

## *Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales en América del Sur: contexto y panorama general de los últimos años*

Aspectos de  
Salud Mental

### **Resumen**

*Estudios sobre reestructura de la salud mental en América del Sur destacan cambios graduales: Programas Nacionales de Salud Mental sin presupuestos propios ni sistemas de evaluación, carencia de recursos humanos y materiales, creación de Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG), y dificultades y resistencias de las autoridades para el desarrollo de programas que prioricen la calidad de vida de los pacientes psiquiátricos.*

*Se observa similitudes con el proceso en los países desarrollados: creación de estructuras intermedias, crecimiento de la demanda asistencial, problemas con recursos humanos y materiales, etc. Los factores facilitadores fueron: voluntades individuales, demandas locales e incorporación de psiquiatra a la ciudad y hospital. Esto no significó que las fuerzas sociales estuvieran organizadas y la consolidación e incorporación a la cultura médica local. A pesar de los logros, los resultados son la fragmentación y descoordinación de los servicios, lo cual impacta en los pacientes y la comunidad.*

*Conclusiones: Diferentes factores obstaculizan nuevas estrategias. La concientización y preparación de la comunidad y profesionales redundarán en la reorganización y trabajo de la asistencia, con resultados a nivel social, educativo, laboral y judicial.*

### **Palabras clave**

Salud mental  
Asistencia psiquiátrica  
Hospitales generales  
Modelos asistenciales

### **Summary**

*Studies about restructure in mental health in South America, highlight gradual changes in the context of: National Mental Health Programs with neither budgets of their own nor evaluation systems, lack of human and material resources, creation of Psychiatric Units in General Hospitals (PUGH), and difficulties and resistance from the authorities to the development of programs that prioritize quality of life of psychiatric patients. Similarities with the process of developed countries are observed, namely: creation of intermediate structures, increment of assistance demand, problems with human and material resources, etc. Facilitating factors are: individual will, local demand, and the incorporation of the psychiatrist to the city and the hospital. This did not imply that social forces were organized, neither consolidated nor incorporated to the local medical culture. Despite the achievements, the process results in the fragmentation and lack of coordination of services, impacting in patients and community.*

*Conclusions: Different factors place obstacles for novel strategies. Consciousness and preparation of the community and its professionals will engender reorganization of the assistance task, with results in social, educational, work and juridical areas.*

### **Key words**

Mental health  
Psychiatric assistance  
General hospitals  
Assistance models

### **Autora**

#### **Cristina Larrobla**

Médico Psiquiatra. Prof. Adj. de Salud Mental en Comunidad, Facultad de Medicina, UDELAR.

Correspondencia:  
Maciel 1430  
clarrobla@lycos.com

## Introducción

En el desarrollo de la asistencia psiquiátrica se localiza a partir de 1930 un punto de inflexión a partir del cual se identifican ciertos cambios que serían decisivos para su futuro. Luego de finalizada la segunda guerra, se comienza a desarrollar estudios epidemiológicos con una importante influencia de la sociología con objetivos interdisciplinarios. De esta forma, aparece una renovación de los intereses de los componentes psicosociales de la morbilidad psiquiátrica que produce un desplazamiento, de los asilos pasan a la población en general. A ello se suma un movimiento de carácter social que comenzó una fuerte crítica hacia el modelo asilar imperante, con la aparición de alternativas asistenciales entre las cuales se destacan las Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales (UPHG)<sup>1</sup>.

## Revisión de la bibliografía

### Panorama internacional

A partir de mediados de la década de 1940 y con un nuevo escenario mundial, a nivel político, económico y social<sup>2</sup>, se sientan las bases de cambios decisivos para las décadas siguientes. Fundamentalmente, el Estado cobra un papel esencial en la política y regulación social, con la centralización de las funciones administrativas y distribución de los recursos asistenciales; surge la psiquiatría comunitaria y la noción de salud mental, lo que significó asumir un criterio de continuidad dado a través de la prevención, promoción y rehabilitación<sup>3</sup>. Las experiencias más notorias en el campo de la salud mental se dan, básicamente, en tres países: Inglaterra, Italia y Estados Unidos<sup>4, 1, 5</sup>.

### Sudamérica

En el continente sudamericano el panorama asistencial pasa por cambios sustanciales a partir de la década de 1980, una vez restablecidas las democracias. Surgen así las reestructuras en el área de la asistencia psiquiátrica y su legislación gracias a la utilización de recursos innovadores conforme a las características de cada lugar; en muchos casos, la clave de los resultados estuvo en la inclusión de personas desvinculadas a la salud mental<sup>6</sup>. Es importante destacar, en este aspecto, el papel que tuvieron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), fundamentalmente a partir de la Declaración de Caracas en 1990<sup>7</sup>.

### Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales: la experiencia internacional

Las UPHG con el objetivo de planeamiento terapéutico, integración a la Atención Primaria de Salud (APS), internaciones de corta estadía y vinculación con otras especialidades a través de interconsultas y emergencia, tienen un empuje de desarrollo en el continente desde hace algunas décadas<sup>8</sup>.

De las experiencias internacionales se destaca que la reestructura de la atención psiquiátrica impulsó la reformulación de los hospitales psiquiátricos (HP), modificando su perfil. Esto significó una política de altas prematuras y el fenómeno de “embudo o cuello de botella” que provocó otra situación denominada *revolving door* (pacientes que salen de una institución o sistema asistencial pero entran en otro, sin tener un lugar fijo de asistencia). En Inglaterra, por ejemplo, algunos de los servicios comunitarios creados, solo daban abrigo y soporte, la rehabilitación de los pacientes crónicos más graves no era ni la apropiada ni la esperada<sup>9</sup>. A pesar de las controversias se redujo el número de las camas psiquiátricas de los HP y se formuló

una política oficial de descentralización con creación de UPHG en todo el país<sup>10-12</sup>. En relación con esto, la discusión que se dio sobre la población que se atendería implicaba directamente a las condiciones físicas y humanas con las cuales debían contar las unidades para pacientes crónicos, ya que los mismos presentan una demanda diferente a los agudos. No se trataba solo de las condiciones internas de las unidades, sino también de la red en su conjunto. Esta debía proporcionar una vasta serie de servicios comunitarios, tanto clínicos como sociales, con igualdad de importancia, bien articulados, en la medida que las necesidades básicas de los pacientes crónicos son unas de las dificultades más importantes y comunes<sup>13</sup>.

Evaluaciones realizadas en la década de 1990 destacaban primacía de UPHG de carácter privado, y con una política neoliberal de cortes y gastos sociales, el Sistema Nacional de Salud en Inglaterra, por ejemplo, corría el riesgo de desestructurarse. La perspectiva privatizadora y el perfil de la asistencia psiquiátrica eran cuestiones abiertas en el país<sup>14</sup>. En Estados Unidos, el patrón de desarrollo de las unidades era semejante al de Inglaterra<sup>15</sup>.

### La realidad sudamericana

Dos estudios, el primero realizado a fines de la década de 1990<sup>16</sup> y el segundo en la siguiente<sup>17</sup>, revelaron datos sobre las características de la reestructura de la salud mental en el continente, la situación de las UPHG en los diferentes países y la descripción de la experiencia en Brasil.

Sobre el panorama de la salud mental, del primer trabajo se destaca que:

- El 80% de los países tenía un documento oficial que explicitaba el Programa Nacional de Salud Mental (PNSM).
- La implementación de los PNSM se da, básicamente, a partir de la Declaración de Caracas en 1990 (Ecuador: 1981; Bolivia:

1985; Uruguay: 1987; Brasil y Perú: 1991; Paraguay y Venezuela: 1992; Chile: 1993; Colombia: 1998).

- En la mayoría de los países, la salud mental está vinculada a la APS (Bolivia era el único que no lo había hecho aún).
- En todos los países participaron técnicos del sector salud en la elaboración de los programas; en algunos (Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela) además participaron técnicos de otros sectores; en otros países (Brasil, Paraguay, Uruguay y Venezuela) también participaron usuarios; sólo en Venezuela participaron además, políticos.
- En la mitad de los países existía un sistema de evaluación del programa.
- Más de la mitad de los países no especificaban costos/presupuesto del programa.
- El 90% de los países tenía adecuación parcial de los recursos materiales al programa.
- En todos los países, los recursos humanos eran parcialmente adecuados a la demanda asistencial.
- Más de la mitad de los países habían disminuido, en la última década, las camas en los HP; los que lo hicieron en mayor porcentaje fueron: Brasil (-30%); Chile (-35,6%); Paraguay (-40%) y Uruguay (-40%).
- Todos los países adoptaron las UPHG como alternativa asistencial.

En resumen, los cambios fueron graduales, acentuándose en la década de 1990 (sujetos a reestructuras económicas); predominio del sector médico en la elaboración de los PNSM; inexistencia de: presupuesto del programa y sistemas de evaluación; carencia de los recursos humanos y materiales; procesos de transición en los servicios asistenciales; creación de UPHG y dificultades y resistencias por parte de las autoridades nacionales para desarrollar programas que prioricen la calidad de vida de los pacientes con padecimientos psiquiátricos.

\* La integración del equipo *Multidisciplinario* se definió con la siguiente composición: Psiquiatras/Psicólogos/Enfermeros/Terapeutas Ocupacionales/Asistentes Sociales/Médico general.

\*\* El SUS se crea por la Constitución de 1988, siendo conformado por la articulación de gestiones y financiamiento a nivel federal (63%), estatal (12%) y municipal (15%), bajo el control de los Consejos Comunitarios de Salud. El mismo representa el sector público asistiendo al 60% de la población del país; paralelamente, funciona el sector privado compuesto por empresas médicas y compañías de seguros de salud<sup>18</sup>.

\*\*\* Los hospitales filantrópicos originariamente pertenecían a la iglesia y eran administrados y dirigidos por la misma. Los médicos realizaban visitas poco periódicas a pesar de formar parte de los cuadros regulares; eran las monjas de diferentes órdenes religiosas quienes se dedicaban al cuidado y dirección de estas instituciones. Esta situación se modifica recién a partir del siglo XX con la creación de las primeras universidades brasileñas (1920) y, por consiguiente, la incorporación de la medicina al ámbito científico. Este pasaje del dominio de la iglesia, como principal administrador de la asistencia, hacia autoridades laicas se desarrolló a lo largo de un continuo, sin que se dieran rupturas significativas en el funcionamiento y organización institucional. Actualmente estos hospitales mantienen la denominación antigua de filantrópicos, y una escasa participación de las monjas en el cuidado de los enfermos<sup>17</sup>.

Sobre las UPHG se destaca, de la información recabada, que:

- En los últimos diez años, la tendencia fue el aumento del número de camas de las salas de las UPHG.
- En siete países los recursos humanos de las UPHG eran insuficientes para cubrir las necesidades del servicio (Chile y Perú no son adecuados; Colombia, Ecuador, Paraguay, Uruguay y Venezuela son parcialmente adecuados). Solo en Brasil eran adecuados a la demanda asistencial.
- Los equipos de trabajo fueron definidos como multidisciplinarios\* en seis países (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Uruguay y Venezuela); en Perú tenían orientación médica y solo en Paraguay estaban orientados a aspectos comunitarios.
- Los diagnósticos más frecuentes en las internaciones en las UPHG fueron: esquizofrenia y otros trastornos delirantes no orgánicos, trastornos afectivos, trastornos orgánico-cerebrales, trastornos derivados del uso y abuso de alcohol e intentos de autoeliminación.
- El tiempo medio de internación utilizado para estas patologías, se agrupaba en tres categorías: a) 5 días (Paraguay); b) de 11 a 21 días (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay) y c) hasta 45 días (Venezuela).

De acuerdo con el desarrollo de la salud mental en el continente sudamericano descrita anteriormente, se puede observar la similitud en el proceso que se dio en los países desarrollados. Las tendencias son similares en varios aspectos, como ser: la creación de estructuras intermedias alternativas a los HP, la incorporación de las UPHG y el crecimiento de la demanda de las mismas en la medida que disminuyó el número de camas en los HP, los problemas con relación a los recursos humanos y materiales en función del crecimiento de la demanda, por mencionar algunos.

La experiencia de Brasil

En el caso de Brasil, la instalación de UPHG tuvo su auge en la década de 1980, y sufrió posteriormente un descenso. El mismo, prácticamente, se ha estancado en los últimos cinco años, solo el 1,3% de los hospitales generales del *Sistema Único de Saúde*\*\* (SUS) tiene UPHG con sala de internación<sup>17</sup>. Esas unidades se encontraban localizadas fundamentalmente en las regiones sur y sureste del país y se caracterizaban por estar vinculadas a la docencia universitaria y ubicadas en grandes ciudades o capitales<sup>19</sup>. Se detectó un nuevo fenómeno con relación a las unidades; las instaladas a fines de la década de 1990 o la reserva de camas en las clínicas médicas en esa década se dieron en: a) hospitales de carácter filantrópico\*\*\*, b) no vinculados a la docencia universitaria, c) en ciudades con hasta 200 mil habitantes y d) localizados en los estados de Minas Gerais, Santa Catarina y São Paulo<sup>20</sup>.

De los casos estudiados en la nueva tendencia<sup>21</sup> se observó que los hospitales visitados se encontraban en ciudades que no contaban con hospitales psiquiátricos; cinco instituciones tenían salas de internación psiquiátrica con un total de 24 a 38 camas, cinco reservaban camas en clínicas médicas para pacientes con afecciones mentales\*\*\*\*. Con respecto a los diagnósticos más frecuentes de las internaciones se distinguen: esquizofrenia, alcoholismo y depresión. Para dichas patologías la medicación fue considerada por los entrevistados como parcialmente adecuada, siendo en más de la mitad de los casos el único recurso de tratamiento. Algunas instituciones cuentan además con psicoterapia individual o grupal y terapeuta ocupacional, siendo lo más común, en la integración de los equipos asistenciales, la presencia de psiquiatra enfermero y auxiliares de enfermería. En el proceso de instalación de las unidades en dichas ciudades se distinguieron tres instancias determinantes:

a) factores desencadenantes, b) situación de la salud mental a principios del siglo XXI y c) perspectivas futuras. Con relación al primer punto se identifican diversas fuerzas impulsoras del proceso a nivel local, entre ellas, lo que se denominó una persona clave (psiquiatra, político, personalidad influyente en la sociedad o institución), la presión ejercida por pacientes y familiares, y la ayuda corporativa que facilitaba la internación de los pacientes psiquiátricos en clínicas generales para luego trasladarlos a las UPHG.

Sobre la situación de la salud mental, en 2001 atravesaba un momento de incertidumbre básicamente por factores de índole electoral y consecuencias económicas determinantes para algunas de las instituciones. Estas funcionan con tres fuentes financiadoras de los servicios, una de las cuales es el SUS, otra los convenios con empresas médicas privadas y por último los seguros de salud. Cabe destacar que la mayor cobertura para las internaciones psiquiátricas la otorga el SUS, ya que ninguna empresa de seguros de salud daba cobertura en esta área. Sin embargo, el valor del pago realizado por el SUS de lo que se denomina Autorización de Internación Hospitalaria (AIH) es muy bajo y además es una cantidad fija para las instituciones, dependiendo del número de habitantes de cada ciudad.

En lo que se refiere a la situación del sector de la salud mental se identificaron elementos comunes en los tres Estados estudiados. Entre ellos, son de destacar la competitividad y rivalidad entre las culturas de lo que se denomina “ciudad grande” y “ciudades chicas”. A través de la información recabada se observó la existencia de cierto “flujo” de pacientes entre las categorías mencionadas. Dicha circulación se caracterizó como “importación/exportación” de pacientes psiquiátricos o ciudades que “no quieren o expulsan” a estos pacientes y ciudades que los “atraen”.

Otro factor identificado con relación a estos pacientes fue la “incomodidad” frente a su presencia en las instituciones asistenciales locales, hecho fuertemente asociado con los pacientes denominados “agresivos”. Esta situación dejó en evidencia cómo, a pesar de que Brasil es uno de los países que más ha avanzado en el terreno de las reformas, aún enfrenta grandes dificultades con relación a la segregación que sufren los pacientes psiquiátricos. Las expresiones vertidas a ese respecto provinieron de casi todos los niveles jerárquicos de los hospitales (directores, jefes de emergencia, personal de enfermería y administradores). Hubo, asimismo, declaraciones que apuntaban a modificar esta situación y ponían énfasis en lo difícil que resultan los cambios.

Frente a las carencias de la formación de los profesionales para el trabajo con un nuevo modelo terapéutico, se destacó la sustitución de la formación específica por recursos a nivel del uso del “sentido común”, que demostraron ser eficaces.

En cuanto a la identificación de un factor determinante en el ingreso del paciente psiquiátrico al hospital general, en la mayoría de los casos se señala a los pacientes con dependencia alcohólica. Esto que por un lado abrió una puerta a la asistencia, por otro también funcionó como elemento perturbador en tanto son los pacientes que presentan mayores dificultades en el tratamiento de la rehabilitación por ser generadores de problemas de agitación y distorsión debido a conductas agresivas y por presentar altos índices de reinternación en cortos períodos.

Por último, referido a las perspectivas futuras, en todas las entrevistas se identificaron declaraciones de claros deseos de cambios así como expectativas futuras, varias de ellas fundamentadas en los cambios políticos que se daban a nivel nacional por motivo de las

\*\*\*\* Existe en Brasil una ley (Ley Paulo Delgado, Ley Federal 10.216, sancionada por el Congreso Nacional en 2001) a partir de la cual se estableció la obligatoriedad de destinar el 5% del total de camas de los hospitales para internación de pacientes psiquiátricos, cuya localización queda a criterio de cada institución<sup>22</sup>. Esta ley redireccionó la atención de la salud mental brasileña, privilegiando los servicios comunitarios y poniendo especial énfasis en los derechos de los pacientes psiquiátricos.

elecciones que se estaban realizando y la primacía del Partido de los Trabajadores en algunas regiones y Estados.

En síntesis, el proceso de integración de los pacientes psiquiátricos al ámbito sanitario general dependió de diferentes factores que oficiaron de catalizadores, entre los cuales se distinguen voluntades individuales, demandas locales de carácter individual o colectiva y la incorporación del psiquiatra a la ciudad y el hospital, lo que comenzó a generar una “demanda espontánea” en la población.

La confluencia de estos factores no permitió, en el momento del trabajo, afirmar que las fuerzas sociales estuvieran bien organizadas y que la asistencia estuviera consolidada e incorporada a la cultura médica local. Existían, hasta ese momento, importantes dificultades en la continuidad del proceso.

## Discusión

En el panorama internacional actual de la salud mental, según la OMS<sup>23</sup> cerca de 450 millones de personas sufren trastornos mentales y del comportamiento, localizándose en el quinto lugar entre las diez principales causas de invalidez a escala mundial. Frente a esta situación, y a pesar de la existencia de la incorporación de diferentes recursos e intervenciones para el tratamiento de estas afecciones, continúa siendo bajo el número de pacientes que tienen acceso a tratamiento básico. Con relación a este punto, y concretamente a la situación de la salud mental a nivel mundial, un trabajo realizado por la OMS destaca que más del 40% de los países carecen de política de salud mental; más del 30% carecen de un programa de salud mental; más del 25% carecen de medicación psiquiátrica básica en la atención primaria de salud y el 70% de la población mundial tiene acceso a menos de un psiquiatra por 100.000 habitantes.

En este contexto se puede decir que la situación que presenta el continente sud-

americano es favorable a pesar de las problemáticas internas de los países. Sin embargo, es importante resaltar que las propuestas terapéuticas ofrecidas continúan siendo básicamente farmacológicas. En el caso de Brasil, en particular, este tipo de abordaje y el énfasis que se pone en el tratamiento sintomatológico, puede inhibir la atención a la subjetividad de los pacientes.

Con relación al tiempo de internación (entre 15 y 28 días), está dentro de los parámetros internacionales, pero muchas veces las altas no se acompañan de seguimientos adecuados en los servicios ambulatorios, lo que provoca el mismo fenómeno de “puerta giratoria” que ocurre en los países desarrollados, situación que hoy en día tienen en proceso de revisión<sup>24</sup>. Es importante señalar que en América del Sur no hay estudios que profundicen esta variable, es decir, si el tiempo de internación utilizado es eficaz para las mismas patologías pero teniendo en cuenta las realidades sociales de cada uno de los países. Es de destacar que este elemento puede ser uno de los indicadores del funcionamiento de la asistencia de estos pacientes a nivel de APS y de la red en su conjunto, factor fundamental para la evaluación de cualquier programa asistencial.

El hecho de trabajar con internaciones involuntarias significa lidiar con pacientes en estado de agitación, y correr muchas veces el riesgo de fugas. Esto hace imprescindible contar con las condiciones materiales necesarias para la protección contra conductas auto y heteroagresivas en las salas de internación, así como también dotar al personal de la formación necesaria y tener los protocolos de procedimientos específicos de cómo actuar en tales situaciones a nivel general. La ausencia de los mismos, el recurrir a métodos improvisados sin una planificación terapéutica previa, aumenta la resistencia a la aceptación e incorporación de estos pacientes a nivel asistencial y comunitario. Poseer estos recursos básicos revaloriza al hospital general, como

instancia intermedia en el sistema sanitario para algunos pacientes, como el lugar más apropiado en donde se deben realizar de manera eficiente y eficaz los diagnósticos diferenciales y tratamientos de comorbilidad para una adecuada reinserción del paciente a su entorno familiar y social.

Actualmente, la descentralización de los servicios de salud es una tendencia clave en todo el mundo, la cual ya se ha puesto en funcionamiento en varios países sudamericanos. Este movimiento en particular, transfiere mayores atribuciones a la gestión y administración a nivel local, lo cual hace necesaria la capacitación continua y específica de los trabajadores que las ejercen, a la vez que debe estar acompañado de una supervisión permanente, dadas las resistencias que se han podido identificar a nivel del cuerpo sanitario, familiar y comunitario para con los pacientes con padecimientos mentales.

Los PNSM se acompañan de políticas de salud mental, las cuales describen los valores, los objetivos y las estrategias gubernamentales, con la finalidad de reducir la carga que representan los trastornos y mejorarla. Conjuntamente determinan una visión de futuro para el establecimiento de una progresiva prevención y tratamiento, así como la rehabilitación de personas con trastornos mentales y el fomento de la salud mental en la comunidad. El panorama que se describe en el presente trabajo a nivel continental, así como las experiencias concretas en la región, pone en evidencia que, a pesar de los avances y el cumplimiento de muchas de las instancias mencionadas que se vinculan con objetivos, visión y propósito comunes no son eficientes y eficaces, resultando en la mayoría de los casos en servicios asistenciales fragmentados e incordiados.

El impacto se refleja directamente en los pacientes y la comunidad; se refuerzan las

dificultades que se han identificado en la exclusión de estos pacientes en la esfera asistencial.

Sobre el factor exclusión, la bibliografía es abundante, entendiéndose por la misma la falta de acceso de algunas personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y/o grupos de la sociedad disfrutan<sup>25</sup>. Este fenómeno se acompaña de otro que es la estigmatización que, por su parte, se asocia con el rechazo y la desvalorización, que resultan en un juicio social adverso sobre una persona o un grupo. De esta forma se define el estigma como “(...) un poderoso medio de control social aplicado por medio de la marginalización, exclusión y ejercicio de poder sobre individuos que presentan ciertas características”<sup>26</sup>.

Según diversos especialistas<sup>26</sup>, la estigmatización en el sector de la salud mental incluye la pérdida de integración social que conforma la idea central de la exclusión social. En países como Inglaterra la definición de exclusión que maneja el gobierno no difiere de la concepción general que de ella se tiene en el continente y de la realidad que en él viven grandes sectores de la población. La misma es definida como “*Lo que puede ocurrir cuando las personas o las áreas sufren de una combinación de problemas ligados entre sí como el desempleo, falta de habilidades, bajo ingreso, viviendas pobres, ambientes de alta criminalidad, mala salud y quiebre de la estructura familiar*”<sup>\*</sup>.

Estudios realizados muestran que la exclusión en el sector de la salud junto con la estigmatización incrementan ese mismo fenómeno en otras esferas igualmente importantes como son la educativa y la laboral. Estos factores redundan en el aumento del nivel de pobreza en la población con afecciones mentales, e impactan no solo el nivel individual sino también el familiar<sup>28</sup>.

\* Texto de creación de la Unidad de Exclusión Social por el Primer Ministro Inglés. Página de Exclusión Social del Gobierno Británico. Citado en OPS/OMS-ASDI. *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud<sup>27</sup>.

La baja prioridad que se constató en las políticas y programas de salud mental en el continente sudamericano, junto con la ausencia de presupuestos propios y los escasos sistemas de evaluación, obstaculizan el mejoramiento a través de nuevas estrategias, identificación de alternativas que faciliten la inserción de las personas con enfermedad mental en el ámbito educativo y laboral, y generan, de esta forma, riesgos que dañan el capital social.

### Conclusiones

Las realidades descritas en el presente trabajo dejan en evidencia no solo la disposición, voluntad y preocupación sobre la asistencia y situación de los pacientes con padecimientos psiquiátricos, sino también la necesidad de instrumentar mayores y mejores canales de comunicación e intercambio de información entre autoridades y trabajadores de la salud mental en los diferentes niveles de la atención. De alguna forma esto confirma la idea que los procesos de cambios por los que atravesó la atención psiquiátrica sudamericana fueron básicamente de carácter político, derivados de decisiones gubernamentales que dejaron a la disciplina en un lugar más reactivo que proactivo con relación a la formulación de políticas de salud<sup>13</sup>.

En líneas generales se puede decir que varias de las experiencias desarrolladas en el continente se caracterizaron por no seguir una adecuada planificación, acompañada a su vez por una buena red de servicios coordinados. A lo que se suma las dificultades económicas que se han vivido y la escasez de presupuestos asignados específicamente a los PNSM. Tales modelos asistenciales han contribuido a mantener este sector de la población en situación de exclusión y sufrir de estigmatizaciones importantes difíciles de revertir hoy en día, ya que se siguen manteniendo las mismas condiciones.

Siendo la APS una prioridad en la mayoría de los programas sanitarios, teniendo como objetivos la prevención y promoción de la salud, se hace indispensable implementar acciones encaminadas a superar los principales obstáculos estructurales y actitudinales para lograr resultados positivos en materia de salud mental. Entre las metas sugeridas para el logro de estas acciones, además de las mencionadas a lo largo del trabajo, es importante hacer también hincapié en la mejora de las políticas y los métodos del gobierno y de las instituciones; modificar las leyes y los reglamentos gubernamentales; proteger y promover los derechos e intereses de las personas con trastornos mentales, entre otros.

La concientización y mejor preparación de la comunidad y los profesionales en este campo redundarán en una complementariedad en la reorganización y trabajo de la asistencia teniendo resultados a nivel social, educativo, laboral y judicial.

### Referencias bibliográficas

1. **Greenhill M.** Psychiatric Units in General Hospitals: 1979. *Hosp & Comm Psych* 1979; 30(3):169-182.
2. **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.
3. **Birman J.** Psiquiatria e Sociedade. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1982; 31(4):237-246.
4. **Crowcroft A.** O psicótico: compreensão da loucura. Rio de Janeiro: Zahar; 1971.
5. **Amarante P.** O homem e a serpente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996, 141 pp.

6. **Gienl R & Harding TW.** Psychiatric priorities in developing countries. *Br J Psychiatry* 1976; 128:513-522.
7. OPS/OMS y Ministerio de Salud de Brasil. La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Brasilia, 7 al 9 de noviembre, 2005 (formato CD).
8. **Larrobla C, Botega NJ.** Las políticas de asistencia psiquiátrica y desinstitutionalización en América del Sur. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2000; 28(1): 22-30.
9. **Bennet D, Morris I.** Deinstitutionalization in the United Kingdom. *Int J Ment Health* 1983; 11(4):5-23.
10. **Infante RGG.** Perspectivas atuais da Psiquiatria Britânica: uma revisão crítica. *J Bras Psiq* 1980; 29(2):137-143.
11. **Mahadevan S, Forster DP.** Psychiatric Unit in District General Hospitals and Traditional Mental Hospitals: Some recent evidence. *Br J Psychiatr* 1982; 140: 160-165.
12. **Wing JK.** The functions of Asylum. *Br J Psychiatr* 1990; 157:822-827.
13. **Bachrach LL.** The homeless mentally ill in the general hospital: a question of fit. *Gen Hosp Psych* 1986; 8:340-349.
14. **Botega J, Dalgalarrodo P.** Saúde Mental no Hospital geral: espaço para o psíquico. São Paulo: Editora HUCITEC; 1997, 116 pp.
15. **Raftery J.** Mental Health Services in Transition. The United States and the United Kingdom. *Br J Psychiatr* 1992; 161:589-593.
16. **Larrobla C, Botega NJ.** Restructuring mental health: a South American survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:256-259.
17. **Larrobla C.** Hospitais gerais filantrópicos em cidades de pequeno e médio porte: novo espaço para a internação psiquiátrica. [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2004.
18. **Botega NJ.** Psychiatric units in Brazilian general hospitals: a growing philanthropic field. *Int J Soc Psychiatry* 2002; 48:97-102.
19. **Sávio do Nascimento Alves D.** La declaración de Caracas y la reforma psiquiátrica en Brasil. En: "La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas", OPS/OMS y Ministerio de Salud de Brasil, Brasilia, 7/9 de noviembre de 2005.
20. **Botega NJ, Schechtman A.** Censo Nacional de Unidades de Psiquiatria em Hospitais gerais: I. Situação atual e tendências. *Revista ABP-APAL* 1997; 19(3):79-86.
21. **Larrobla C, Botega NJ.** Hospitais Gerais Filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. *Revista de Saúde Pública* 2006; 40(6).
22. **Amarante P (org).** Psiquiatria Social e Reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
23. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de política de salud mental, paquete de orientación sobre política y servicios, resumen analítico. Documento de trabajo. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, Ginebra, Suiza; 2001.
24. **De Francisco D, Anderson D, Pantano R, Kline F.** The relation between length of hospital stay and rapid-readmission rates. *Hosp Comm Psychiatr* 1980; 31:134-139.
25. OPS/OMS. Guía Metodológica para la caracterización de la exclusión social en salud. Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Washington DC; 2001.
26. **Acuña C, Bolis M.** La estigmatización y el acceso de la atención de salud en

América Latina: amenazas y perspectivas. Documento Técnico, Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 2005.

**27.** OPS-OMS/ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe.

Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada - 2004). Washington DC.

**28.** OMS. Invertir en salud mental. Ginebra, Suiza; 2004.