

# Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitucionalización en América del Sur\*

LARROBLA, C. y BOTEGA, N. J.

Departamento de Psicología Médica e Psiquiatría, Faculdade de Ciências Médicas (FCM). Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Brasil.

## *Psychiatric care policies and deinstitutionalization in South America*

### Resumen

**Introducción:** *La reestructura de la asistencia psiquiátrica en América del Sur comenzó en la década del ochenta, acentuándose en la del noventa. Los organismos internacionales, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud, tuvieron un papel importante. Los cambios se oficializaron en la Declaración de Caracas, Venezuela (1990), priorizando la descentralización del hospital psiquiátrico, y la creación de estructuras alternativas, entre ellas las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHGs).*

**Objetivos:** *Obtener información sobre la situación de la asistencia psiquiátrica y los modelos institucionales en el continente, con especial énfasis en la organización de las UPHGs.*

**Metodología:** *Fueron utilizados dos cuestionarios postales, enviados a tres fuentes de información: Ministerios de Salud, Sociedades de Psiquiatría e Informantes clave.*

**Resultados:** *Se obtuvo buen índice de respuestas. Se constató que siete países tienen los programas documentados oficialmente y que el sector médico participó en su elaboración. Los recursos materiales son insuficientes; en ocho países los recursos humanos, también, son insuficiente. En los últimos 10 años siete países disminuyeron el número de camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos, creándose UPHGs en la totalidad de los países.*

**Conclusiones:** *Todos los países sudamericanos tienen programas de salud mental, algunos de ellos no son evaluados y tampoco tienen un presupuesto propio. Se presentó una tendencia a disminuir el número de camas psiquiátricas de los asilos, aumentando el número de camas en las UPHGs.*

**Palabras clave:** *Salud mental. Asistencia psiquiátrica. América del Sur. Hospital general.*

### Summary

**Introduction:** *The process of restructuring psychiatric care in South America began in the 80's and increased in the 90's. This process had its landmark in the Declaration of Caracas (1990), which reinforced the need for alternative services to the mental hospital.*

**Objectives:** *to analyse the current situation of the psychiatric care in South America, with special emphasis on Psychiatric Units in General Hospitals (PUGHs).*

**Methods:** *Two mail surveys were carried out. Questionnaires were sent to all Ministries of Health, Psychiatric Societies and key informants.*

**Results:** *All countries were represented in the returned questionnaires. In 7 countries there is a mental health plan. Material and human resources are inadequate in most countries. There has been a decrease in the total number of psychiatric beds over the last ten years. PUGHs were created in all the countries surveyed.*

**Conclusions:** *All South America countries have a mental health program. A higher percentage of the programs is devoid of an evaluation system and almost all the countries lack budget estimates for mental health care. It was observed that the total number of psychiatric beds has been decreasing in most countries, and that the PUGHs and other decentralized centers were adopted as an alternative to the mental hospital.*

**Key words:** *Mental health. Psychiatric care. South America. General hospital.*

Los países que conforman América del Sur presentan una gran heterogeneidad en varios aspectos: el grado de desarrollo, el nivel de crecimiento económico, algu-

nos factores culturales que están en la base de distintas idiosincrasias, etc. A pesar de esto, su elección para el estudio realizado se basó en que también existen elementos o puntos de convergencia que permiten establecer un abordaje de carácter grupal, poniendo en evidencia la riqueza tanto geográfica como social y cultural del continente.

\* El presente trabajo fue realizado con financiamiento de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

La evolución política es otro aspecto en el que presentan similitudes; América Latina, y por lo tanto, el continente sudamericano también, pasó por fases similares después de la colonización. Estas serían los períodos populistas -décadas del cuarenta y cincuenta-, pasando por las dictaduras militares de los sesenta y setenta hasta el presente, período denominado redemocratizador. Vinculado a este aspecto, se observan, en la evolución socioeconómica, también, elementos comunes, tanto en lo que se refiere al proceso descolonizador como en la formación de estructuras socioeconómicas nacionales. Una vez alcanzada la independencia política, se estableció una estructuración social y económica inestable, que presentó dificultades en el desarrollo autónomo. Esta situación llevó, a fines del siglo XIX y principios del XX, al surgimiento de un pacto social dominante basado en la hegemonía política de una pequeña minoría privilegiada (1). Se sentaron así, las bases de una distribución desigual de la riqueza, que continúa hasta el presente.

A partir del fin de la Segunda Guerra Mundial (1945) se puede identificar un punto de inflexión en la historia de la asistencia psiquiátrica. El proceso de cambio o reestructura, como se lo conoce, se llevó a cabo a través de la organización de estructuras alternativas a los clásicos asilos entre las cuales se encuentran las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG) (2). En 1941, Carlos Seguí funda la primera UPHG de América del Sur, en el Hospital Obrero de Lima, en Perú, sucediéndose así varios acontecimientos que propiciaron el desarrollo de las ideas de los diferentes movimientos que trabajaban por una reestructura en el área. A pesar de ello, las UPHGs en el sentido moderno del término surgieron, en América del Sur, a partir de los años ochenta (3).

La situación de los enfermos mentales en América Latina era igual a la vivida en Europa, ya que las ideas a ese respecto fueron introducidas por los docentes de las diferentes cátedras de psiquiatría formados en los grandes centros de producción del conocimiento. Las influencias de Estados Unidos se concretaron a partir de 1940, cuando la Fundación Rockefeller instrumenta un programa para la región. El mismo pone especial énfasis en la formación médica y en el desarrollo de un programa de intercambio entre docentes e investigadores (4).

En líneas generales, en la década del setenta el continente sudamericano presentaba una distribución desigual de los psiquiatras en los diferentes países, las mayores concentraciones se localizaban en las grandes ciudades o capitales, quedando de esa manera grandes áreas poblacionales sin cobertura asistencial psiquiátrica. La atención estaba centrada en los grandes asilos, caracterizados por encontrarse lejos de los centros urbanos, con una baja proporción de profesionales para el número de pacientes internados, pésimas condiciones de alojamiento, higiene, comida y vestimenta, y una carencia absoluta de discriminación de las diferentes patologías hospitalizadas (5). En otras palabras, la asistencia tenía carácter custodial y no existía rehabilitación.

Esta situación se mantiene igual hasta mediados de la década de los ochenta, cuando se restablecen las condi-

ciones políticas para la restauración de las democracias y los primeros intentos concretos de reestructura en el área de la asistencia psiquiátrica y su legislación. Esto fue posible por las reivindicaciones de derechos civiles de los movimientos sociales; los esfuerzos realizados por los agentes sociales no vinculados al trabajo de los científicos, pero sí vinculados a cuestiones políticas y económicas, fueron fundamentales (6). Este hecho ya había sido resaltado por Giel y Harding (7) cuando destacaban que los países del Tercer Mundo utilizaban recursos innovadores en el área de la salud mental, conforme las características propias de cada lugar, enfatizando que, en muchos casos, la clave de los resultados estaba en la inclusión de personas desvinculadas a la salud mental.

Los organismos internacionales, Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), tuvieron un papel importante en el área de la salud mental para América Latina. En las últimas tres décadas, OPS ha trabajado particularmente en una serie de medias que apuntan a establecer políticas de asistencia en el área de la salud mental en los diferentes países, integrar la asistencia psiquiátrica a la Atención Primaria de la Salud (APS), descentralizar los servicios -desarrollo de estructuras intermedias como hospitales día, centros de salud, UPHGs-, mayor participación y continuidad en los tratamientos, insistiendo en la importancia de la prevención (8-10).

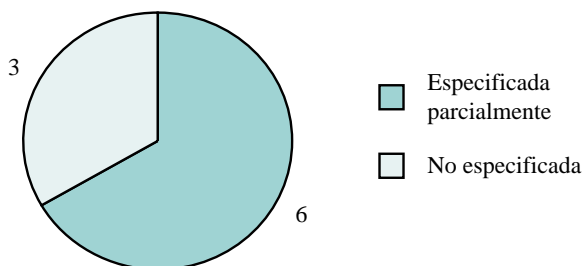
Se constató una carencia importante de publicaciones sobre el tema tratado en el presente artículo, en el momento de la búsqueda de información complementaria. En la revisión bibliográfica realizada en el ámbito latinoamericano, se localizaron sólo tres artículos que abordaban el tema con carácter continental (5, 11, 12); el primero de ellos fue escrito en la década del treinta, el segundo en la década del setenta y el tercero en la presente década. No fueron localizadas informaciones recientes con datos que reflejen el proceso de reestructura en América del Sur.

Los objetivos a ser alcanzados en la presente investigación fueron: analizar la situación actual de la asistencia psiquiátrica en América del Sur y profundizar el conocimiento existente sobre la situación actual de los modelos institucionales, con especial énfasis en la implementación de las UPHGs. Todos los países sudamericanos fueron censados: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

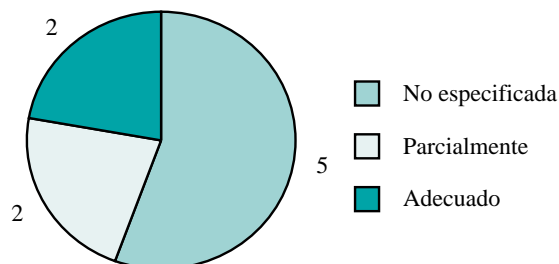
## METODOLOGÍA

Se utilizaron como instrumentos de trabajo dos cuestionarios postales, tomándose como referencia estudios de OMS (10), y un censo realizado con características similares (13). El envío postal se realizó en dos etapas. El primer cuestionario, con 15 ítems, apuntó a establecer un primer contacto recogiendo datos generales sobre diferentes aspectos de la asistencia psiquiátrica: existencia de programas de salud mental, año de implementación, estimación de costos, existencia de sistemas de evalua-

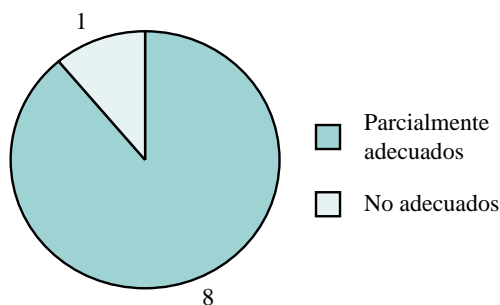
### Especificación de la función de los usuarios en los programas.



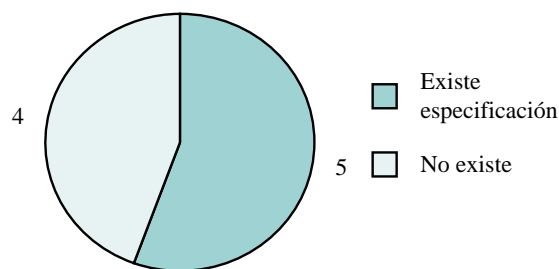
### Especificación de los costos de los programas.



### Adecuación de los recursos materiales a los programas.



### Especificación de sistemas de evaluación de los programas.



**FIG. 1.**—Características de cuatro variables de los Programas sudamericanos. Especificación y adecuación de cuatro variables en los Programas sudamericanos.

ción, características de los recursos humanos y materiales destinados a los programas, número de psiquiatras, total de hospitales generales; total de hospitales psiquiátricos, total de camas psiquiátricas en hospitales psiquiátricos y en hospitales generales; tendencia del número de camas en hospitales psiquiátricos en la última década, tiempo promedio de internación en los hospitales psiquiátricos, etc.

El segundo cuestionario, con 13 ítems, estuvo básicamente organizado para la recolección de datos sobre las UPHGs de los diferentes países: número de hospitales generales con unidades psiquiátricas; características de las modalidades asistenciales de esas unidades -ambulatoria, enfermería psiquiátrica, emergencia psiquiátrica-; localización de las unidades en relación al hospital general, adecuación de los predios y recursos humanos a la demanda asistencial; características de los equipos de trabajo; características de la población atendida en las enfermerías; tendencia del número de camas en las enfermerías psiquiátricas de las unidades en los últimos 10 años, etc.

Fueron seleccionados tres tipos de fuentes de información: 10 ministerios de Salud, 10 sociedades de Psiquiatría y ocho informantes clave. En la primera institución los cuestionarios fueron dirigidos a los directores de los departamentos de Salud Mental; en la segunda, fueron enviados a los respectivos presidentes. Para el caso de los informantes clave, se consideraron tales aquellos profesionales que se destacaban en el tema o área según su experiencia y producción académica. Tal criterio se implementó a través de las citas de esos profesionales en diferentes artículos y libros en el momento de la revisión bibliográfica.

Los dos cuestionarios se caracterizaron por presentar preguntas cerradas con un ítem que evaluaba el grado de exactitud de las respuestas (dato aproximado, dato exacto o dato no disponible).

Previamente al envío de los cuestionarios, se establecieron algunos criterios sobre la presencia de posibles datos contradictorios de las fuentes de información: a) en un mismo país con varias fuentes de información, siendo una de ellas gubernamental (ministerio de Salud),

**TABLA I** Número de camas psiquiátricas y su localización institucional en 1997

<i>Países</i>	<i>Total</i>	<i>En hospitales generales</i>	<i>En hospitales psiquiátricos</i>	<i>En hospitales generales/total países (%)</i>
Bolivia	780	20	760	2,6
Brasil	61.800	1.800	60.000	2,9
Chile	2.182	301	1.881	13,8
Colombia	4.100	2.000	2.100	48,8
Ecuador	s/d	s/d	1.217	s/d
Paraguay	368	8	360	2,2
Perú	s/d	s/d	918	s/d
Uruguay	1.867	210	1.657	11,2
Venezuela	4.100	1.100	3.000	26,8

S/d = Sin datos.

esta sería la fuente seleccionada; b) en un mismo país con dos fuentes no gubernamentales, se optaría por el informante clave. Las dudas e información contradictoria, se esclarecieron vía fax y e-mail.

## RESULTADOS

Las respuestas obtenidas en los dos cuestionarios cubrieron la totalidad de los países sudamericanos<sup>1</sup>, presentando algunos de ellos más de una fuente de información. En relación a éstas, para el primer cuestionario se distinguen: nueve (90%) departamentos de Salud Mental de los ministerios de Salud, tres (30%) sociedades de Psiquiatría y tres (43%) informantes clave. Del total de respuestas recibidas se destaca que cinco países presentaron más de una fuente de información.

El segundo cuestionario fue respondido por ocho países, de los cuales se distinguen: siete (64%) Departamentos de Salud Mental de los ministerios de Salud; dos (18%) sociedades de Psiquiatría y dos (18%) informantes clave. De la totalidad de respuestas obtenidas, tres países presentaron más de una fuente de información.

Las respuestas recogidas permitieron identificar algunas orientaciones generales sobre la asistencia psiquiátrica en el continente sudamericano, que posibilitaron esbozar un perfil de la misma.

### Políticas y programas de salud mental

Todos los países sudamericanos tienen, básicamente, dos sistemas paralelos de asistencia médica, por un lado

<sup>1</sup> En el caso de Argentina, se realizó una excepción: una vez esclarecidas las características de la descentralización de los servicios de salud, y dada la complejidad y dificultad que se presentó en la recolección de información -de las 22 provincias que conforman este país, sólo se obtuvieron respuestas de tres provincias y en la presentación de los datos generales, sólo aparecen los resultados de nueve países sudamericanos. La información que complementaba el panorama de este país, se incorporó a las tablas y gráficos, obteniéndose de la «Guía de Establecimientos de la República Argentina» (14).

un subsistema público y, por otro, uno privado, conforme las características de cada país, varía su importancia. En los nueve países que respondieron el primer cuestionario, existe una política de salud mental. La misma fue explicitada en un documento oficial sólo en cinco países (Bolivia, Chile, Colombia, Uruguay y Venezuela); en los restantes cuatro países (Brasil, Ecuador, Paraguay y Perú) existe una declaración verbal de intenciones. En la totalidad de los países sudamericanos la cobertura asistencial es de carácter nacional. La mayoría de los programas fueron implementados a partir de la década del noventa (Ecuador: 1981; Bolivia: 1985; Uruguay: 1987; Brasil y Perú: 1991; Paraguay y Venezuela: 1992; Chile: 1993; Colombia: 1998)

Información complementaria de un informante clave (12) destaca que en la mayoría de los países los gobiernos otorgan baja prioridad a la salud mental, centrándose las políticas, básicamente, en las enfermedades infectocontagiosas, la atención materno-infantil y en los problemas nutricionales.

Ocho países han integrado los programas de salud mental a la Atención Primaria de la Salud, siendo Bolivia el único país en donde no se presenta tal integración. Es de destacar que esto no significa que la política sea desarrollada de manera equitativa en el interior de cada una de las unidades de análisis.

La participación de diferentes sectores en la elaboración de los programas fue heterogénea: en todos los países participaron técnicos del sector de la salud; en Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela además participaron técnicos de otros sectores; en Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela también participaron usuarios; sólo en Venezuela participaron además políticos. En relación al grado de especificación de la función del usuario en los programas se destaca que en Bolivia, Brasil, Colombia, Paraguay, Uruguay y Venezuela es parcial, en tanto que en Chile, Ecuador y Perú no está especificada.

Los objetivos de los programas están explicitados en un documento oficial en Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela; sólo Brasil no presenta dicha situación. Otros aspectos de los programas que deben ser tenidos en cuenta son: especificación de la fun-

**TABLA II** Porcentaje de hospitales generales con unidades psiquiátricas del total de hospitales generales por país

Países	Total de hospitales generales	Total de hospitales generales con unidades psiquiátricas	%
Brasil	6.169	84	1,3
Chile	183	26	14
Colombia	250	20	8
Ecuador	175	18	10
Paraguay	30	1	3
Perú	s/d	26	—
Uruguay	21	14	66
Venezuela	s/d	16	—

S/d = Sin datos.

ción del usuario; costos/presupuesto; sistemas de monitores y, adecuación de los recursos materiales. La figura 1 considera éstas cuatro últimas variables en los diferentes países.

### Camas psiquiátricas

En relación a este factor, se puede decir que en la última década se observa una tendencia a disminuir el número de camas en los hospitales psiquiátricos: Brasil: -30%; Chile: -35,6%; Colombia: -8%; Paraguay: -40%; Perú: -2,20%; Uruguay: -40%; Venezuela: -10%. Informaciones adicionales indican que en Ecuador, a pesar de no haberse alterado el número de camas en los hospitales psiquiátricos, la utilización de los mismos ha disminuido; en el caso de Bolivia, el ministerio de Salud aclaró que el aumento fue de apenas 5%. En la mayoría de las respuestas se destaca que la distribución de las camas psiquiátricas es desigual a nivel nacional, en general se concentran principalmente en las grandes ciudades. En la tabla I se ilustra el número de camas, por país, según la institución a la que pertenecen.

### Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHGs)

En esta fase de la investigación se trabajó sólo con las 15 fuentes de información que respondieron el primer cuestionario (64% Ministerios de Salud, 20% Sociedades de Psiquiatría, presentando el mismo porcentaje los informantes clave). De los datos obtenidos se desprende que todos los países que respondieron, adoptaron las UPHGs como estructura alternativa al hospital psiquiátrico, en la red asistencial. La tabla II presenta el porcentaje de hospitales generales con unidades psiquiátricas del total de hospitales generales en las unidades de análisis que informaron este dato.

En líneas generales, se observa que en los últimos 10 años, la tendencia de las camas en las enfermerías de las

UPHGs fue aumentar su número. Datos más específicos revelan que en cinco países el número de camas aumentó (Brasil: 75%; Chile: 10%; Perú: 50%; Uruguay: 20%; Venezuela: 12%); en dos países (Colombia y Ecuador) no se alteró.

Sobre este punto, dos respuestas adicionales deben ser mencionadas. En el caso de Paraguay, la primera UP fue abierta recién en 1997, por lo tanto, no se pueden presentar datos; en el caso de Chile, el Ministerio informó que, en la región metropolitana, las camas en las enfermerías alcanzaron un aumento de aproximadamente 500%, no presentando mayores variaciones en las provincias.

De las respuestas recibidas en relación a las características de los recursos humanos de las UPHGs, en siete países son insuficientes para cubrir las necesidades del servicio: en dos países (Chile y Perú) no son adecuados; en cinco países (Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela) son parcialmente adecuados; sólo en Brasil los recursos humanos son adecuados a la demanda asistencial.

Para la obtención de información sobre la conformación de los equipos de trabajo, se proporcionaron cuatro estructuras posibles, intentando de esta manera determinar el perfil asistencial de las UPHGs: *Multidisciplinario* (Psiquiatras/Psicólogos/Enfermeros/Terapeutas Ocupacionales/Asistentes Sociales/Médico general); *Parcialmente orientado a aspectos médico-psicológicos* (Psiquiatra/Psicólogo/Terapeuta Ocupacional); *Parcialmente orientado a aspectos comunitarios* (Psiquiatra/Psicólogo/Terapeuta Ocupacional/Asistente Social o Médico/Enfermera/Psicólogo/Asistente Social); *Orientación médica* (Psiquiatra/Enfermero o Psiquiatra/Médico).

De acuerdo a esta clasificación, de las respuestas obtenidas se infiere que en seis países (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Uruguay y Venezuela) los equipos son de carácter multidisciplinario; en Perú tiene una orientación médica y sólo en Paraguay el equipo está orientado a aspectos comunitarios.

En relación a los diagnósticos mencionados como más frecuentes en las internaciones de las enfermerías de las UPHGs, predominan la esquizofrenia y otros trastornos delirantes no orgánicos, seguidos por los trastornos afectivos, los trastornos orgánico-cerebrales, los trastornos derivados del uso y abuso de alcohol y los intentos de suicidio. El tiempo medio de internación, utilizado para estas patologías, varía de acuerdo a los países: cinco días (Paraguay); de 11 a 21 (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay), hasta 45 días (Venezuela).

### Datos de Argentina

La salud mental es el área que presenta la mayor concentración de establecimientos especializados tanto en el sector público como en el sector privado, así como, también, la que posee la mayor cantidad de camas. Es, aún, el área donde se registran las mayores diferencias entre los sectores oficial y privado. En cuanto a las pato-

logías asistidas y perfiles sociales de los pacientes, nuevamente se observan diferencias entre ambos sectores; el sector oficial concentra casi todos sus recursos en la asistencia de pacientes crónicos, siendo su media de camas por unidad significativamente mayor que en los restantes sectores.

De las informaciones recibidas en los cuestionarios, se destaca la dificultad en la obtención de datos tanto a nivel nacional como provincial y municipal y la desigualdad de desarrollo de las políticas y programas de salud mental en las diferentes jurisdicciones. Claros ejemplos son las respuestas de las siguientes provincias: Buenos Aires, Chaco y Río Negro. En la primera, no existe Plan de Salud Mental. El departamento de salud mental de Mar del Plata responde a políticas y programas a nivel municipal. En ese sentido, no están especificados los costos. La infraestructura existente y los recursos humanos son parcialmente adecuados. Existe una indicación específica -por escrito- de evaluación del Programa de Salud Mental.

En contraposición, en las otras dos provincias las situaciones son diferentes. Sobre la provincia del Chaco, se informa que existe una política y un programa de salud mental; ambos fueron instrumentados recientemente, 1997, y sus objetivos se encuentran explicitados en documentos oficiales. Entretanto, la infraestructura existente y los recursos humanos son parcialmente adecuados al programa. No existe aún una indicación específica escrita de evaluación y, por último actualmente no existe un lugar donde puedan ser enviados los pacientes crónicos sin familiares.

La situación de la provincia de Río Negro difiere substancialmente de las anteriores; en ella existe, también, un documento oficial que explicita una política y un programa de salud mental que comenzó a funcionar a partir de 1986; sus objetivos están especificados en un documento oficial y su presupuesto está adecuadamente explicitado. La infraestructura existente es totalmente adecuada al programa, así como los recursos humanos. El programa también cuenta con un sistema de evaluación específico. En la última década, el número de camas en los hospitales psiquiátricos disminuyó 100%, contando la provincia con cinco casas de medio camino y centros comunitarios de salud mental, que funcionan eventualmente como hospitales día, priorizando actividades de promoción y reinserción psicosocial de los pacientes.

## DISCUSIÓN

La encuesta postal es un medio poco oneroso para trabajar que permitió obtener datos generales, tanto de los programas de Salud Mental como de una de las estrategias alternativas al hospital psiquiátrico -las UPHGs-, transformándose en el primer trabajo independiente que presenta ésta información, de carácter continental, abriendo la posibilidad de futuras investigaciones.

Entre las limitaciones metodológicas, se encuentra el factor de la confiabilidad de los datos obtenidos. La for-

ma que se encontró para prevenir posibles riesgos fue solicitar que el llenado de los cuestionarios no fuese anónimo, así, además, se facilitaron futuros contactos para esclarecimientos y ampliación de la información. Es importante señalar que muchas de las informaciones recabadas fueron clasificadas, por las propias fuentes, como aproximadas. Este factor nos hace reflexionar acerca de la dificultad que se encontró, dentro de los propios países, en la obtención de información exacta; ejemplos claros de esta situación fueron: diferenciar el número de camas en el sector público y el privado; el caso de Argentina, y el hecho que los propios Departamentos de Salud Mental de los Ministerios no contaran con datos de algunas variables investigadas.

De los datos presentados, algunos llaman especialmente la atención. La primera información que se destaca es que, aún hoy, cuatro países no tienen documento oficial para explicitar la Política de Salud Mental que se pretende llevar adelante en el país. Además de esto, en dos de esos países (Brasil y Paraguay) el programa no está expresado en un documento oficial. Para el caso de Brasil esto es significativo, ya que ha sido uno de los países que ha avanzado bastante en los cambios del área en los últimos años (15).

Los años en que comenzaron a ser implementados los programas nos permitirían pensar que la Declaración de Caracas<sup>2</sup> posibilitó reafirmar los avances realizados por algunos países y favorecer la concreción de este fenómeno en los restantes países, es decir, constituirse en el marco formal de aquello que se estaba gestando en ciertos países y siendo llevado a la práctica por otros.

En relación a los sectores que trabajaron en la elaboración de los programas, llama la atención la casi nula participación de los políticos, en comparación a la trascendencia que tuvo este fenómeno en países como Estados Unidos, Inglaterra e Italia, por ejemplo (2, 16-19). En el caso de América del Sur, las discusiones quedaron restringidas, en su mayoría, a los sectores de la salud y otros sectores. A pesar de esta situación, las funciones de los usuarios no aparecen claramente especificadas en más de la mitad de los países.

A pesar de que algunos países presentan una situación satisfactoria, en el sentido de tener documentos oficiales y sistemas de evaluación, en la totalidad de los países los recursos humanos y materiales con los que se trabaja son parcialmente adecuados a la demanda asistencial. Considerando este último dato y, que en siete países el número de camas psiquiátricas en los hospitales psiquiátricos disminuyó entre 30 y 40%, acompañado por un aumento del número de camas psiquiátricas en los hospitales generales, se observa casi la misma dificultad presentada por los países desarrollados. Es decir, la transformación del hospital psiquiátrico no se vio acom-

<sup>2</sup> La Declaración de Caracas (20), realizada en Venezuela, es el primer encuentro en el que, formalmente, todos los países de América del Sur se comprometieron a llevar adelante la Reestructuración de la Asistencia Psiquiátrica en la Región.

pañada de infraestructuras adecuadas para los pacientes que demandarían asistencia.

En Estados Unidos e Inglaterra, el sistema de asistencia «paralelo», como fue denominado por Detre & Kupfer (21), originado a partir de la reestructura, contaba con una representación importante del sector privado. En el continente sudamericano, el fenómeno de la reestructura se diferenció por incorporar en la APS las políticas de salud mental, se esperaba que de esta forma, la población que se beneficiaría de los servicios sería amplia.

Sobre las UPHGs, se puede afirmar que la totalidad de los países censados adoptaron esta estructura en la red de servicios. En la última década, el incremento del número de camas psiquiátricas en las salas de internación de las UPHGs fue importante, notadamente en Brasil y Perú. Considerando el proceso vivido por los países desarrollados, el padrón de comportamiento de las camas psiquiátricas, también, en el primer período, presentó un incremento importante (22), seguido por un comportamiento opuesto. En el caso de América del Sur, no es posible saber cual será el comportamiento en los años futuros, ya que para eso son necesarios sistemas de evaluación que aporten, además de datos numéricos, posibles causas de las tendencias existentes.

Se debe considerar que en la base de la reestructura de los países desarrollados se encuentra el nacimiento de los estados de bienestar y sus concepciones sobre los deberes y obligaciones del Estado para con la sociedad civil. Esto significó una reorganización total de la estructura asistencial psiquiátrica intentando una distribución más equitativa, vinculada a cambios amplios en los objetivos fundamentales, disposiciones institucionales y prácticas de trabajo. Flynn (23) afirma en relación a esto que existe una tendencia a concebir el fenómeno como la creación de nuevos papeles y funciones del sector público, significando esto cambios ideológicos fundamentales sobre la naturaleza de las relaciones sociedad-Estado, y el alcance de la intervención de este último. Es decir, una redistribución radical del poder, una mudanza de paradigma: alterar la forma de hacer política y la forma de implementarla.

En el área de la psiquiatría, esto se reflejó en las nuevas propuestas a pesar de haber sido un tema muy cuestionado. Leona Bachrach (24) caracterizó el fenómeno como una reducción drástica de la función del macro hospital y la emergencia de programas y facilidades para transformar la naturaleza y el *locus* de la psiquiatría.

Sobre el proceso vivido por los países del Tercer Mundo, y en particular los sudamericanos, podemos decir que los cambios se dieron en un momento y contexto político, económico y social muy diferente. Mientras Europa y Estados Unidos comenzaban a evaluar el impacto y los primeros resultados, algunos países sudamericanos pasaban por fuertes dictaduras militares. Recién en la década del ochenta se dan las condiciones necesarias para la restauración de las democracias y los primeros intentos concretos de reestructura en el área y su legislación (25), esto último muy relacionado a las reivindicaciones de los derechos civiles de los movimientos

sociales (26). Giel y Harding (7) resaltan que en los países del Tercer Mundo, ya en la década del setenta, eran utilizados recursos innovadores en el área de la salud mental, conforme las características propias de cada lugar, enfatizando que la clave de los resultados estaba en la inclusión de personas no involucradas, previamente, con la salud mental.

Varios autores (25, 27-29) comentan que América Latina se ha caracterizado por la copia de modelos y tecnologías producidas por los países desarrollados a lo largo de la historia de la psiquiatría en el continente. Sin embargo, algunos de ellos, también, destacan la capacidad de crítica y cuestionamiento que desarrolló la disciplina a través de algunas figuras destacadas. Estas permitieron, como dice Alarcón (27) «... un intento de reemplazar la 'tradición prestada' de la psiquiatría europea y de crear una 'disciplina humana' en la que la hibridación genere vigor y vitalidad creativa».

Sobre la exportación e importación de modelos de programas, Bachrach (30) resalta la imposibilidad de este fenómeno, ya que las comunidades difieren social, política y económicamente. Para la autora, los planeadores deberían prestar mayor atención a la población, los objetivos y los recursos. En líneas generales, Bachrach resalta los mismos aspectos que Arana (31), León (32) y Juliá et al (33), haciendo especial énfasis en la cuestión de que los modelos de programas sirven para dos funciones básicas y críticas en el planeamiento de los servicios psiquiátricos. Por un lado, a pesar de los contratiempos, es posible la improvisación de servicios para pacientes crónicos y, por otro lado, a pesar que los modelos no puedan ser adoptados, los principios en los que ellos se fundan pueden serlo, ya que trascienden las poblaciones específicas, los objetivos fundamentales y la distribución de los recursos.

Se puede afirmar que el elemento común, en la reestructuración del área, entre los países desarrollados y aquellos en desarrollo, en especial los de América del Sur, es el rescate de los derechos humanos y civiles de los pacientes psiquiátricos, aunque los fundamentos de ambos movimientos difieran en los contextos en los cuales se originaron, presentando medios que también se diferencian de acuerdo con las coyunturas nacionales.

A partir del panorama expuesto, se puede decir que la asistencia psiquiátrica sudamericana viene siendo modificada lentamente, adquiriendo nuevas modalidades de atención, alternativas al clásico modelo asilar; entre ellas, los hospitales generales, cuyas unidades psiquiátricas son un claro ejemplo.

## CONCLUSIONES

Del total de la información recabada, se puede afirmar que nueve países cuentan con una política de salud mental, presentando diferencias en la forma en que ésta fue explicitada. La misma situación se presenta en relación a los programas de Salud Mental. Sobre el momento en que éstos comenzaron a ser puestos en práctica, se

destaca su localización fundamentalmente en la última década, por lo tanto, se puede decir que es un fenómeno bien reciente.

En relación a la situación actual de la reestructura es importante destacar que, en la mayoría de los países, los objetivos de los programas fueron explicitados en un documento oficial, estando los mismos directamente vinculados a la Atención Primaria de la Salud. En la elaboración de los programas, los técnicos del sector salud fueron el único grupo constante en todos los países, en algunos participaron, además, técnicos de otros sectores, usuarios y solamente en un país participaron políticos. Los programas se caracterizan, por un lado, por no presentar un sistema de acompañamiento y evaluación, por otro lado, por no contar con una especificación de los costos. A esta situación se suma que en más de la mitad de los países los recursos materiales existentes son parcialmente adecuados al programa y en la mayoría los recursos humanos también son parcialmente adecuados a la demanda asistencial.

El continente sudamericano presenta, en la última década, una tendencia a disminuir el número de camas en los hospitales psiquiátricos, ésta se encuentra entre un 30 y un 40%, solamente en un país ha aumentado un 5%. Este fenómeno fue acompañado por la incorporación de modelos asistenciales alternativos, entre los cuales se encuentran las UPHGs. Las mismas presentan iguales características que los programas en lo que se refiere a recursos materiales y humanos.

Considerando la situación económica que vive el continente en la actualidad, caracterizada por políticas de ajuste y privatización de algunos servicios estatales, es importante destacar las modificaciones que ha tenido la asistencia psiquiátrica. Sin embargo, para poder llegar a satisfacer las necesidades de los pacientes, se precisa profundizar, a través de distintos trabajos, aspectos fundamentales tanto de los programas, como de las poblaciones; en otras palabras, son necesarias investigaciones que permitan prever y dar cuenta de las posibles tendencias de la salud mental sudamericana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Herrera A, Corona L, Dagnino R, furtado A, Gallopín G, Gutman P, Vessuri H. Las nuevas tecnologías y el futuro de América Latina: riesgos y oportunidades. México: Siglo XXI Editores; 1994.
- Greenhill M. Psychiatric Units in General Hospitals: 1979. *Hosp. Community Psychiatry* 1979;30:169-82.
- Botega NJ, Dalgarrondo P. Saúde Mental no Hospital geral: espaço para o psíquico. São Paulo: Editora HUCITEC; 1997.
- Vessuri, H. Scientific cooperation among unequal partners: The strait-jacket of the human resource base. En: Gaillard J, ed. *Twentieth Century Science Beyond the Metropolis*. (En prensa); 1998.
- León CA. Psychiatry in Latin America. *Br J Psychiatry* 1972;121:121-36.
- Bandeira M. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. *J Bras Psiq* 1991;40:355-60.
- Giel R, Harding TW. Psychiatry priorities in developing countries. *Br J Psychiatry* 1976;128:513-22.
- Organización Mundial de la Salud. Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo. (Serie de Informes Técnicos, 564). Ginebra: OMS; 1975.
- Organización Mundial de la Salud. Mental Health care in developing countries: a critical appraisal of research findings. (Technical Report Series, 698). Geneva: WHO; 1984.
- Organización Mundial de la Salud. Quality assurance in mental health. (Division of Mental Health). Geneva: WHO; 1990.
- Delgado H, Trelles JO. La Psychiatrie dans L'Amérique du Sud. *Ann Méd Psychol*, XV° série, 97° Anné, T.I. 1939:567-615.
- Perales A, Sogi C, Lolas F, Pacheco A, Samaniego N, Matute G, et al. Orientación de la atención psiquiátrica en Sudamérica. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi»; 1995.
- Botega NJ, Schechtman A. Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais Gerais: situação atual e tendências. *Revista ABP-APAL* 1997;19:79-86.
- Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Política y Regulación de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social. Buenos Aires; 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones del primer grupo de trabajo de los Directores de Salud Mental de los Ministerios de Salud de América Latina y de la Reunión de evaluación de la iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. (División de Promoción y Protección de la Salud). Panamá: OPS; 1996.
- Caplan G. Principios de Psiquiatria preventiva. Buenos Aires: Ediciones Paidós; 1985.
- Raftery J. Mental Health Services in Transition. The United States and the United Kingdom. *Br J Psychiatry* 1992;161:589-93.
- Crepet P. The Italian mental health reform nine years on. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77:515-23.
- Reali M. A psiquiatria democrática italiana - Repercussões sociais: a mudança na abordagem da saúde mental. *J Bras Psiq* 1990;39:8S-9S.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas: Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas: OPS; 1990.
- Detre TP, Kupfer DJ. General Hospital Psychiatric Service. En: Silvano A, ed. *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books Public 1975. p. 607-17.
- Goldman HH. Deinstitutionalization in international perspective: variations on a theme. *Int J Ment al Health* 1983;11:153-65.



23. Flynn R. Restructuring health system: a comparative analysis of England and the Netherlands. En: Hill M, eds. *New Agendas in the study of the Policy Process*. London: Harvester Wheatsheaf; 1993. p. 57-87.
24. Bachrach LL. General Hospital Psychiatry and Deinstitutionalization: A Systems View. *Gen Hosp Psychiatry* 1985;7:239-48.
25. Vasconcelos EM. Avaliação dos avanços recentes em legislação psiquiátrica no plano internacional: uma contribuição ao debate sobre a reforma da lei psiquiátrica no Brasil. *J Bras Psiquiatr* 1990;39:228-35.
26. Infante R. Cultura e subjetividade: ao encontro do elo perdido. *J Bras Psiquiatr* 1990;39:378-95.
27. Alarcón RD. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1990.
28. Resende H. Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. En: Tundis SA, Costa NR, org. *Cidadania e Loucura: políticas de Saúde Mental no Brasil*. Vozes, Petrópolis; 1997.
29. Busnello E. Entrevista publicada, En: Alarcón R. *Identidad de la psiquiatría latinoamericana: voces y exploraciones en torno a una ciencia solidaria*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 1990. p. 135-57.
30. Bachrach LL. On Exporting and Importing Model Programs. *Hosp. Community Psychiatry* 1988;39:1257-8.
31. Arana JD. Algunos obstáculos teóricos en la praxis de la psiquiatría comunitaria: consideraciones transculturales. *Rev Neuro-Psiquiatr* 1992;55:34-42.
32. León CA. Reflexiones en torno a la Salud Mental comunitaria en nuestro medio. *Rev Colomb Psiquiatr* 1981;10:91-105.
33. Juliá J, Soler F, Cevallos M, Sánchez C, Batlle E, Petit MT, Boixet M, Balcells R, Albert R, Floriach P, Aguilar P, Nogué T. El servicio de psiquiatría en el hospital general. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1984;12: 121-4.

Correspondencia:

Cristina Larrobla

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

Faculdade de Ciências Médicas (FCM)

Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Caixa Postal 6111

Campinas SP

13081-970 Brasil

E-mail: psi@head.fcm.unicamp.br