensión psicosocial a estas actividades. La educación para la salud constituye, sin duda, una tecnología de gran potencial (75, 76). Lamentablemente la estrategia se ha restringido muchas veces a la simple transmisión de información, lo que en la mayoría de los casos no tiene efecto. La educación de la población significa su movilización para la acción, con percepción clara de los beneficios que recibirá; junto con ello la identifica-

ción de grupos de riesgo es el paso logístico más apropiado.

Los ancianos afrontan condiciones que restringen en sumo grado su calidad de vida, limitan el desarrollo de sus potencialidades y los tornan aun más vulnerables a diferentes enfermedades. Un programa orientado a la tercera edad deberá reforzar los aspectos positivos de la ancianidad, favorecer el desempeño de los ancianos en la familia y la comunidad, y estimular las actividades de autocuidado y autoayuda mediante redes de apoyo social (77, 78).

El binomio madre-niño está también sometido a diversos elementos psicosociales interactuantes (79, 80). Entre ellos, la conducta de los padres, la estimulación sensorial, psicológica y social, la conducción del embarazo, la atención del parto y los patrones de nutrición, tienen una marcada dimensión psicosocial. De todo esto se deduce que existe una riquísima variedad de áreas de estudio que deben considerarse en los programas de prevención y promoción (81).

**Investigación.** Varios psiquiatras latinoamericanos han calificado el desarrollo de la investigación en salud mental en la región con términos negativos y hasta pesimistas. Con algunas excepciones, esta investigación ha sido desorganizada, heterogénea, escasa, incidental, mediocre y, al igual que en el campo de la salud general, se ha sujetado a "las formas dominantes de la práctica médica. . . [con]. . . un predominio cuantitativo de la investigación clínica, íntimamente relacionada a la atención médica hospitalaria, especialmente en el ensayo de nuevas formas terapéuticas" (2). Son problemas comunes a casi todos los países la falta de definición de políticas de investigación en salud, y la desarticulación y dispersión de las instituciones que la realizan, consecuencia de la falta de mecanismos de coordinación intra e intersectoriales (82).

En el ámbito internacional, la producción total de América Latina en el campo general de la investigación en salud solo representa el 2,5% de la de los Estados Unidos de América, la mitad de lo que se publica en la India, e igual a la producción de Holanda (1, 2). En el campo de la salud mental es muy probable que la producción sea incluso menor.

A la falta de incentivos y de personal dedicado a las tareas de investigación, debe añadirse la escasez de publicaciones científicas en las que pudieran difundirse sus resultados. Una vez más las excepciones en esta área son contadas. El trabajo heurístico se convierte entonces en una "misión de catacumbas", sin apoyo, librado al rumbo y a la iniciativa de unos pocos, los cuales muchas veces se repiten o dialogan consigo mismo.

Debe hacerse justicia, sin embargo, a dos tendencias: la primera es la creación de unidades de planificación de la investigación en algunos ministerios de salud; la segunda es la búsqueda asidua de datos epidemiológicos de base, tanto a nivel de la población general como de subgrupos más o menos específicos, y de formas de prestación de servicios de menor costo y mayor efectividad (82, 83). Dicho en otros términos, se trata de la renovada estimulación a la investigación de los servicios de salud y, en especial, a la investigación operativa y psicosocial destinada a experimentar con formas de atención de bajo costo y mayor cobertura (84).

Cabe preguntarse si, dadas las condiciones actuales, los países pueden y deben fomentar la llamada carrera de investigación a nivel de ministerios y universidades. La respuesta parece ser todavía afirmativa, aun cuando resulta indispensable adoptar prioridades, una de las cuales podría ser la de la investigación aplicada. La OPS ha mencionado la necesidad de "redefinir el papel de la in-

vestigación científica, la misma que debería expandirse desde el ámbito académico, donde más se ha desarrollado, hacia todos los sectores que directa o indirectamente participan en las acciones de salud" (2). En este sentido, quedan por definir la función y amplitud del campo destinado a la investigación básica. El trabajo del Instituto Mexicano de Psiquiatría en estas áreas es realmente ejemplar (85).

Por otro lado, debe prestarse atención —y controlarse— la masiva, caótica, indiscriminada y, en muchos casos, inútil transferencia de tecnología, resultado de un prurito de imitación y dependencia. Una prioridad heurística es la búsqueda de una tecnología apropiada a las realidades y necesidades de la región. La selección de tecnologías es factor clave dentro de un sistema de decisiones. Este proceso interactúa dialécticamente con el de innovación, cuya fortaleza es un indicador de la capacidad de una sociedad o grupo humano para resolver sus problemas de salud dentro de una realidad geográfica, económica, demográfica, cultural y temporal determinada. Es claro que no se trata de cerrar las puertas a la importación de tecnología sino de crear los mecanismos pertinentes para adquirir la más apropiada, modificar y adaptar la que sea necesaria, y desarrollar las capacidades de crear la que no se pueda encontrar en el ámbito internacional. También se trata de exigir una distribución más adecuada y un mayor acceso al conocimiento actual mediante el uso racional e imparcial de becas e incentivos similares.

## Problemas específicos

**Drogadicción.** Es uno de los problemas principales, si no el más importante, de salud pública en los Estados Unidos y no está lejos de alcanzar un nivel similar en América Latina. Es deber ineludible de las autoridades de salud y organismos internacionales denunciar esta tendencia y contribuir a la prevención del problema (86). El hecho de que los grupos más afectados sean los adolescentes en edad escolar y los adultos jóvenes hace más urgente este planteamiento.

Una vez más, debe admitirse que factores de estrés psicosocial como la alienación, anomia, desarraigo, frustración y pobreza, se convierten en una poderosa fuerza que conduce a fomentar el hábito (87, 88). En este sentido la prevención resulta más importante que el tratamiento. Esto implica el establecimiento de grupos multidisciplinarios que cooperen en la planificación y el desarrollo de programas educativos y ofrezcan opciones vocacionales, recreativas y de recuperación para combatir el consumo de drogas (89). Pueden citarse como ejemplos de programas aquellos que fomentan mejores patrones de comunicación, el establecimiento de redes sociales (de padres, grupos de familia, comunidades), centros educativos y de distribución de información. Los profesionales deberán prestar asesoramiento activo y proporcionar los datos epidemiológicos, clínicos, psicodinámicos, sociales y terapéuticos de base (90).

El papel del sector salud en esta movilización será de coordinación y vigilancia, a través de encuestas que proporcionen datos sobre la frecuencia y la

distribución poblacional y geográfica del consumo de drogas, así como mediante programas educativos, inventarios de servicios comunitarios preventivos y de rehabilitación, estudios de perfiles clínicos y expansión de los servicios de salud a las zonas rurales.

**Alcoholismo.** No cabe duda de que el alcoholismo sigue siendo un problema prioritario de salud en América Latina (91, 92). La acción de los gobiernos, inicialmente lenta, ha adquirido más intensidad y eficiencia en años recientes, al tomar por fin plena conciencia del problema. Debe resaltarse el papel pionero de países como la Argentina, Chile, y México en este sentido. La OPS ha contribuido eficazmente a la promoción de estudios epidemiológicos y otras investigaciones, la difusión de información científica y de divulgación, el establecimiento de centros de investigación, tratamiento y colaboración interdisciplinaria, y el fomento de la comunicación adecuada.

El alcoholismo comparte varias características demográficas, epidemiológicas y patogénicas con la drogadicción, por lo menos en América Latina (93-96), lo que justificaría combatir ambos problemas de manera conjunta en acciones de salud mental. Algunas consideraciones de carácter logístico y no pocas en torno a las diferencias, que también las hay (97-99), parecerían indicar, sin embargo, la necesidad de un cierto grado de autonomía. En el campo de la investigación se ha postulado la tesis de que en el momento actual la perspectiva socioantropológica es la que puede ofrecer recomendaciones encaminadas a mejorar el tratamiento y la prevención de problemas relacionados con el alcohol, por lo que se considera necesario, entre otras cosas, proporcionar adiestramiento de alto nivel en materia de antropología social y cultural al personal de salud

mental, y estudiar la llamada "subcultura alcohólica" (100). En el campo del tratamiento se invoca el enlace con alcohólicos rehabilitados, esfuerzos especiales orientados a poblaciones marginales, en especial a los grupos de jóvenes, y el incremento de campañas de educación del público.

También se ha recomendado reforzar las medidas de prevención primaria, así como aquellas orientadas a evitar el consumo de bebidas ilegales y de alcohol industrial, y llevar a cabo la prevención secundaria "en servicios no rotulados como de alcoholismo" (50). Otros autores han presentado un programa de bajo costo para la investigación del consumo real de alcohol en la región (101). Es interesante señalar que no se tiene una idea exacta del impacto de Alcohólicos Anónimos en América Latina, a pesar de sus más de cinco décadas de existencia en varios países de la región.

**Migraciones.** Existen varios estudios pioneros en América Latina en torno a los efectos psicológicos y clínicos de las llamadas migraciones internas (102). Debe señalarse, sin embargo, que aparte de su interés socioantropológico, el fenómeno no ha captado la atención de los organismos de salud pública. Es posible incluso que en muchos países aún no se le acepte como un problema. Recientes sucesos en el ámbito geopolítico y social, en particular en América Central y el Caribe, permiten predecir que la importancia de las migraciones como singular factor de estrés será más y más evidente. Convendría, pues, situarlo en cualquier agenda de estudio de la salud mental en la re-

gión. El concepto debe abarcar, por tanto, no solo a las poblaciones migrantes desarraigadas voluntariamente sino también a las desplazadas por la guerra, catástrofes naturales u otros factores (103, 104). No se tienen datos ni siquiera aproximados de esta situación, con excepción de los cambios ya señalados en la proporción entre población urbana y rural. Debe investigarse, desde un ángulo psicosocial, la influencia y los efectos de cambios diversos, desde los dietéticos y de vivienda, hasta los de condiciones de trabajo, aculturación, estrés, desajuste y mecanismos de adaptación psicobiológica en general. De manera preferente habrá de examinarse la morbilidad psiquiátrica debida al fenómeno, así como las peculiaridades de su prevención, detección y tratamiento.

**Suicidio y violencia.** Las defunciones por suicidio, homicidio y accidentes siguen siendo problemas de importancia en la región. En muchos países estas causas contribuyeron por sí solas con el 10-15% de todas las defunciones en 1979. Los homicidios aumentaron, en particular en el área del Caribe y en América del Sur tropical, y las cifras se mantuvieron muy altas en Mesoamérica continental. Los porcentajes de muerte por accidentes de tráfico en el decenio de 1970 oscilaron entre siete por 100 000 en Venezuela y uno por 100 000 en Guatemala, Honduras y el Uruguay. Ciertamente, estos accidentes entrañan factores diversos tales como el número de vehículos existentes, condiciones de calles y carreteras, y otros de carácter psicosocial como el consumo de alcohol, el estrés, la agresividad, etc. Otros actos de violencia incluyen caídas, envenenamientos, ahogamientos, accidentes causados por armas de fuego, incendios y los accidentes "no especificados", es decir casual o intencionalmente infligidos. Estos últimos son causa importante de defunción en niños de 1 a 4 años

y de creciente importancia en el grupo de 5 a 14 años.

A pesar del probable subregistro, el suicidio parece ser responsable de más del 1% de todas las defunciones ocurridas en Cuba, El Salvador y el Uruguay entre 1970 y 1980. En ambos sexos el grupo más afectado fue el de 15 a 24 años de edad. Finalmente, los homicidios, incluidos los debidos a intervención legal y operaciones de guerra, fueron más altos en Honduras (7%), Nicaragua (6%), El Salvador y Colombia (4%), Guatemala, México, el Paraguay y Venezuela (2%), y la República Dominicana (1%). No se tienen cifras de la Argentina, Bolivia, Chile, el Perú y otros países. Las tasas de homicidio en mujeres son considerablemente inferiores a las del sexo masculino, y los grupos de edad más afectados son los de 25 a 34 años en América del Sur y de 35 a 44 en América Central. La interpretación de todos estos datos es aún incierta y embrionaria. Esto, sumado a su evidente gravedad, constituye ya un reto a la salud pública y a los trabajadores de salud mental de la región.

### **Problemas en la niñez y adolescencia.**

No cabe duda de que este campo es, sin discusión alguna, prioritario para acciones en salud general y salud mental. En algunos países de la región se han señalado tasas de prevalencia del 1-2 al 3-4% para el retardo mental (que supera el 5% si se añade el llamado retardo funcional o psicosocial), 0,7 a 2,2% para epilepsia y 2 a 5% para disfunción cerebral mínima (10, 11). Se desconocen estadísticas confiables respecto a otros problemas de conducta, dificultades de aprendizaje, dislexia, delincuencia infantil, etc. Se sabe que en países en desarrollo la población infantil y juvenil está particularmente expuesta a enfermedades y condiciones que afectan las estructuras finas y el funcionamiento del SNC (malnutrición maternofetal, embarazo y parto ac-

cidentados, presencia de agentes tóxicos, traumatismos, infecciones, trastornos anóxicos y falta de estimulación psicosocial).

Las observaciones de Corbett (59) en Chile ilustran la realidad de estos aspectos en América Latina, a través de la evaluación de programas de psiquiatría infantil y retardo mental. No se cuenta con servicios especiales para el retardo mental dentro del sistema nacional de salud y los que existen parecen depender, en su mayoría, de instituciones de voluntarios. Se han elaborado, sin embargo, notables proyectos de investigación sobre el retardo mental y la epilepsia, lo que es, sin duda, el paso inicial para el establecimiento de programas de acción. En el campo de la psiquiatría infantil y del adolescente, se requiere cierta homogeneización conceptual con arreglo a la realidad latinoamericana. Por último, se impone organizar estudios correlativos sobre riesgos psicosociales y fomentar programas de atención prenatal y de detección precoz del retraso del desarrollo en niños atendidos en consultorios externos, para lo cual es imperativa la interrelación con el sector educación.

**Psicosis, neurosis y otros cuadros clínicos.** Las investigaciones epidemiológicas realizadas en América Latina presentan resultados más o menos uniformes en cuanto a la prevalencia en la población general de trastornos clínicos que podríamos llamar tradicionales. Si bien las psicosis no presentan casi diferencias (respecto a cifras de prevalencia) con los hallazgos en la literatura mundial, cabe señalar que el estudio sobre es-

## LINEAMIENTOS PARA EL FUTURO

quizofrenia de la Organización Mundial de la Salud (105) reveló que el pronóstico de este trastorno parece ser mejor en países en desarrollo. Esto tiene, sin duda, implicaciones importantes, ya que se trata de un cuadro clínico crónico que requiere de apoyo familiar o social para su tratamiento (106, 107). Al parecer los casos de esquizofrenia se presentan con mayor frecuencia en segmentos pobres de población, que para América Latina equivalen a la mayoría. Esta situación, aparentemente contradictoria, solo recalca el hecho de que las psicosis y los desórdenes relacionados revisten aún enorme importancia. Por otra parte, no cabe duda de que América Latina posee grandes posibilidades para el estudio de estos aspectos y para contribuir con hallazgos sustanciales en los campos heurístico, diagnóstico y de tratamiento psicosocial de las psicosis.

Las neurosis (a pesar de lo controvertido del término) parecen presentarse con mayor frecuencia en América Latina. Los diversos subtipos de neurosis, en especial la depresiva y la ansiosa, representan aproximadamente el 8% de la patología emocional prevalente, por lo que su prevención y tratamiento deben recibir atención preferente. Debe señalarse finalmente que los problemas diagnósticos y nosológicos en psiquiatría a nivel mundial aguardan las contribuciones de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental de América Latina, no solo por su rica tradición clínica sino también por su especial posición tercermundista (108, 109) que añadiría nuevas perspectivas a la evaluación integral de los pacientes.

Del examen de la realidad global y del estado actual de la situación de salud mental en América Latina puede concluirse que las tareas del futuro inmediato solo podrán afrontarse en la medida en que los gobiernos y los individuos involucrados en este proceso actúen con realismo y decisión. Resulta fácil y hasta simplista señalar que los problemas de salud en general no podrán resolverse sino cuando los problemas sociales y estructurales encuentren solución. Por el momento, es menester afrontar la situación con criterios objetivos, mentalidad realista y una agenda de prioridades que puede o no seguir los lineamientos señalados en el inventario de necesidades y problemas. De lo que se trata es de reafirmar en términos programáticos que la salud mental no solo se ocupa de la prevención y control de las enfermedades psíquicas, sino que también orienta sus acciones al estudio de factores psicosociales que determinan el estado de salud general, al control y prevención de dependencias, y a la evaluación de estadios críticos en el desarrollo individual y colectivo y de problemas específicos para diversos grupos de población y ocupacionales (110, 111). Debe tomarse conciencia de que existe una importante brecha entre la magnitud de los problemas de salud mental de la región y los recursos humanos y materiales disponibles. Esta situación adquiere carácter crítico en las zonas rurales y urbanas marginadas, donde hay una alta prevalencia de desórdenes psicológicos y conductas anómalas determinadas por las adversas condiciones de vida existentes.

Si la voluntad de los gobiernos se manifiesta claramente y los niveles de decisión política aceptan la importancia de los factores específicos de sa-



lud mental para el funcionamiento de la sociedad, y se pronuncian por una definida integración de la salud mental en los programas generales de salud, el papel de organismos como la OPS adquiriría mayor relevancia. La estrategia recomendada para resolver algunos o la mayoría de los problemas señalados se basa en la extensión de la cobertura por niveles de atención mediante la capacitación del trabajador primario en salud mental básica y de los médicos y enfermeras generales en psiquiatría básica y salud mental, la actualización continuada de los psiquiatras al servicio del estado en zonas apartadas, y la integración de la salud mental como un componente logístico básico de los tres niveles de atención.

Las especiales características de la región la hacen un laboratorio natural y un potencial reservorio de soluciones en el área de los llamados factores psicosociales de promoción de la salud y desarrollo humano (58, 67, 79, 84). En este contexto conviene no ignorar áreas prioritarias tales como la salud materno-infantil, atención de los ancianos, problemas de drogadicción y alcoholismo, y prevención y tratamiento de los trastornos mentales. Los organismos ministeriales, organizaciones comunitarias, representantes políticos y grupos profesionales involucrados en problemas de salud mental, deberán actuar de consuno para generar el interés que la solución de algunos de estos problemas requiere. Corresponde a los profesionales y a las entidades públicas del sector salud detectar las tareas prioritarias, estimular la acción concreta tendiente a su solución y coordinar las labores que se realicen. Por su parte, organismos como la OPS podrán brindar la asesoría técnica necesaria, favorecer la cooperación entre los países, la difusión

de la información técnica, la investigación conjunta y la formación y aprovechamiento de los centros nacionales de excelencia técnica.

Deberá asimismo fomentarse la investigación, la diseminación de la información técnica y el desarrollo de recursos humanos (76, 85). Los programas se ejecutarán tanto en el nivel regional o continental como nacional. La OPS puede y debe asesorarse con el concurso de profesionales capacitados, familiarizados con la realidad del continente y con los cambios que se operan continuamente dentro del área de la salud mental a nivel mundial.

La concentración urbana y un fuerte ritmo de industrialización con tendencia a una creciente heterogeneidad interna y regional serán las características más probables de las próximas décadas en América Latina (1, 2). Los cambios económicos y sociales que se produzcan, junto con el impacto de los fenómenos que en los mismos niveles ocurrirán en el plano mundial, incluida la desigualdad de la estructura productiva, darán lugar, a su vez, al empeoramiento de determinados aspectos, en especial los psicosociales, los cuales incidirán en la salud mental de la población latinoamericana. El ritmo de la migración del campo a la ciudad, el desarrollo del llamado sector informal de la economía (vendedores ambulantes, minoristas, fabricantes clandestinos, etc., no sujetos a la estructura impositiva legal), la desocupación consiguiente y las desigualdades entre grupos humanos, tendrán también una vigencia ineludible. Resulta obvio señalar que desde esa perspectiva, el diseño de cualquier estrategia destinada a mejorar las condiciones de salud mental deberá englobarse en la definición del tipo de sociedad nacional que los países desean, el análisis y evaluación de las contradicciones de los intereses urbano-rurales y otros y de las posibilidades de su armonización, la definición de

los tipos de hábitat y de estilos de vida, la redistribución especial de la población y la selección y adopción de tecnologías productivas compatibles con la política nacional (2, 110).

Debe estimularse también la cooperación entre países, como punto de partida para el estudio de problemas comunes, que son la mayoría de los mencionados en este trabajo. En este sentido la OPS constituye un mecanismo regional de apoyo a través del cual puede evitarse la duplicación de programas o la heterogeneidad de metas. Pero, aparte de la asesoría técnica, el apoyo logístico y la labor promotora de programas, así como el carácter fundamental del trabajo conjunto de los gobiernos, profesionales y organismos internacionales, ha de ser de un activismo constructivo, ajeno a una burocracia cada vez más rutinaria y a la repetición de planteamientos teóricos. En este sentido, la Declaración de Alma-Ata refleja bastante bien las metas fundamentales que se pretenden alcanzar en salud para el siglo venidero. Los conceptos de justicia social son enteramente compatibles con el principio de salud para todos en el año 2000 y con la adopción de la salud como uno de los objetivos cardinales del nuevo concepto de desarrollo.

## RESUMEN

El crecimiento de la población y el aumento de la urbanización en América Latina tienen particular importancia en las tendencias de salud, entre ellas la de salud mental. Se examina la situación a partir de 1970 y se señalan las pautas que han planteado algunos países con respecto a la necesidad de una política orgánica de salud mental. Se trata de una revisión actualizada que pone de manifiesto los factores que han

limitado el progreso que pudiera haberse esperado en la región en este campo.

Pocos países tienen planes nacionales que encaren un desarrollo sistemático de la atención y prevención de enfermedades psiquiátricas. En estos países las grandes líneas de acción han sido la descentralización de los recursos, la interrelación de las tareas preventivas y, en años recientes, la incorporación de la salud mental en programas de atención primaria. La legislación en este aspecto es obsoleta y la compleja estructura de los ministerios de salud, así como la carencia de personal adecuado impiden que las divisiones de salud mental, cuando las hay, operen con efectividad.

El panorama en cuanto al número de camas psiquiátricas y de centros de consulta externa no ha cambiado mucho en los últimos años; se estima que solo el 15% del total de camas hospitalarias corresponde a la atención de la salud mental y que los consultorios externos ascienden apenas a 1 000. En el campo psiquiátrico laboran cerca de 7 000 especialistas, el 80% de ellos concentrados en zonas urbanas, de manera que las cifras por habitantes de estos profesionales suelen ser engañosas. En la actualidad solo unos 1 000 enfermeros trabajan en forma exclusiva en los servicios psiquiátricos y el número de asistentes sociales y terapeutas ocupacionales es de 300 y 150, respectivamente. Si bien la tendencia en los últimos años ha sido hacia la modernización de los programas de salud mental, la escasez de personal profesional y docente, y sobre todo de trabajadores no profesionales, hace más difícil la tarea.

Esta situación se explica por circunstancias y factores de distinto tipo

entre los cuales se destacan la efervescencia política y los graves desajustes sociales en varios países de la región, la falta de recursos financieros para la salud mental y las limitaciones de los recursos humanos, así como otros de orden legal y cultural, que confluyen para hacer penosa la solución de dos grandes grupos de problemas: generales y específicos. Entre los primeros se discute la falta de políticas coherentes, la formación y el adiestramiento del personal, la escasez de recursos materiales, la incorporación de actividades psicosociales en los programas de prevención y promoción de la salud, y la investigación en el campo de la salud mental. Entre los problemas específicos se incluyen drogadicción, alcoholismo, migraciones, suicidio y otros actos de violencia, problemas de la niñez y adolescencia, psicosis y otros cuadros clínicos.

Se concluye que las acciones en el futuro inmediato deben considerar con criterios objetivos y realistas diversas estrategias con el fin de extender la cobertura de la salud mental a todos los niveles de atención mediante la capacitación del personal adecuado y la selección o creación de las tecnologías apropiadas. Por su parte organismos como la Organización Panamericana de la Salud deben continuar brindando asesoría técnica y favoreciendo la cooperación entre los países, la investigación conjunta y la difusión de información técnica. □

## REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*. Washington, DC, 1982. Publicación Científica 427.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, DC, 1980. Documento Oficial 173.
- 3 Gwatkin, D. R. y Brandel, S. K. Life expectancy and population growth in the Third World. *Sci Am* 246:57-65, 1982.
- 4 Marconi, J. La eficiencia del programa integral de salud mental: perspectivas asistenciales, docentes y de investigación. *Rev Neuropsiquiatr* 43:39-54, 1980.
- 5 Alarcón, R. D. Programas de atención a la enfermedad mental en América Latina. Trabajo presentado en: Primer Foro de Salud Mental organizado por el Servicio de Salud de Bogotá, 3 de octubre de 1983.
- 6 Arroyo, J. y Goldenberg, M. La salud mental en el contexto de la salud pública. ¿Sendas paralelas o convergentes? In: Organización Panamericana de la Salud. *Grupo de Estudio sobre Enseñanza de la Salud Mental en las Escuelas de Salud Pública*. Washington, DC, 1976. Publicación Científica 321, pp. 82-89.
- 7 González, R. Psiquiatría en los países desarrollados. Psiquiatría en los países subdesarrollados. Trabajo presentado en: Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Caracas, 5 a 10 de noviembre de 1979.
- 8 Gallardo, L. D. Algunas tendencias de la educación y participación comunitarias en salud en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 96(4):314-325, 1984.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. Grupo de Trabajo sobre la integración de los componentes psicosociales en la atención primaria de salud. Washington, DC, 31 de mayo a 4 de abril de 1980. Documento mimeografiado.
- 10 Goldenberg, M. Informe final sobre la asesoría en salud mental al Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina, 2 a 30 de enero de 1984. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 11 Saidon, O. Informe de asesoría en salud mental prestada al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, 15 a 28 de julio de 1984. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 12 Assis do Carmo, C. Diagnóstico da situação de saúde mental e assistência psiquiátrica no Brasil. Estado e política de saúde mental. In: *Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, 1984. Trabajo mimeografiado.

- 13 Vaissman, M. Diagnóstico da assistência psiquiátrica no Brasil. *In: Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, 1984. Trabajo mimeografiado.
- 14 Resende, H. Estado e política de saúde mental no Brasil. *In: Saúde Mental no Brasil*. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas, 1984. Trabajo mimeografiado.
- 15 Brasil. Ministério da Saúde, Divisão Nacional de Saúde Mental. Relatório de atividades da Divisão Nacional de Saúde Mental referente ao exercício de 1983. Brasília, 1983. Documento mimeografiado.
- 16 Mejía, G. B. y Olivares, A. V. Programa de salud mental en el Sistema Nacional de Salud. Niveles de atención. Documento del Ministerio de Salud, División de Salud Mental. Bogotá, 1976.
- 17 Asís, B. L. Análisis de la situación nacional en los programas de salud mental. Secretaría Ejecutiva, Planificación Sectorial de Salud. San José, 1984.
- 18 Carballo, M. R. y Gallegos, A. Propuesta para la regionalización de servicios de salud mental en Costa Rica. San José, 1984. Documento mimeografiado.
- 19 Barrientos, G. Situación actual y perspectivas de la salud mental en Cuba. Trabajo presentado en: V Congreso Latinoamericano de Psiquiatría, Acapulco, México, 8 a 12 de mayo de 1975.
- 20 Hollister, W. G. Informe de la asesoría sobre salud mental en Chile, 8 a 19 de octubre de 1983. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 21 Cruz Cueva, J. *Recursos de salud mental en el Ecuador*. Quito, Casa de la Cultura Ecuatoriana, 1978.
- 22 Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Mental. *Vigilancia de salud mental*. Quito, 1981.
- 23 Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Mental. *Análisis y evaluación de los servicios de salud mental*. Quito, 1981.
- 24 Ecuador. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Salud Mental. *Lineamientos para el Plan Nacional de Salud Mental*. Quito, 1980.
- 25 Alarcón, R. Informe final sobre la asesoría en salud mental brindada al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras, 16 a 29 de octubre de 1983. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 26 Pucheu, C. *Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México*. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1982.
- 27 Calderón, G. Mexico's San Rafael Community Mental Health Center: six years of progress. *Bull Pan Am Health Organ* 16(1):17-27, 1982.
- 28 González, R. Notas complementarias al Programa de Salud Mental de Panamá de 1979. Informe. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, noviembre de 1979.
- 29 Panamá. Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social. *Programa Nacional de Salud Mental*. Revisión 1983. Panamá, 1983.
- 30 Perú. Ministerio de Salud. *Programa Nacional de Salud Mental*. Lima, 1975.
- 31 Perú. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Programa Nacional de Investigación en Salud Mental. Lima, 1982. Documento mimeografiado.
- 32 Uruguay. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Salud Mental. *Programa Nacional de Salud Mental*. Montevideo, 1975.
- 33 Hernández, S. R., Trujillo, M., Decarli, V., Alvarez, N. y González, R. Presente y futuro de la problemática de la salud mental en Venezuela. Caracas, 1980. Documento mimeografiado.
- 34 Hernández, S. R., Pacheco, A., Decarli, V., Ordóñez, L. y Rais, G. *Política y planificación en salud mental*. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, División de Higiene Mental, 1979.
- 35 Medina, C. E. Salud mental en América Latina. Conceptualización, estado actual y perspectivas. Trabajo presentado en: X Congreso Mundial de Sociología, México, 16 a 21 de agosto de 1982.
- 36 Federación Médica Venezolana. La salud mental en Venezuela y la asistencia médico-psiquiátrica. Tema oficial de la XXXVII

- reunión ordinaria, Maracay, 5 a 10 de setiembre de 1982.
- 37 Mariátegui, J. y Adis Castro, J. *Epidemiología psiquiátrica en América Latina*. Buenos Aires, Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970.
  - 38 Pagés Larraya, F., Casullo, M. M. y Paso Viola, R. Prevalencia de la patología mental en la megalópolis de Buenos Aires. Buenos Aires, CONICET, 1982.
  - 39 Aszkenazi, M. y Casullo, M. M. Factores socioculturales y presencia de psicopatologías en poblaciones de distintas localidades argentinas. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 30:11-20, 1984.
  - 40 Universidad Mayor de San Simón. Informe sobre las actividades del Programa de Salud Mental de Cochabamba. Cochabamba, Bolivia, 1980. Documento mimeografiado.
  - 41 Sousa S., V. Estudio epidemiológico das doenças mentais em um bairro de Salvador. Salvador, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 1982. Serie de Estudos em Saúde 3.
  - 42 Coutinho, D. M. Prevalencia de doenças mentais em uma comunidade marginal: Um estudo do Maciel. Dissertação apresentada ao Maestrado em Medicina Interna, Universidade Federal da Bahia, 1976.
  - 43 Almeida Filho, N. de. Morbidade psiquiátrica infantil em uma área urbana da cidade de Salvador, Bahia. In: *Anais do Congresso Latino-americano da Psiquiatria Infantil*. Belo Horizonte, Brasil, 1977.
  - 44 Cactano, R. Admisiones de primer ingreso a los servicios psiquiátricos en Brasil, 1960-1974. *Bol Of Sanit Panam* 92(2):103-117, 1982.
  - 45 Mari, J. J. y Williams, P. Minor psychiatric disorder in primary care in Brazil: A pilot study. *Psychol Med* 14:223-227, 1984.
  - 46 Gonzales, M., García, R. *et al.* Epidemiología de los trastornos mentales en Bogotá. Bogotá, Ediciones Tercer Mundo, 1978, 142 pp.
  - 47 Escalante, C. A. Experiencias sobre un programa de salud mental en El Salvador. Trabajo presentado en: VII Congreso Mundial de Psiquiatría, Viena, 11 a 16 de julio de 1983.
  - 48 Honduras. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, División de Salud Mental. Alcoholismo en Honduras. Tegucigalpa, 1979, 60 pp. Documento mimeografiado.
  - 49 Alvarado M., W. Unidad de alcoholismo: Una esperanza para el enfermo alcohólico. *Rev Med Hond* 51:24-25, 1983.
  - 50 Mardones, J. Informe sobre asesoría al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Honduras en el diseño de un programa nacional de prevención y control del alcoholismo, 31 de marzo a 14 de abril de 1984. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
  - 51 Carbajal, C. *et al.* Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas en Lima. *Rev San Fuerzas Pol* 41:1-38, 1979.
  - 52 Tejada, K. *et al.* Hospitalización psiquiátrica en el Perú. *Rev Neuropsiquiatr* 36:125-132, 1973.
  - 53 Tejada, K. *et al.* Hospitalización psiquiátrica en el Perú. Seguimiento 1972-1981. Lima, Centro Piloto de Rehabilitación en Salud Mental, 1982.
  - 54 Alvarez, N. *et al.* Prevalencia hospitalaria de la esquizofrenia en el hospital psiquiátrico de Caracas. Caracas, 1980, 47 pp. Documento mimeografiado.
  - 55 Seguin, C. A. Introducción a la psiquiatría folklórica. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 20:301-339, 1974.
  - 56 González, R. Salud mental en América Latina: problemas y perspectivas. *Bol Of Sanit Pan Am* 81(2):93-108, 1976.
  - 57 Busnello, E. A. Psychiatry for the underdeveloped or underdeveloped psychiatry? *Bull Pan Am Health Organ* 14(3):224-228, 1980.
  - 58 Marconi, J. Política de salud mental en América Latina. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 22:112-120, 1976.
  - 59 Corbett, J. A. Informe de la consultoría sobre servicios de psiquiatría infantil, neurología infantil y retardo mental en el área metropolitana de Santiago, Chile, 16 a 23 de octubre de 1983. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.

- 60 León, C. A. Psychiatry in Latin America. *Br J Psychiatry* 121:121-136, 1972.
- 61 Feldman, S. Enfermedad mental y economía. *Bol Of Sanit Panam* 98 (3):201-210, 1984.
- 62 Musgrove, P. Indicadores de bienestar y salud. Selección y empleo de indicadores socioeconómicos para monitoría y evaluación. *Bol Of Sanit Panam* 96(5):439-455, 1984.
- 63 Natera, G., Renconco, M., Almendares, R. et al. Comparación transcultural de las costumbres y actitudes asociadas al uso de alcohol en dos zonas rurales de Honduras y México. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 29:116-127, 1983.
- 64 Menéndez, E. L. El proceso de alcoholización en América Latina (II). *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 30:29-40, 1984.
- 65 Menéndez, E. L. Socioantropología del proceso de alcoholización en América Latina 1970-1980 (I). *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 29:247-256, 1983.
- 66 Vargas, T. F. Atención primaria de salud: estrategia para extender los servicios a la población marginada. *Bol Of Sanit Panam* 90 (1):1-9, 1981.
- 67 Alarcón, G. R. Hacia una identidad de la psiquiatría latinoamericana. *Bol Of Sanit Panam* 81(2):109-121, 1976.
- 68 Jaramillo, J., Pineda, C. y Contreras, G. Atención primaria de salud en zonas urbanas marginales. El modelo de Costa Rica. *Bol Of Sanit Panam* 97(3):189-200, 1984.
- 69 Rubin, G., Chen, C., de Herrera, Y., de Aparicio, V., Massey, J. y Morris, L. Trabajadores de atención primaria. El programa de auxiliares rurales de salud en El Salvador. *Bol Of Sanit Panam* 94(6):560-570, 1983.
- 70 González, R. Innovative experiences in mental health care in Latin America. Documento inédito.
- 71 Durán, L. I., Reisman, A., Becerra, J. y Pucheu, C. Pronóstico de necesidades de recursos humanos en el campo de la salud mental en México. *Bol Of Sanit Panam* 96(5):387-396, 1984.
- 72 Pérez, C. E., Fefer, E., Peña, J., Katatsky, M., Ortiz, J. y Marchán, E. Drug delivery systems for primary health care in Latin America. *Bull Pan Am Health Organ* 17(2):201-203, 1983.
- 73 Gudeman, J. E. y Shore, M. F. Beyond deinstitutionalization: a new class of facilities for the mentally ill. *N Engl J Med* 311:832-836, 1984.
- 74 Organización Mundial de la Salud. *Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones*. Ginebra, 1984. Serie de Informes Técnicos 698.
- 75 Perlmutter, F. D. ed. *Mental Health Promotion and Primary Prevention*. San Francisco, Jossey-Bass Inc. Publishers, 1982.
- 76 Peralta, E. C. La educación en el logro de una meta: Salud para todos en el año 2000. *Bol Of Sanit Panam* 91(5):401-407, 1981.
- 77 Ehrlich, S. P. y Litvak, J. El envejecimiento y los países en desarrollo de la Región de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 91(6):512-519, 1981.
- 78 González, R. El Programa Nacional sobre la Tercera Edad en Costa Rica. Informe. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, abril de 1984.
- 79 González, R. Aspectos psicosociales. Informe de la Reunión de los Países del Cono Sur. Programa de Control de Enfermedades Crónicas. Punta del Este, Uruguay, abril de 1984.
- 80 González, R. Factores psicosociales y atención primaria de salud a la madre y el niño. Washington, DC, enero de 1984. Documento inédito.
- 81 Tisminetzky, M., Madrigal, A. M. y Petrin, N. Enfoque de la prevención primaria desde un centro de asistencia de salud mental. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 29:105-110, 1983.
- 82 Ehrlich, S. P. Condiciones de salud en las Américas: guía para una política de investigación en salud. *Bol Of Sanit Panam* 94(4):348-361, 1983.
- 83 Tovar, H., Gutiérrez, H. y Villanueva, R. La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. *Salud Mental* 7:10-23, 1984.

- 84 Pucheu, C., Torres, J. y de la Fuente, J. R. Marcos de referencia para la investigación sociomédica—psiquiátrica. *Salud Mental* 8:8-15, 1985.
- 85 De la Fuente, R. Visión panorámica de las actividades del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental* 7:4-9, 1984.
- 86 Organización Panamericana de la Salud. La farmacodependencia en la Región de las Américas. XXVII Reunión del Consejo Directivo. Washington, DC, septiembre-octubre de 1980. Documento mimeografiado CD 27/28.
- 87 Negrete, J. C. Evaluación de salud pública sobre la masticación de hoja de coca. *Bol Of Sanit Panam* 88(2):109-118, 1980.
- 88 Míguez, H. A. Farmacodependencia de la pobreza: su prevalencia en Costa Rica. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 30:255-263, 1984.
- 89 Herrell, I. C. Informe de la asesoría sobre el desarrollo de programas integrales en el área de la farmacodependencia en la República de Colombia, 14 a 22 de septiembre de 1984. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 90 Smart, R. Informe de asesoría relacionada con los programas de prevención de la farmacodependencia en la República de Colombia, 21 de noviembre a 2 de diciembre de 1982. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 91 Horwitz, J., Marconi, J. y Adis Astro, G. eds. *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires, Acta, Fondo para la Salud Mental, 1967.
- 92 Caetano, R. Problemas relacionados con el consumo de alcohol en América Latina. Revisión bibliográfica. *Bol Of Sanit Panam* 97(6):497-525, 1984.
- 93 Negrete, J. C. El alcohol y las drogas como problemas de salud en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 81(2):158-175, 1976.
- 94 Mariátegui, J. Problemática del alcoholismo en el Perú: una visión en perspectiva. *Rev Neuropsiquiatr* 47:1-21, 1984.
- 95 Oliveira Dantas, R. Alcoolismo em trabalhadores da zona urbana e rural. Uma experiência em Brasil. *Bol Of Sanit Panam* 94(1):76-82, 1983.
- 96 Míguez, H. A. Prevalencia de niveles de ingestión de alcohol en Costa Rica. *Bol Of Sanit Panam* 95(5):451-460, 1983.
- 97 González, R. y Katatsky, M. E. The epidemiology of drug and alcohol abuse in Latin America. Trabajo presentado en: ARF/WHO Seminar on Substance Abuse. Toronto, noviembre de 1977.
- 98 Naveillan, P. y Vargas, S. Expectativa de vida del bebedor problema en Santiago, Chile. III. Estimación de tasas específicas de mortalidad. *Bol Of Sanit Panam* 96(4):334-341, 1984.
- 99 Fabiani, C. A. Tetania alcohólica boliviana ("Tistapis") *Med Interam* 4:11-15, 1985.
- 100 Heath, D. B. Informe final sobre la asesoría a corto plazo al Ministerio de Salud de Chile, para la evaluación socioantropológica de programas relacionados con problemas de alcohol, 3 a 18 diciembre de 1983. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 101 Smart, R. G., Natera, G. y Almendares, J. Ensayo de un nuevo método para estudiar el consumo de alcohol y sus problemas en tres países de las Américas. *Bol Of Sanit Panam* 91(6):499-511, 1981.
- 102 Alarcón, R. Impacto urbano y salud mental. In: Valdivia, O. y Bazán, E. eds. *Psiquiatría peruana*. Lima, P. L. Villanueva, 1978. Vol. V, pp. 70-95.
- 103 Ahearn, F. y Rizo Castellón, S. Problemas de salud mental después de una situación de desastre. *Bol Of Sanit Panam* 85(1):1-15, 1978.
- 104 Ahearn, F. Ingresos en servicios de psiquiatría después de un desastre natural. *Bol Of Sanit Panam* 97(4):325-335, 1984.
- 105 Organización Mundial de la Salud. *International Pilot Study of Schizophrenia*. Ginebra, 1974. Publicación en Offset 2.
- 106 Breier, A. y Strauss, J. J. The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 141:949-955, 1984.

- 107 Falloon, J. R. H., Boyd, J. L., McGill, C. W., *et al.* Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia. A controlled study. *N Engl J Med* 306:1437-1440, 1982.
- 108 León, C. A. Contribuciones de la investigación epidemiológica a la clasificación de los trastornos mentales. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 30:89-104, 1984.
- 109 Alarcón, R. D. A Latin-American perspective on DSM-III. *Am J Psychiatr* 140:102-105, 1983.
- 110 González, R. El programa de salud mental de la OPS. Washington, DC, junio de 1983. Manuscrito inédito.
- 111 Velasco, F. R. La salud mental, estrategias para el futuro. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 22:149-154, 1976.

## SUMMARY

### MENTAL HEALTH IN LATIN AMERICA, 1970-1985

Population growth and expanding urbanization in Latin America are particularly important in health trends, including that of mental health. This paper reviews the situation since 1970 and describes the lines taken by some countries regarding the need for a coherent mental health policy. This up-to-date review brings out the factors that have limited the progress that might have been expected in the region in this field.

Few countries have national plans that provide for systematic development of the care and prevention of psychiatric diseases. In these countries the broad lines of action have been the decentralization of resources, an interrelating of preventive tasks and, in recent years, the inclusion of mental health in primary care programs. The legislation in this area is obsolete, and the complex structure of health ministries and a lack of proper staff prevent mental health divisions, where they exist, from operating effectively.

The picture in regard to the number of psychiatric beds and outpatient facilities has not changed much in recent years; it is estimated that only 15% of all hospital beds are for mental health care and that the outpatient clinics number no more than 1 000. About 7 000 specialists practice psy-

chiatry, 80% of them in urban areas, so that the figures on these professionals per number of inhabitants are usually deceptive. There are only about 1 000 nurses currently employed exclusively in psychiatry, 300 social workers and 150 occupational therapists. While the trend of recent years has been toward a modernization of mental health programs, the scarcity of professional and teaching staff, and particularly of nonprofessional workers, makes that task more difficult.

This situation is an outcome of diverse circumstances and factors, notably political unrest and severe social imbalances in several countries of the region, lack of financial resources for mental health, and manpower limitations, as well as others of a legal and cultural nature, which all converge to impede the solving of general and specific problems. Among the former, the paper discusses a lack of coherent policies and of staff training and instruction, a shortage of material resources, the incorporation of psychosocial activities in prevention and health promotion programs, and mental health research. The specific problems include drug addiction, alcoholism, migration, suicide and other acts of violence, problems of childhood and adolescence, psychoses, and other clinical pictures.



It is concluded that, in the immediate future, objective and realistic consideration must be given to a variety of strategies for extending the coverage of mental health to all care levels by training appropriate personnel and selecting and devising appropriate technologies. Meanwhile, organizations such as the Pan American Health Organization must continue to provide technical advisory services and to favor cooperation among countries, joint research, and the dissemination of technical information.

## RESUMO

### A SAÚDE MENTAL NA AMÉRICA LATINA, 1970-1985

O crescimento da população e o aumento de urbanização na América Latina têm um impacto importante nas tendências da saúde, inclusive a saúde mental. Examina-se a situação a partir de 1970 e indicam-se as propostas que alguns países apresentaram com respeito à necessidade de uma política orgânica de saúde mental. Trata-se de uma revisão atualizada assinalando os fatores que limitaram o progresso que poderia ter ocorrido na região nesse campo.

Poucos países têm planos nacionais que promovam um desenvolvimento sistemático do atendimento e prevenção de doenças psiquiátricas. Nesses países as grandes linhas de ação têm sido a descentralização dos recursos, inter-relação das tarefas preventivas e, recentemente, incorporação da saúde mental em programas de atendimento primário. A legislação nesse aspecto é obsoleta, e a complexa estrutura dos ministérios da saúde, bem como a carência de pessoal adequado, impedem um funcionamento eficaz das divisões de saúde mental.

Quanto ao número de leitos psiquiátricos e de centros de consulta externa, o panorama não mudou muito nos últimos anos; calcula-se que somente 15% do total de leitos hospitalares correspondem a atendimento de saúde mental e que os consultórios externos somam apenas 1 000. No campo psiquiátrico, trabalham cerca de 7 000 especialistas, sendo 80% concentrados em zonas urbanas, de maneira que as cifras relativas ao número desses profissionais por habitante podem ser enganadoras. Atualmente somente cerca de 1 000 enfermeiros trabalham exclusivamente nos serviços psiquiátricos, e o número de assistentes sociais e terapeutas ocupacionais é de 300 e 150, respectivamente. Embora nos últimos anos tenha havido uma tendência à modernização dos programas de saúde mental, a escassez de profissionais, professores e, sobretudo, trabalhadores não profissionais dificulta ainda mais a tarefa.

Essa situação é explicada por diversas circunstâncias e fatores, entre os quais se destacam a efervescência política e os graves desajustes sociais em vários países da região, a falta de recursos financeiros para a saúde mental e as limitações dos recursos humanos, bem como outras limitações de ordem legal e cultural, que confluem para tornar penosa a solução de dois grandes grupos de problemas: gerais e específicos. Entre os primeiros, discute-se a falta de políticas coerentes, formação e treinamento de pessoal, escassez de recursos materiais, incorporação de atividades psicossociais nos programas de prevenção e promoção da saúde e pesquisa no campo da saúde mental. Entre os problemas específicos encontram-se o consumo de drogas, alcoolismo, migrações, suicídio e outros atos de violência, problemas da infância e adolescência, psicoses e outros quadros clínicos.

Conclui-se que no futuro imediato deve-se considerar, com critérios objetivos e realistas, diversas estratégias para estender a cobertura da saúde mental a todos os níveis de atendimento mediante habilitação do pessoal adequado e seleção ou criação de tecnologias apropriadas. Por sua vez, organismos como a Organização Pan-Americana da Saúde devem continuar proporcionando as-

essoria técnica e favorecendo a cooperação entre os países, a pesquisa conjunta e a difusão de informações técnicas.

## RÉSUMÉ

### LA SANTÉ MENTALE EN AMÉRIQUE LATINE, 1970-1985

La croissance de la population et la progression de l'urbanisation en Amérique latine revêtent une importance particulière pour les tendances de la santé, et notamment de la santé mentale. Cet ouvrage examine la situation à partir de 1970 et indique les règles que se sont fixées certains pays en ce qui concerne la nécessité d'une politique organique de santé mentale. Il s'agit d'une révision actualisée qui met en relief les facteurs qui ont limité le progrès que la région aurait pu accomplir dans ce domaine.

Peu de pays ont des plans nationaux qui envisagent un développement systématique du traitement et de la prévention des maladies psychiatriques. Dans ces pays, les grandes lignes d'action ont été la décentralisation des ressources, l'interaction des mesures préventives et, depuis quelques années, l'incorporation de la santé mentale dans les programmes de soins de santé primaires. La législation à cet égard est dépassée et la structure complexe des ministères de la santé, ainsi que le manque de personnel approprié, empêche les services de santé mentale, si ceux-ci existent, de fonctionner efficacement.

La situation en ce qui concerne le nombre de lits des services de psychiatrie et le nombre de centres de consultation externe n'a guère changé au cours de ces dernières années; on estime que 15% seulement des lits d'hôpitaux sont réservés aux malades mentaux et que le nombre des patients en consul-

tation externe atteint à peine 1 000. La psychiatrie occupe près de 7 000 spécialistes, dont 80% sont concentrés dans les zones urbaines, de sorte que les chiffres indiquant le nombre de ces professionnels par habitant sont trompeurs. Actuellement, seuls 1 000 infirmiers travaillent exclusivement dans les services de psychiatrie, et les nombres d'assistantes sociales et de thérapeutes de profession sont respectivement de 300 et de 150. Si la tendance de ces dernières années a été à la modernisation des programmes de santé mentale, le manque de personnel professionnel et de formateurs, et surtout de travailleurs non professionnels, rend la tâche encore plus difficile.

Cette situation s'explique par des circonstances et des facteurs distincts parmi lesquels se détachent l'effervescence politique et les graves différences sociales qui existent dans divers pays de la région, le manque de ressources financières pour la santé mentale et les ressources humaines limitées, ainsi que d'autres facteurs d'ordre juridique et culturel, qui rendent difficile la solution des problèmes généraux et spécifiques. Parmi les premiers sont examinés le manque de politiques cohérentes, la formation du personnel, l'insuffisance des ressources matérielles, l'incorporation d'activités psycho-sociales aux programmes de prévention sanitaire et de promotion de la santé, et la recherche dans le domaine de la santé mentale. Parmi les problèmes particuliers figurent l'usage de drogue, l'alcoolisme, les migrations, le suicide et les autres actes de violence, les problèmes de l'enfance et de l'adolescence, les psychoses et autres phénomènes cliniques.

Cet ouvrage conclut que les mesures qui seront prises dans l'avenir immédiat devront considérer selon des critères objectifs et réalistes diverses stratégies destinées à étendre la couverture de la santé mentale à tous les niveaux de soins par la formation du personnel nécessaire et par le choix ou la création des technologies appropriées. Pour leur part, les organismes tels que l'Organisation panaméricaine de la Santé doivent continuer à apporter leurs compétences techniques et à favoriser la coopération entre pays, la recherche conjointe et la diffusion d'informations techniques.