

POLITICA DE SALUD MENTAL EN LA AMERICA LATINA

JUAN MARCONI TASSARA

1. Introducción. Enunciar una política de salud mental significa, en último término, encontrar el ajuste adecuado entre la magnitud del problema y los recursos para resolverlo.

La psiquiatría latinoamericana anterior a 1950 definió la magnitud de su campo de acción en torno a las psicosis y cuadros orgánicos cerebrales. Su respuesta fue la creación de asilos y hospitales psiquiátricos.

Desde hace 25 años, estudios epidemiológicos de terreno realizados en diversos países latinoamericanos, nos han revelado tasas de morbilidad en alcoholismo iguales a la suma de las tasas de psicosis y cuadros orgánicos, duplicando así la magnitud del problema de salud mental. Estos mismos estudios describen a la neurosis como el cuadro de mayor prevalencia, tres veces superior al alcoholismo. En síntesis la magnitud del problema se ha quintuplicado con la incorporación del alcoholismo y la neurosis al campo de acción del psiquiatra y su equipo profesional.

La respuesta a esta demanda acrecentada se inicia en la década del 60 y

Trabajo publicado originalmente en: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, v.22, 1976, pp. 112-120.

Para aspectos relacionados con el tema de este trabajo, véase la Comunicación que se publica en este mismo número, pp.....

asume dos formas: la unidad de salud mental, cadena de servicios sectorizados en torno a servicios de psiquiatría en hospitales generales, y el programa integral de salud mental, el cual, además de la cadena anteriormente citada de servicios, entrega a las comunidades locales la solución del grueso de los problemas prevalentes: alcoholismo y neurosis en adultos, y privación sensorial en preescolares.

El objetivo del presente trabajo es discutir este balance entre necesidades y recursos en salud mental, en el contexto de la realidad latinoamericana.

2. Definición y magnitud del problema de salud mental. Es necesario fijar operacionalmente la definición del problema de salud mental, y en relación con ella anunciar los objetivos de los programas.

El grado precario de desarrollo socioeconómico y la coyuntura política actual en Latinoamérica, nos impiden incluir en la definición del problema de salud mental a indicadores de la llamada patología social (suicidios, homicidios, prostitución, divorcio, etc.) cuyo control exigiría profundas transformaciones macrosociales, que sobrepasan la acción del equipo de salud mental.

Otro tanto vale para criterios tales como la realización de las potencialidades individuales, tan estrechamente ligadas a la clase social.

El criterio clínico aplicado a la epidemiología psiquiátrica nos permite operar con definiciones realistas y mensurables.¹ Sin embargo, la definición clínica del caso, en estudios de prevalencia, puede hacerse a nivel puramente ostensivo o sintomático, lo cual abulta las tasas de prevalencia en forma insostenible, como sucede, por ejemplo, con la tasa de 97% de desórdenes mentales, encontrada por Adis Castro y cols. en Costa Rica, en 1970.²

Con los criterios estructural y patogénico de definición de casos, se han realizado en Perú, Chile y Argentina,³ estudios de prevalencia que señalan tasas globales de desórdenes mentales de 18, 19 y 18%, respectivamente. Los estudios realizados con idéntica metodología en Santiago de Chile y Buenos Aires, revelan un aumento notable de la prevalencia a medida que desciende el nivel socioeconómico, con particular énfasis en alcoholismo, epilepsia y neurosis.

Para los fines del presente trabajo, y en especial de la discusión final de la experiencia en programas de salud mental utilizaremos como indicadores de la magnitud del problema de salud mental en mayores de 15 años, las siguientes tasas de prevalencia, de los seis modelos psicopatológicos básicos:

—Neurosis	15%	—Demencia	1%
—Alcoholismo	5%	—Retardo Mental	1%
—Epilepsia	2%		
—Psicosis	1%	Total	<u>25%</u>

La diferencia entre este 25% de la población adulta afectada y las tasas citadas de 18 y 19%, se explica porque, para la neurosis, nos quedamos con la tasa redondeada de 15% del segundo estudio del Gran Santiago, en 1968, que afinó la definición de caso adecuadamente, y, para alcoholismo, con la tasa de 5%, repetidamente confirmada en Chile.

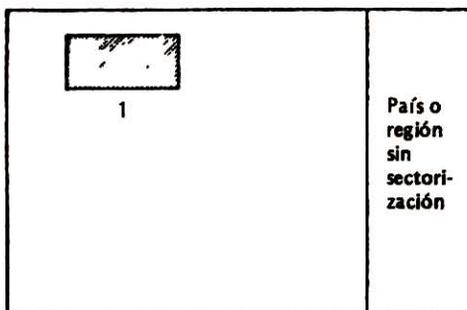
En los menores de 15 años, operaremos con la misma cifra, dada la ausencia de estudios epidemiológicos de terreno. Probablemente en este grupo, la tasa global real sea mayor de 25%, si se piensa en la suma de problemas tales como dislexia, disfunción cerebral mínima, enuresis, retardo mental y otros.

Los objetivos de un programa de salud mental, definido en los términos enunciados antes, serían disminuir la incidencia, la prevalencia, la invalidez y muerte, en torno a los seis modelos psicopatológicos mencionados: neurosis, alcoholismo, epilepsia, psicosis, demencia y retardo mental.

Se desarrollarán acciones específicas de prevención primaria (disminución de incidencia), secundaria (de la prevalencia), y terciaria (de la invalidez y muerte), en relación con cada desorden mental. Podemos citar como ejemplo de acciones de prevención primaria a la elevación del nivel general de vida, la atención cuidadosa de los partos, la educación masiva para modificar hábitos patogénicos, etc. De prevención secundaria, el diagnóstico y tratamiento precoces de los casos de patología mental. De prevención terciaria, la rehabilitación masiva de los pacientes ya estabilizados o crónicos.

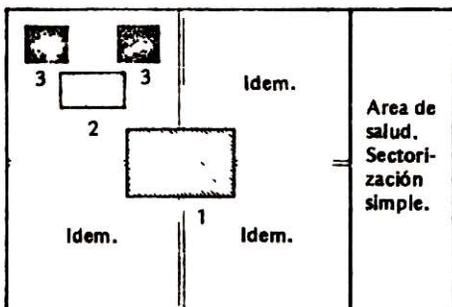
Examinemos ahora cuáles son los tipos de programas de salud mental y su respuesta a este objetivo tan exigente: la salud mental de un cuarto de la población de nuestros países latinoamericanos.

3. Tres modelos de programas de salud mental. Universalmente existen tres modelos de programas de salud mental: asilo-hospital psiquiátrico, unidad de salud mental y programa integral. El indicador más valioso para reconocer estos modelos es la estructura básica de sus recursos institucionales. La figura 1 nos señala, con respecto al asilo-hospital psiquiátrico, su posición excéntrica a los núcleos de población, su falta de sectorización en un país o región, su ausencia de servicios auxiliares periféricos. En cambio, tanto la unidad de salud mental como el programa integral muestran, por cada área de salud urbana o rural, un centro de salud mental en el hospital general del área, una red de consultorios periféricos y, sectorizados con estos últimos, talleres y hogares protegidos para pacientes de larga evolución. En el programa integral se agregan a lo anterior, múltiples centros comunitarios de salud mental, conectados con los consultorios periféricos y que, a su vez, llegan a la sectorización detallada de la comunidad, en manzanas o en caseríos de modo que el programa alcance a toda la población en forma eficaz.



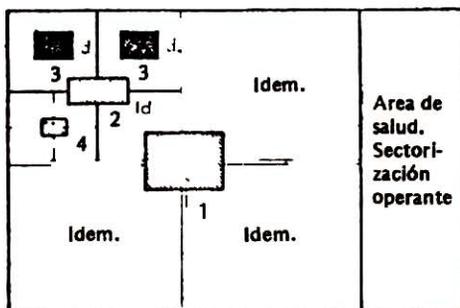
a) Asilo - hospital psiquiátrico

1. Hospital psiquiátrico



b) Unidad de salud mental

-  1. Centro de salud mental hospital general*
-  2. Consultorio periférico
-  3. Hogar y taller protegido



c) Programa integral

- 1. Centro de salud mental hospital general
- 2. Consultorio periférico
- 3. Hogar y taller protegido
-  4. Centro comunitario de salud mental

*El centro de salud mental comprende: consulta externa general, hospital diurno, hospital completo, urgencia psiquiátrica, taller central de rehabilitación, asesoría y educación de comunidad, docencia e investigación.

Fig. 1. Estructura básica de recursos institucionales en los tres modelos de programas de salud mental.

El centro de salud mental en el hospital general comprende una serie de servicios que reducen a un mínimo la hospitalización completa: consulta externa

central, urgencia psiquiátrica, hospital diurno, hospital completo, taller central de rehabilitación, asesoría y educación de la comunidad, docencia e investigación.

A su vez, el centro comunitario de salud mental, la institución más periférica del área, propia del programa integral, comprende actualmente tres subprogramas: neurosis y alcoholismo en adultos y privación sensorial en preescolares.

Además de esta estructura institucional diferente, hay muchos otros caracteres diferenciales de los tres programas, que los convierten en tres subculturas fácilmente reconocibles, aun por las actitudes del personal que en ellos trabaja, y, en general, por los valores que subyacen al diseño y funcionamiento de cada modelo.

El cuadro 1 describe las categorías diferenciales más importantes.

CUADRO NUMERO 1			
CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS TRES MODOS DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL			
Características	a) Asilo-Hospital Psiquiatrico	b) Unidad de Salud Mental	c) Programa Integral
1. Concepción enfermedad mental	Estática: Biologica	Dinamica: Bio psicologica	Dinamica. B opicosocia
2. Objetivos	Prevencion terciaria	Prevencion secundaria	Prevencion primaria
3. Recursos institucionales	Para región o país: Hospital unico, especializado	Para cada area de salud: a) centro salud mental; b) consultorios perifericos; c) hogares y talleres protegidos	Para cada area de salud: a, b, c, idem a unidad de salud mental; d) centros comunitarios de salud mental
4. Actitud hacia persona enferma	Diferente al normal, peligroso, impredecible	Expresa exageradamente rasgos normales	Miembro de la comunidad que debe ser ayudado
5. Actitud hacia hospitalización	Centrípeta, acumula pacientes crónicos	Centrífuga, no acumula crónicos	Idem a unidad de salud mental

6. Técnicas terapéuticas	Custodial, o tratamiento físico	Psicoterapia, terapia conductual, psicofármacos	Socioterapia, terapia conductual, psicofármacos
7. Administración	Feudal, autoritaria	Democrática centralizada	Democrática centralizada
8. Formación de personal	Tutorial, centrada en psiquiatras	Institucional, centrada en equipo profesional	Masiva, centrada en líderes comunitarios
9. Investigación	Nosología, terapias biológicas	Terapias conductuales, ciencias básicas	Ciencias sociales aplicadas
10. Cobertura asistencial	Nula	Parcial	Total
11. Difusión y crecimiento	Nulo	Lento, por alto costo	Rápido, con bajo costo
12. Valor básico subyacente	Seguridad	Rendimiento técnico	Ayuda Integral

En resumen, el modelo asilo-hospital psiquiátrico se caracteriza por ser: estático, centrado en un servicio, sin sectorización, discriminatorio para el paciente, custodial, feudal, con docencia autoritaria, centrado en nosología, nula cobertura asistencial, nula dinámica de crecimiento, y altísimo costo en proporción al bajo rendimiento.

El modelo unidad de salud mental, sería dinámico, centrado en cadena de servicios sectorizados, no discriminatorio, centrífugo, terapéuticamente activo, democrático, con docencia institucional, centrado en investigación básica, parcial cobertura asistencial, dinámica lenta de crecimiento, y costo elevado, pero con buen rendimiento.

El modelo programa integral, por último, es dinámico, centrado en red de servicios, con perfecta sectorización, no discriminatorio, centrífugo, centrado en socioterapia, democrático descentralizado, con docencia masiva de líderes comunitarios, centrado en ciencias sociales aplicadas, con total cobertura asistencial, crecimiento rápido, costo bajo y rendimiento elevado.

4.— Niveles de desarrollo socioeconómico y programas de salud mental. Se acepta, en general, que morbilidad psiquiátrica constituye el primer problema de salud pública en cuanto a magnitud. No hay duda que un 20 a 25% de la población necesita atención, tanto en países industrializados como en desarrollo.

También es un hecho general la existencia de programas de tipo asilo-hospital psiquiátrico en todo el mundo, ya sea como remanente del pasado en proceso de cambio, o como respuesta aceptada al problema de salud mental.

En aquellos países que intentan seriamente reemplazar esta estructura, la política oficial es instalar unidades de salud mental, pretendiendo cubrir la demanda con recursos institucionales tecnificados y en manos de profesionales de salud mental.

Pensemos sólo en prevención secundaria, diagnóstico y tratamiento precoz, hecha por profesionales, a un 10 a 15% de la población adulta afectada de neurosis y un 3 a 5% adicional que sufre de alcoholismo. Supongamos un 60% de adultos y dos consultas por año en cada caso. Si suponemos, como estimación conservadora, 15% de morbilidad conjunta para neurosis y alcoholismo, en una población de un millón de habitantes tendríamos 90.000 casos, 180.000 consultas al año. Ello implica, con 250 días hábiles anuales, 720 consultas diarias. Si un psiquiatra atiende 3 consultas por hora, necesitamos 240 horas/psiquiatra al día (es decir 60 psiquiatras con 4 horas diarias,) sólo para atender estos dos cuadros clínicos. La morbilidad psiquiátrica clásica (psicosis, epilepsia, demencia, retardo mental) necesita, para el mismo millón de habitantes, 20 psiquiatras adicionales con las mismas normas de atención externa.

Pocos países tienen una posibilidad real de disponer actualmente, o en el futuro, de 80 psiquiatras por cada millón de habitantes, y así aspirar a un buen programa tipo unidad de salud mental. Cada psiquiatra implica tres o cuatro profesionales auxiliares, psicólogo, enfermera, etc., en un equipo multidisciplinario.

Aunque se delegue a médicos generales la mayoría de los casos de neurosis y alcoholismo, la meta de 60 médicos por millón de habitantes dedicados a salud mental, está fuera del alcance de la mayoría de los países.

Además es necesario construir y habilitar unidades de salud mental con un centro en cada hospital general base, y sus servicios periféricos, todo lo cual es de un costo muy elevado, o simplemente está fuera del alcance de los países pobres. Sin embargo, éstos tienden a copiar las soluciones pensadas en países industrializados, sin analizarlas críticamente.

Es necesario crear otro tipo de programa de salud mental, adaptado a la realidad de los países en desarrollo; este es el programa integral, que puede instalarse inicialmente con un mínimo de instituciones de apoyo, propias de la unidad de salud mental, como, por ejemplo, un consultorio o dispensario periférico, o una posta rural, ya existentes.

5. Alternativas actuales de programas de salud mental en América Latina.

Analizando los datos recogidos por los comités nacionales de 13 países latinoamericanos para la Conferencia de Salud Mental de las Américas, Correa, Viteri e Hidalgo⁴ concluyen que el déficit de psiquiatras para nuestros países alcanza un promedio de 81% fluctuando entre 60% en Chile y 98% en Honduras.

Sería necesario aumentar cuatro veces, como promedio, el número de psiquiatras en Latinoamérica para instalar programas tipo unidad de salud mental. El aumento necesario fluctúa desde 2.5 en Chile a 47 veces en Honduras. Los déficits más cercanos al promedio son los de Colombia con 84% y Ecuador, con 86%; ambos países deberían aumentar 6 veces su número actual de psiquiatras para instalar unidades de salud mental a nivel nacional.

La política de salud mental de los países latinoamericanos oscila entre dos abismos. Por un lado, los programas podrían crecer construyendo hospitales psiquiátricos y colonias o asilos para crónicos, condenando así a la población general al vacío que significa la falta de cobertura adecuada de la morbilidad mental. El otro abismo es programar como solución única la construcción de unidades de salud mental a nivel nacional. La dirección sería correcta, pero dado el alto costo y la ausencia de personal entrenado, nos tomaría 50 años lograr una cobertura aceptable, y entre tanto, tendríamos el mismo vacío de atención en la mayor parte del país.

Necesitamos un programa de bajo costo, de acelerada difusión, de dinámica interna alta, que utilice recursos locales, para así descubrir el medio siglo que requerirá en Latinoamérica la instalación de las unidades de salud mental a nivel nacional.

El programa integral cubrirá este vacío, históricamente determinado por nuestro subdesarrollo industrial.

El programa integral culmina con la instalación completa de la unidad de salud mental, con su compleja y costosa cadena de servicios. Se invierte así el sentido de la programación, que ya no comienza con el requisito de construir un centro de salud mental en el hospital base de un área, sino que puede comenzar con los recursos locales más periféricos, el hogar de un alcohólico o un neurótico recuperados. Sumando esfuerzos, pasa por la agrupación o club de alcohólicos o neuróticos recuperados y de la unión de ellos, surge el centro comunitario de salud mental, en el seno de la comunidad local. La red se extiende luego con el consultorio periférico o posta rural, con hogares y talleres protegidos y finalmente con el centro de salud mental en el hospital base del área.

Si observamos nuevamente la figura 1 que ilustra la estructura de recursos institucionales, el programa comienza por el nivel 4 de recursos y asciende hasta el nivel 1, en la medida que el aspecto financiero lo permita. El énfasis fundamental no está en los recursos materiales, como en los programas anteriores, sino

en los recursos humanos, y en particular, en los líderes comunitarios que trabajan voluntariamente, y obtienen rendimiento máximo con costo mínimo, aprovechando integralmente los recursos locales de todo tipo.

6. La transición entre los tres modelos de programas: la experiencia chilena entre 1968 y 1976. A raíz de los cambios de gobierno sucedidos en Chile, en 1970 y 1973, podemos estimar la situación chilena, en los últimos ocho años, como un verdadero laboratorio social para poner a prueba el cambio desde el modelo asilo-hospital psiquiátrico al programa integral de salud mental.

Definiremos inicialmente los antecedentes generales y la elección del área de demostración, para luego analizar las vicisitudes del programa integral durante tres gobiernos de signos contrapuestos.

6.1. Antecedentes generales y elección del área. Hasta 1965, se acepta en Chile el modelo asilo-hospital psiquiátrico, con 5,000 camas para 10 millones de habitantes. Durante el año 1966, el Servicio Nacional de Salud aprobó, en general, un programa nacional de salud mental que se proponía crear 16 unidades de salud mental, 5 en Santiago y 11 en provincias; el área norte de Santiago se definió como experiencia de demostración y formación de personal para todo el país. Serviría como apoyo de la unidad del área norte uno de los servicios de agudos del hospital psiquiátrico de Santiago, ubicado en dicha área. Se crearía además un centro de salud mental con los servicios ya descritos antes, y la atención periférica de morbilidad y rehabilitación.

Este proyecto de unidad de salud mental del área norte de Santiago, dirigido en su aspecto asistencial por el doctor José Horwitz, sufrió dilaciones en la entrega de los recursos nacionales; local para el centro de salud mental y personal.

Analizándolo retrospectivamente, fue un error pretender iniciar el cambio en salud mental en el área norte de Santiago, donde se agrupan la mayor parte de los recursos del país, con el Hospital Psiquiátrico de Santiago, sus 2,400 camas y 80 psiquiatras, y la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, con 40 a 50 psiquiatras adicionales, todos formados en el modelo asilo-hospital psiquiátrico.

La formación del autor en el programa integral de alcoholismo, durante 1967, permitió invertir el proceso de planificación, eligiendo en 1968, a raíz de los postulados de la reforma universitaria iniciada ese año, el área sur de Santiago, con un millón de habitantes y ningún recurso local en salud mental.

El área sur de Santiago comprende las comunas de San Miguel, La Cisterna, San Bernardo y Calera de Tango. La clase obrera se estima en un 90% de la población. Tiene agua potable domiciliaria el 80% de la población, el 60% tiene alcantarillado, hay 8.000 fosas sépticas y 40.000 letrinas.

Un 57.5% del millón de habitantes es mayor de 15 años, es decir 575.000 personas.

Aplicando las tasas de prevalencia iniciadas anteriormente, tendríamos, en adultos:

Tasa estimada	No. de casos estimados
15% neurosis	86.250
5% alcoholismo	28.750
2% epilepsia	11.500
1% psicosis	5.750
1% demencia	5.750
1% deficiencia mental	5.750
Total	143.750 casos

En los menores de 15 años, 425.000 niños, tendríamos con la misma tasa global de 25% de prevalencia, 106.250 casos adicionales, dando un total, para todas las edades, de 250.000 casos.

El área sur de Santiago dispone del hospital base, Barros Luco-Trudeau, con 1.100 camas, 4 hospitales adicionales, uno pediátrico entre ellos, y 18 consultorios periféricos.

En 1968, no existían en el área recursos institucionales en salud mental, y por ello la elegimos, para demostrar un nuevo enfoque de acción, basado en el modelo integral.

6.2. Programa integral. 1a. etapa, 1968-1970. Esta etapa ha sido objeto de una publicación anterior.⁵ Se caracteriza a nivel institucional por la instalación de dos consultas externas en salud mental, una periférica en el consultorio Santa Anselma y otra en el consultorio externo central del hospital base del área. A nivel poblacional, se inició la acción con el programa integral de alcoholismo, aumentando el número de centros de alcohólicos recuperados de 4 a 20. Se hicieron cursos de líderes alcohólicos recuperados (D4), religiosos (D3), asistentes sociales y enfermeras (D2) y médicos generales (D1). Se realizaron jornadas comunitarias de salud mental para toda el área, para incorporar a organismos de base de la comunidad.

Se inició la formación de pregrados de médicos, con el modelo integral en alcoholismo, así como investigaciones evaluativas del programa. A comienzos de 1970, se empezó a diseñar el programa integral de neurosis.

Entre octubre de 1968 y octubre de 1969, medimos la demanda espontánea

nea de atención en el consultorio periférico de Santa Anselma, donde iniciamos el programa. Se atendieron 743 adultos y 539 niños, 1.282 casos en total. El 42% de las consultas correspondió a psiquiatría infantil. Dentro de los adultos, el 38,9% consultó por alcoholismo y el 36,3% por neurosis, es decir el 75,2 de las consultas, se deben a estos cuadros. Epilepsia les sigue sólo con el 4,6% del total. De aquí además de los estudios de prevalencia, dedujimos que alcoholismo, neurosis y psiquiatría infanto-juvenil son los tres pilares iniciales de un programa integral.

En síntesis, entre 1968 y 1970, se realizó la fase de instalación del programa integral en alcoholismo.

6.3. Programa integral. 2a. etapa, 1971-1973. Durante este lapso se formularon los programas integrales de neurosis⁶ y deprivación sensorial cultural en preescolares.⁷

Se diseñó la teoría, y la práctica de tipo demostrativo de los tres programas integrales, alcoholismo, neurosis y privación sensorial, en una población normativa de 20.000 habitantes del área sur de Santiago ⁸

En el aspecto institucional, se planificó arquitectónicamente el Centro de Salud Mental del Hospital Barros Luco-Trudeau,⁹ demostrándose que la tasa de 1 cama psiquiátrica por cada mil habitantes, propia de la planificación tradicional de la O.M.S., puede rebajarse a 1 cama por cada 7 000 habitantes, aplicando las normas de planificación integral, con la consiguiente disminución de costo en instalación y funcionamiento.

Se perfeccionó la instalación del programa integral de alcoholismo en el área, instalándose 5 consultorios periféricos adicionales. Se extendió el programa integral de alcoholismo, con médicos formados en el área sur, a Antofagasta, en el norte y Concepción, en el sur de Chile. En esta última provincia, 7 de los 14 centros de alcohólicos recuperados adoptaron el programa integral.

En síntesis, entre 1971 y 1973, se formularon programas integrales de neurosis y privación sensorial, se extendió el de alcoholismo a Antofagasta y Concepción, y se formularon nuevas normas arquitectónicas para centros de salud mental, de acuerdo al programa integral.

6.4. Programa integral. 3a. etapa, 1974-1976. Durante 1974, se redefinió la política de salud mental para el área sur, orientándose los esfuerzos durante 1975 y 1976 a la construcción y puesta en marcha de los primeros servicios propios de la unidad de salud mental. Así, en setiembre de 1975 se inauguró el Centro de Salud Mental Infantil, en el hospital pediátrico del área, Exequiel González Cortez.

Durante 1976 se inició la construcción del Centro de Salud Mental del Hospital Barros Luco-Trudeau, con 30 camas de hospitalización. Asimismo se instaló, en edificio cedido por el hospital, la consulta externa central, creándose así el servicio de psiquiatría en los hospitales base del área, pediátrico y de adultos.

A mediados de 1976, se planea instalar un hospital diurno en un consultorio periférico.

Finalmente, se ha aprobado y se han iniciado actividades de un plan para transformar el antiguo Hospital Psiquiátrico de Puente Alto, un asilo con 100 camas de agudos y 1.200 pacientes crónicos, en un moderno centro de salud mental, aplicando las normas del programa integral. En el futuro, este centro servirá a todo el sector sur de Santiago, que corresponde a las áreas sur y sur oriente de salud con un total cercano a los dos millones de habitantes. Durante 1976, se instalará allí, inicialmente un programa de psicofarmacología clínica y un programa de capacitación del personal y rehabilitación de pacientes crónicos, que abarca todo el hospital, aplicando las normas de delegación de funciones del programa integral.

En síntesis, entre 1974 y 1976, se inicia la instalación de servicios de la unidad de salud mental del área sur, y la transformación de un asilo en un moderno centro de salud mental para las áreas sur y sur oriente de Santiago.

7. Comentario final. La práctica ha demostrado, en el área sur de Santiago, entre 1968 y 1976, con tres gobiernos de signos contrapuestos, que es posible, adecuándose a la situación y recursos disponibles, transformar un área de salud desprovista de recursos de salud mental en el área normativa y de entrenamiento del personal para el país en salud mental. Actualmente, desde 1975, el Servicio Nacional de Salud envía sus becados, primarios y de retorno en psiquiatría, preferentemente al área sur de salud, que se ha constituido, en 8 años, en el nuevo polo de desarrollo de la psiquiatría y la salud mental en Chile.

Se demuestra así, que el programa integral, postulado en la primera parte de este trabajo como el modelo de cambio de programas de salud mental en América Latina, tiene, en realidad, una dinámica flexible suficiente para implantarse en un área de salud desprovista inicialmente de recursos. El área se puede transformar en corto plazo, 8 años como ha sucedido en Chile, aun bajo gobiernos de orientación diferente, en un nuevo polo de desarrollo, normativo para el programa nacional de salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Horwitz J. y Marconi J.E. "Problema de las definiciones en el campo de la salud mental". Bol. Ofic. Sanit. Panam., 1966, p. 300.
- 2 Adis Castro G. y cols. "Prevalencia de problemas de salud mental en Costa Rica". En: Epidemiología psiquiátrica en América Latina. Mariátegui J. y Adis Castro G., editores. Buenos Aires. Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970.
- 3 Mariátegui J. y Adis Castro G. Epidemiología psiquiátrica en América Latina. Buenos Aires. Acta, Fondo para la Salud Mental, 1970.
- 4 Correa D., Hidalgo M. y Viteri F. 'Esbozo de un programa de salud mental infantil para la ciudad de Quito'. Dactilografiado. Seminario Depto. de Salud Pública, Salud Mental y Psiquiatría. Santiago, Chile, 1975.
- 5 Marconi J. "Asistencia psiquiátrica intracomunitaria en el área sur de Santiago. Bases teóricas y operativas para su implementación (1968-1970)". Acta psiquiát. psicol. Amer. Lat., 1971, v. 17, p. 255.
- 6 Minoletti A., Marconi J y otros. 'Programa intracomunitario de neurosis. Un modelo tentativo de prevención secundaria en adultos. Comunicación preliminar'. Acta psiquiát. psicol. Amér Lat., 1972, v 18, p. 15.
- 7 Pemjean A., Montenegro H., Marconi J. y otros. 'Privación sensorial. Un programa preventivo intracomunitario para preescolares de clase obrera urbana'. Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat., 1973, v. 19, p. 109.
- 8 Marconi J. "La revolución cultural chilena en programas de salud mental" Acta psiquiát. psicol. Amér. Lat., 1973, v. 19 p. 17.
- 9 Celedón A. y Silberman D. Centro de Salud Mental. Subdepartamento de Arquitectura. Santiago de Chile. S.N.S., 1971.

ABSTRACT

The author reviews the current epidemiological concepts in Latin America, assesses the general mental health levels and sets forth some basic proposals aiming at the allocation and use of scarce resources, incorporating as an important one the community itself.

The classic models for mental health programs, defined through their basic infrastructures, are analyzed: a) the institution-psychiatric hospital, aimed mainly at tertiary prevention, custody, and biological therapy, and having high

costs with reduced benefits; b) the mental health unit, aimed mainly at secondary prevention, providing several services, and having high costs with good benefits; and c) the comprehensive program, aiming mainly at primary prevention, providing several specialized services together with the use of the resources of the community itself, and having low costs with high benefits.

The article shows the current rates of prevalence for the six basic psychopathological entities: neurosis, alcoholism, epilepsy, psychosis, dementia, and mental retardation. Their global prevalence rate totals 25% in the population of more than 15 years of age.

To attain the minimal requirement of psychiatrists for that degree of prevalence, at least 50 years are needed, unless a new conception of mental health services is used.

The author proposes the generalized use of comprehensive programs as the only possibility of providing, within periods reasonably short, an adequate service. The importance of incorporating the mental health resources of the community is stressed.