

Algunos indicadores predictivos en la Psiquiatría costarricense para el decenio 1980-1990

Alvaro Gallegos Ch. **

RESUMEN

Después de un enfoque histórico funcional, se analiza la situación actual de la Psiquiatría costarricense, señalándose que las acciones de salud mental han crecido enormemente a partir de 1960, sin embargo, en los últimos 3 años no han seguido creciendo al mismo ritmo pese al incremento de la población y del número de especialistas incorporados en los últimos años. Se presentan soluciones, tanto lo que debería hacerse como lo que puede hacerse para re-orientar la trayectoria de la Salud Mental para este decenio.

ABSTRACT

After a historical survey, the present situation of Costa Rican Psychiatry is analyzed, pointing that the actions in Mental Health have had a tremendous development during the last 20 years, however, in the last 3 years the increased has not followed the same pace, inspite of the poulation growth and the increased in the number of Psychiatrists. Some solutions are presented, both what should be done and what could be done to reorient the path of action in Mental Health for this decade.

Al final de este decenio, se cumplirá el centenario de tener un Asilo, un hospital para enfermos mentales. 1890-1990. Serán cien años ininterrumpidos de Psiquiatría.

*Desarrollado a partir de las ideas presentadas por el autor en la Mesa Redonda sobre el tema "La Psiquiatría en Costa Rica para el decenio 1980-1990", auspiciada por la Asociación Costarricense de Psiquiatría y Psicología Clínica, setiembre, 1979.

**Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia; Cátedra de Psiquiatría, Facultad de Medicina; Universidad de Costa Rica, sede Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia, San José, Costa Rica.

Para nuestra nación, en su posición geográfica, histórica y cultural, es un galardón que comparte únicamente con los países gigantes latinoamericanos, especialmente aquellos que fueron asiento de virreinos. Nada más que un siglo después de la humanización de los manicomios en Europa, se inaugura el de Costa Rica, ya bajo esos principios y con ese tipo de organización. Este largo período tiene sus épocas que responden tanto al desarrollo de la Psiquiatría como al del país en general.

La siguiente subdivisión trata de caracterizar el quehacer principal de la especialidad:

a) 1890 - 1930: **Período de Asilo**

Por el impulso dado por el doctor Carlos Durán Cartín, se tuvo personal europeo ya adiestrado en el manejo de enfermos mentales desde que abrió las puertas el Asilo de Insanos. También se preparó para ser director de ese nosocomio al doctor Eduardo Pinto, con un discreto adiestramiento como alienista en el Bloomingale State Hospital de New York. Su paso por el nuevo Asilo fue de unos pocos meses. Fue sustituido por el doctor Maximiliano C. Bansen, que ya tenía varios años de residir en Costa Rica y con alguna preparación y experiencia en enfermedades "nerviosas". El doctor Bansen organizó el Asilo y el archivo de la forma más eficiente.

Esta situación de un solo médico para una población creciente de enfermos mentales se mantuvo a través de la última década del siglo pasado y la primera del presente con el doctor Teodoro H. Prestinary. En las décadas siguientes, con el doctor Federico Carlos Alvarado Quirós, se tuvieron dos y ya, hasta tres médicos, para 1930. Si es de hacer notar que además de su "función custodial", el Asilo empieza a ofrecer a partir de 1927, "ocupación" a los enfermos, o sea "ergoterapia o terapia ocupacional" (1). Pero la característica fundamental de estos primeros cuarenta años fue organización y estructuración ambiental extremas, las cuales permitían al enfermo reorganizarse dentro de un marco muy claro de lo que se podía y de lo que no se podía hacer.

b) 1930 - 1950: **Período de Asilo-Sanatorio**

La introducción de convulso-terapia primero con Cardiazol*, luego con electricidad; la utilización del coma insulínico a mediados de los años treinta; la adquisición de servicios profesionales de médicos no psiquiatras a principios de este decenio (doctores Moreno Cañas, Calderón Guardia, Quesada Jiménez) bajo la dirección del doctor Roberto Chacón Paut, fueron dándole un nivel de Sanatorio. "El Asilo" se hace famoso por todo Centroamérica y el Caribe. Al final de esta década, se produjo la incorporación al cuerpo de médicos de los primeros especialistas neuropsiquiatras, (doctores González Murillo y Quirós Madrigal), ya con sus tres años de adiestramiento cada uno, los cuales fueron dando al centro psiquiátrico nacional la tónica más definitiva de sanatorio y luego, ya los visos de hospital.

A mediados de los años cuarenta se inicia la terapia con fiebre artificial.

También quedó instalado y funcionando bajo el doctor González Murillo, el Laboratorio de Electroencefalografía en 1945. El orden, la eficiencia y la apertura fueron mantenidos por el doctor Roberto Chacón Paut, quien fue el médico director hasta 1952 (1).

c) 1950 - 1970: **Período de Hospital Psiquiátrico**

* Casa Knoll, Knollstrasse No.50, Ludwingshafen/Rhin, Alemania.

Este período de otros veinte años es rico en acontecimientos y muy de acuerdo con el devenir histórico. Hay nuevas orientaciones psiquiátricas. El país supera el millón de habitantes en 1957. El número de médicos aumenta, así como el de enfermos. Hay más y mejores vías de comunicación. Los derechos del ciudadano y sus demandas también aumentan, necesariamente van a producir gran efervescencia. Nuevas ideas y conceptos; grandes logros y grandes frustraciones. La Psiquiatría llega a ser un ente tangible y modificador, provocando con su aumento de poder, anticuerpos que tratan de anclarla de nuevo dentro de las verjas y tapias de un asilo.

En la primera década de ese período, se reafirma la organización y funcionamiento como hospital mental, o como se le llamó, con nomenclatura de finales de los años treinta, "Neuropsiquiátrico". En 1955 oficialmente cambió el nombre de Asilo Nacional de Insanos a Hospital Neuropsiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.

En 1952 se adquirieron las primeras enfermeras graduadas; en 1955 se inicia el Servicio Social y en 1957, el Departamento de Psicología Clínica. Se contrataron médicos de guardia y los primeros residentes se nombraron (2).

En 1963 se inició el programa universitario de adiestramiento de médicos psiquiatras en el Hospital Chapuí; este último era el nombre más frecuentemente usado. En ese año existían diez especialistas en el país y cinco residentes, los cuales daban ciento dieciséis horas diarias de trabajo en el Hospital Chapuí y doce horas diarias para la Caja Costarricense de Seguro Social en Aranjuez (3).

Para 1968, había veintiséis psiquiatras en el país y quince residentes en el Hospital Psiquiátrico.

En 1970 hubo treinta y tres especialistas en el país y dieciocho residentes becados extranjeros y nacionales (C.C.S.S. y la Comisión sobre Alcoholismo).

El último lustro de este período, al cual corresponden las cifras arriba citadas, lo he designado, en mi lenguaje interior como la "primera primavera" del sistema nacional de Salud Mental. Primavera por lo hermoso y prometedor, aunque efímero y que sería seguido de un ardoroso verano de luchas y

Cuadro I
**TASAS DE CRECIMIENTO DE LAS CONSULTAS DE PSIQUIATRIA
 SEGUN AREA METROPOLITANA Y NO METROPOLITANA EN COSTA RICA;**
 Años 1963-1979.

Año	Consultas área metropolitana		Tasa de crecimiento anual/100		Consultas área no metropolitana		Tasa de crecimiento anual/100	Total	Tasa de crecimiento porcentual
	No.	Porcentaje del total	No.	Porcentaje del total	No.	Porcentaje del total			
1963	10.931	100,0			-	-		10.931	
1968	20.258	86,3	85,3		3.211	13,7	-	23.469	114,7
1973	55.982	72,0	176,3		21.772	28,0	578,0	77.754	231,3
1976	82.071	67,2	46,6		40.039	32,8	83,9	122.110	57,0
1979	83.564	67,8	1,82		39.625	32,2	-1,03	123.189	0,9

luego por un gélido invierno de disminución de acciones en la década siguiente, en cuanto a la dirección que llevaba. Esta dirección, señalada por todos los indicadores directos e indirectos, mostraban estar listos para salir de la organización y conceptos de tratamiento psiquiátrico que privaron en el mundo desarrollado hasta 1950 (modelo asistencial centrado en el hospital mental) a la orientación de acciones en la comunidad, de dar el servicio donde se necesita, descentralizando la atención psiquiátrica y compartiéndola con el resto del país. Entre estos indicadores puedo señalar, concretamente:

1. Puesta en marcha del Sanatorio doctor Chacón Paut, en Tres Ríos en 1952, descongestionando el Asilo Chapuí de doscientos cincuenta y tres pacientes crónicos.
2. Publicación de un folleto, por el doctor Fernando Quirós Madrigal en 1956, presentando la necesidad de la creación de un hospital granja en Las Pavas, para rehabilitación de enfermos crónicos.
3. La asesoría de la firma norteamericana Gordon y Friezer, a través del doctor Daniel Blain en 1955 "Report on Mental Health, Needs and Resources of Costa Rica; American Psychiatric Assoc". Archivos del Ministerio de Salud.
4. La publicación de "Proyecto para un Sistema Psiquiátrico Nacional", de González Murillo, Gallegos Chacón y el arquitecto Chasí Midence, Junta de Protección Social 1964.

Indirectamente podemos ver:

1. Aumento de las acciones asistenciales fuera del Hospital Psiquiátrico, tales como la consulta externa y acciones en la comunidad de 1966 a 1972, (ver gráfica N°1) y su progresiva disminución en la década siguiente en el grupo del Hospital Nacional Psiquiátrico.

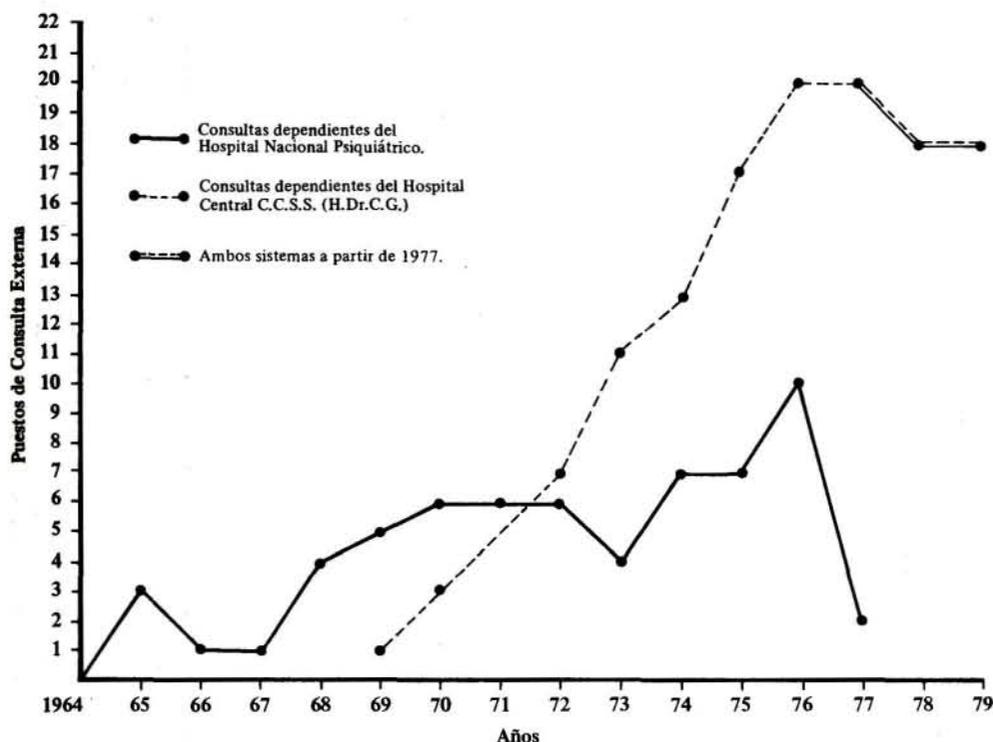
Este período de florecimiento casi exclusivamente se produjo en y con personal del Hospital Manuel Antonio Chapuí. La detención de la orientación que llevaba, también ocurrió en el mismo grupo.

La producción de éste, el auge y la materialización de varios e importantes logros ya está explicado y descrito en otros artículos (4). La declinación se produjo al aplicar políticas institucionales (Junta de Protección de San José), apoyadas parcialmente por algunos médicos, que resultaron ser un golpe severísimo a la Psiquiatría nacional al hacer la decisión de concentrar en Las Pavas, en el Hospital Nacional Psiquiátrico tipo granja, rehabilitador terciario, servicios de consulta externa y de evaluación y diagnóstico de casos nuevos. Estas políticas, sin asesoramiento técnico adecuado, tiraron la práctica de la especialidad en el centro de mayor importancia, a una filosofía asistencial y en algunos aspectos técnicos, similar a la existente en 1950. Por ejemplo, el nuevo hospital aún no tiene servicios de radio-diagnóstico. Es un centro de salud mental que queda encerrado entre las mallas de un hospital mental gigante, a varios kilómetros de los otros centros de salud y sin ninguna red claramente establecida de retro-

Cuadro II
COMPARACION DE PRESTACIONES DE SALUD MENTAL DE CONSULTA EXTERNA
EN PERIODOS PROGRAMATICOS DE SALUD 1976 y 1979

Años	Institución	Población Cubierta	Número de Consultas	Relación Habitantes por Consultas
	C.C.S.S.	1,559.252	102.183	14.96
1976	Hosp. Nac. Psiquiátrico	484.478	19.927	24.31
	Total General C.R.	2,043.730	122.110	16.73
1979	C.C.S.S. = C.R.	2,211.269	123.189	17.96

Gráfica N^o1
DISTRIBUCION DE LOS PUESTOS DE CONSULTA EXTERNA
EXTRAHOSPITALARIOS, SEGUN HOSPITAL DE DEPENDENCIA Y AÑO



alimentación. De ese retroceso de veinte o treinta años aún no se ha podido recuperar la psiquiatría nacional.

La gráfica N^o2 muestra el número de nuevos psiquiatras inscritos en el libro de Registro de Especialistas del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, cada año, entre 1960 y 1980. Los primeros psiquiatras, producto del programa de residencia del Hospital Chapuí, se inscribieron en 1966, siguiendo una tónica, no uniforme, pero sí positiva, con una acmé en 1972, y buen número en 1973 que corresponde a la cosecha de la "primera primavera" de la Psiquiatría, cuya siembra se produjo al final de la primera década comentada en este apartado. La segunda espiga, la de 1976, ya será comentada al describir la segunda primavera.

1970 - 1980: Período de descentralización y expansión a nivel nacional de servicios de

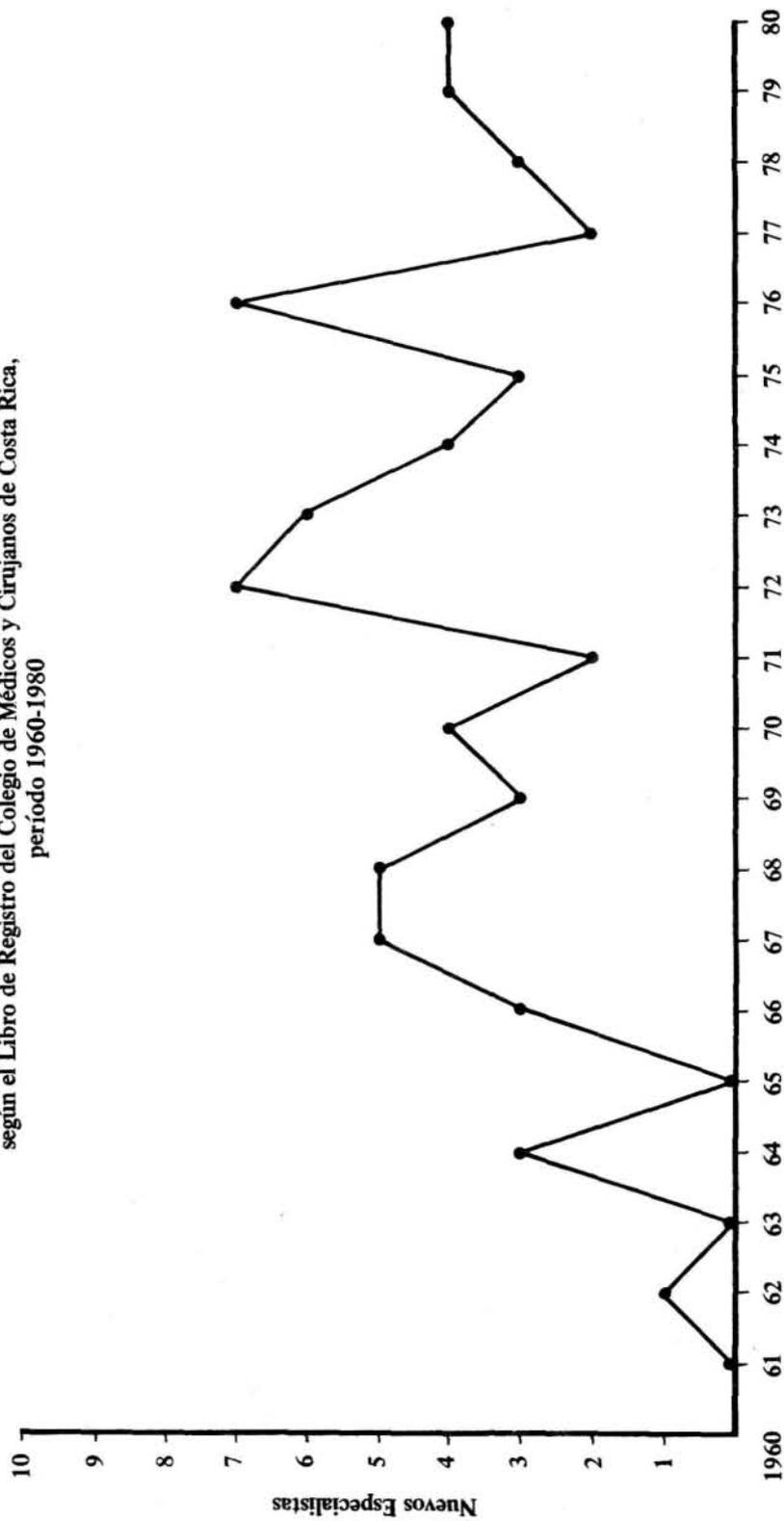
consulta externa y de internamiento en el hospital general

Por ser la más próxima a la década acerca de la cual se va a hacer predicciones, es la de más delicado análisis y con indicadores más fehacientes para aventurar posibles hechos.

Esta década se caracteriza por las siguientes acciones:

1. En el Hospital Nacional Psiquiátrico y su órbita, lo más destacado es, en 1974, el traslado del Hospital Chapuí al Hospital Nacional Psiquiátrico en Las Pavas, con la previa preparación y adecuación de recursos humanos y de la organización asistencial a las facilidades físicas que se ofrecían. Ha sido obra de artífices el calzar una aleta de ballena en la bota hecha para un elefante. En sí, el traslado y sus estrategias fueron motivo para un artículo del entonces director de ese Centro, el doctor Abel Pacheco De la Esprie-

Gráfica N°2
DISTRIBUCION DE LA INCORPORACION DE NUEVOS ESPECIALISTAS EN PSIQUIATRIA,
 según el Libro de Registro del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica,
 período 1960-1980



NOTA:

1. Durante estos 20 años, 7 especialistas se formaron en el extranjero de un total de 66 psiquiatras nuevos.
2. Hasta 1966 se inicia la inscripción de especialistas en Psiquiatría del programa de la Universidad de Costa Rica en el Hospital Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí.
3. El programa de Post-Grado en el Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia contribuyó con el siguiente número, inscritos según los siguientes años: 1976 con 4 especialistas, 1977 con 1 especialista, 1978 con 0 especialistas, 1979 con 3 especialistas, 1980 con 3 especialistas.

Cuadro III
DISTRIBUCION DE LA CONSULTA PSIQUIATRICA
POR PROVINCIA Y SISTEMA DE SALUD
Períodos 1976 y 1979

Provincia	Año 1976		Año 1979	
San José	H.N.P.	16.629	T.= 73.030	Total = 81.244
	C.C.S.S.	56.401		
Cartago	H.N.P.	544	T.= 13.171	Total = 8.403
	C.C.S.S.	12.627		
Alajuela	H.N.P.	559	T.= 13.764	Total = 9.406
	C.C.S.S.	13.195		
Heredia	H.N.P.	555	T.= 7.048	Total = 8.348
	C.C.S.S.	6.493		
Puntarenas	H.N.P.	1.228	T.= 5.871	Total = 4.740
	C.C.S.S.	4.643		
Limón	H.N.P.	307	T.= 4.523	Total = 4.356
	C.C.S.S.	4.216		
Guanacaste	H.N.P.	105	T.= 4.715	Total = 1.011
	C.C.S.S.	4.610		
Total General	122.122		123.189	

lla, en colaboración con el doctor Zoch Zannini (11).

El haber planificado un hospital para tratamiento continuo durante unos quince años y haberle añadido a última hora una consulta externa y un pequeño pabellón para unidad de tratamiento intensivo explica los

frecuentes cambios en la distribución y división de pacientes, tratando de acomodarse a lo que hay. Que si se organiza por áreas geográficas; que si en crónicos y agudos; que si estos en los primeros pabellones y los otros en los del fondo, etc. Este no acomodarse produce un gran desgaste y la

absorción incesante de recursos humanos. Esos cambios también se han reflejado en las acciones extra-hospital, tipo consulta externa que en 1973 decae, luego, con orientación geográfica sube de nuevo hasta 1977, para decaer con el traslado de esa Unidad a la Caja Costarricense de Seguro Social. De 1977 para adelante, la demanda de servicios de admisión, sean nuevos casos o readmisiones, tiene un incremento del 17 por ciento, en comparación con 1976. En 1978, aumenta en un 8 por ciento, y en 1979 el incremento es del 12,5 por ciento (13), con las consecuencias lógicas de mayor demanda de personal especializado hacia esas áreas. Entre las razones para ese aumento del número de admisiones está la desorganización paulatina a partir del año 1977 de la red nacional de servicios psiquiátricos de la Caja. Se ve que los treinta sitios o puestos de consulta externa en el país existentes en 1976 (veinte de la Caja y diez del Hospital Nacional Psiquiátrico), caen a dieciocho en 1978, pasando por veintidós, entre ambos sistemas en 1977 (Gráfica N^o1). Se entiende por puesto o sitio de consulta externa un consultorio o local destinado para

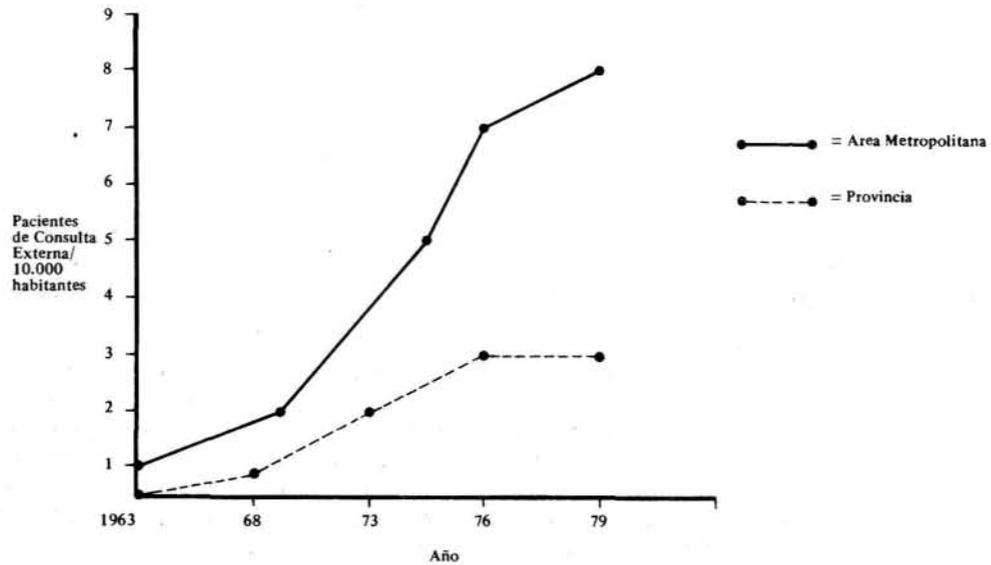
este fin, independientemente de las horas de consulta que se realicen en el mismo.

2. Establecimiento de la red a nivel nacional del servicio de Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social, a partir de 1970.

En forma paulatina y siguiendo un plan propuesto, de diez horas diarias de Psiquiatría, dos horas de Psicología Clínica y ocho horas de Servicio Social que tenía la Caja en 1968 (5), se pasó a ciento veinticinco horas psiquiátricas (3) y, para 1977 con seis residentes, se llevó a doscientos setenta y dos horas médicas diarias, cuarenta horas de Servicio Social y veinticuatro horas diarias de Psicología Clínica, a nivel nacional.

Esta "segunda primavera", que trata de adecuarse al desarrollo asistencial de la especialidad con las ideas de administración de servicios de salud mental a nivel continental de los años sesenta, pasando rápidamente al modelo de acciones de salud mental centrado en el hospital general (6), tratando de llegar al modelo basado en centros extra-hospitalarios, dentro de una red de comunicación, referencia de casos, supervisión y

Gráfica N^o3
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE PACIENTES
ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA,
SEGUN AREA METROPOLITANA Y PROVINCIAS
Período 1963-1979



retroalimentación ya descritos en otro artículo (7) para lograr un efecto terapéutico real en los pacientes y en el conglomerado social. El efecto de estas políticas médicas puede verse en el Cuadro I, original de otro artículo (8) y ahora puesto al día con datos de 1979 obtenidos del Servicio de Registro Médico de la C.C.S.S. En dicho cuadro se muestra un continuo aumento de la consulta externa en área metropolitana, menos marcado en estos tres últimos años. En la consulta no metropolitana, el cambio empieza a hacerse negativo, en ese mismo período.

En el cuadro IV puede apreciarse el cambio y la detención en las tasas de crecimiento por mil, comparando área metropolitana y provincias y tomando cifras desde el año 1968.

En la gráfica 2 vemos de nuevo la "segunda primavera" reflejada en el aumento de especialistas en Psiquiatría en 1976, que en un principio sí aumentaron los servicios de Salud Mental en provincias, con los incentivos que ya fueron descritos (8). Lo expuesto se hace más claro en las gráficas 3 y 4.

La política de esparcir la asistencia psiquiátrica por todo el país se interrumpió al tiempo del traspaso en 1977 del Hospital Nacional Psiquiátrico a la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto se puede ver en las gráficas tablas anexas, y también se prevé en una reseña sobre Psiquiatría Social que se hiciera en 1978 (9).

Cuadro IV
TASAS DE CRECIMIENTO POR MIL,
SEGUN AREA METROPOLITANA
Y NO METROPOLITANA
Período 1963-1979

Años	Area	
	Metropolitana	No Metropolitana
1963-1968	853°/oo	—
1973	1.763°/oo	5.780°/oo
1976	466°/oo	839°/oo
1979	182°/oo	-103°/oo

Cuando se utiliza el indicador habitantes/consulta según región, ese ligerísimo incremento de la consulta psiquiátrica a nivel nacional, obliga al preocupado con estas responsabilidades a decir —¿y qué se hicieron los veinte psiquiatras nuevos que se han inscrito en el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica a partir de 1976? Más aún, su acción en áreas no metropolitanas, no sólo no ha aumentado sino que ha disminuido de 1976 a 1979, usando cifras directas y en todas las provincias, a excepción de Heredia (Cuadros I y III).

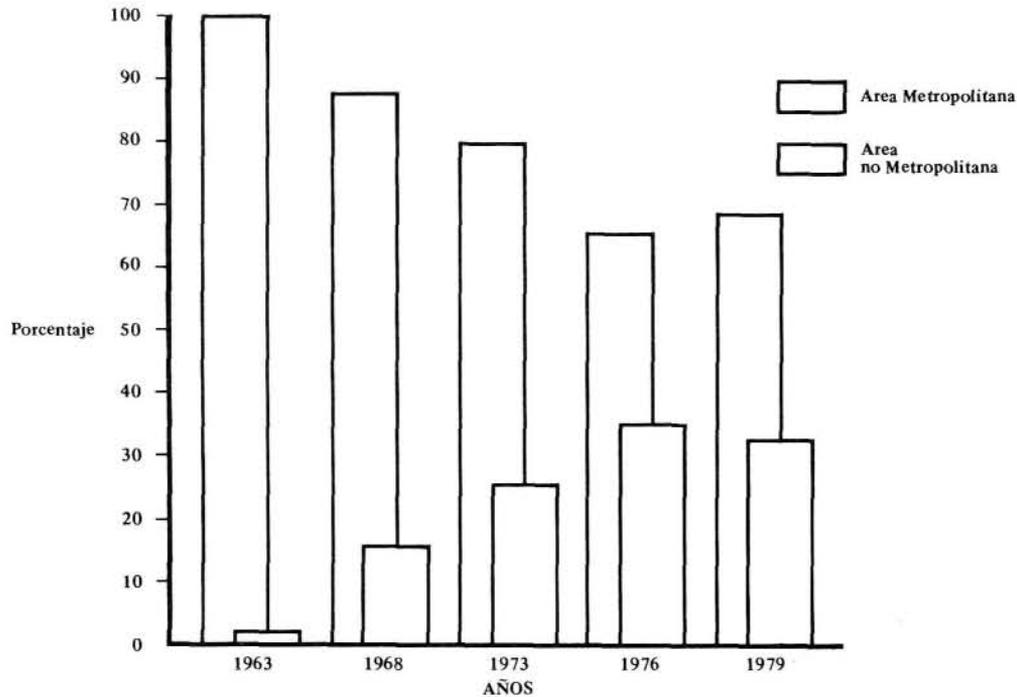
Lo anteriormente descrito, nos trae a una práctica en la asistencia de salud mental típica en Costa Rica en los años 1965 - 1970, en que estos servicios se ofrecen centrados en el hospital mental y que se creyó ya superada y sustituida por modelos más eficaces y justos para todos los costarricenses.

Esta práctica, sin dejar de tener beneficios para el sistema, sobre todo de tipo económico, desde el punto de vista del usuario, del que necesita el servicio, tiene múltiples desventajas entre las cuales se puede señalar:

- a. El servicio no se ofrece donde se necesita, sino que se va concentrando en la Capital.
- b. No deja de existir estigma en el internamiento en el Hospital Psiquiátrico.
- c. La existencia y aquiescencia a ser el hospital mental, centro de la Psiquiatría, facilita la actitud de rechazo de los no psiquiatras hacia el paciente mental, enviándolo tan pronto como puedan de los hospitales generales donde antes los aceptaban, con el dictum "pa" eso ahora tenemos Asilo de "Locos".
- d. Hay discrepancia entre los médicos especialistas y los mismos residentes acerca de cuál es el paciente propio para ser internado en el Hospital Psiquiátrico y cuál no. Eso lleva al "peloteo" del paciente con las consecuencias negativas que son de esperar.

Lo anterior es suficiente para demostrar que como está la organización de Servicios de Salud Mental de la C.C.S.S., que equivale a decir, a nivel nacional, para 1980, no parece ser satisfactoria. Ciertamente existen pronunciamientos, pero que a la fecha no han llevado a políticas definidas en ejecución de aspectos como: áreas de atracción, tipos

Gráfico N°4
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL TOTAL DE CONSULTAS DE PSIQUIATRIA,
SEGUN AREA METROPOLITANA Y AREA NO METROPOLITANA POR AÑO,
San José, Costa Rica



de servicios y políticas de seguimiento en relación con la Psiquiatría. Se puede decir, sin exagerar, que la situación actual en esta área es caótica.

Este hecho llevará también a disminuir la calidad técnica de prestaciones de Salud Mental.

El pseudo-funcionamiento que existe es tolerado por el público porque en general los parientes y el propio paciente psiquiátrico huyen de publicar su trastorno que se haría obvio si reclaman, y el que lo hace, o es o se le etiqueta de paranoico.

Con estos antecedentes, el predecir cuál es el futuro de los servicios psiquiátricos, es aventurado. Sin embargo, para la década de 1980-1990 pueden vislumbrarse tres posibilidades las cuales resumen múltiples opciones.

Esquemáticamente señalaré:

1. Lo que se debería hacer. Utópico.
2. Lo que se podría hacer. Factible.
3. Lo que se hará: "Sólo el tiempo lo dirá".

1. Lo que se debería hacer

Con la información de los desarrollos en la materia para este hemisferio se puede firmemente recomendar (7):

- a. Re-establecer acciones psiquiátricas en todos los hospitales generales del país.
- b. Desarrollar una institución nacional para enfermos psiquiátricos agudos, ojalá en un punto central, que podría ser cerca del Hospital San Juan de Dios, u otro centro médico que ofrezca las mismas facilidades de localización física y calidad médica.
- c. Establecer equipos interdisciplinarios en Salud Mental, uno por cada cincuenta mil habitantes.
- d. Establecer equipos diagnósticos y terapéuticos interdisciplinarios en Psiquiatría de niños, uno por cada doscientos cincuenta mil habitantes.
- e. Apoyado en los puntos *a* y *b* se puede desarrollar los puntos *c* y *d*, incrementando los incentivos a los docentes a todos

niveles y a los futuros profesionales en todas las áreas, para tener el personal necesario para formar equipos efectivos.

- f. Para obtener lo anterior, es necesario que las acciones de un instituto nacional de salud mental se realicen en un local físico adecuado, tanto geográficamente, como en dimensiones y facilidades suficientes para laborar sin presiones que amenacen la salud mental y física de los trabajadores.
- g. Sumarse y combinarse con la red nacional de salud para las acciones de salud mental.
- h. Realizar acciones de salud mental tipo prevención primaria y secundaria, como detección y seguimiento, con personal que realiza ya acciones básicas de salud a otros niveles, como en el nivel I, por el auxiliar de salud. Todo esto está detalladamente expuesto en otros trabajos (7).

2. Lo que se podría hacer

Esta segunda opción, no es utópica.

Contando con nuestra idiosincrasia y nuestros recursos, es gastar la mitad de la energía creativa, es seguir luchando, pulgada a pulgada, como se ha hecho en los últimos veinticinco años, por mejorar los servicios, con las siguientes acciones:

- a. Formar personal para acciones de salud mental, al máximo de nuestras posibilidades.
- b. Coordinar lo existente hasta donde sea posible para un mayor rendimiento en calidad y cantidad de la asistencia que se ofrece.
- c. Repartir y balancear los recursos existentes con sentido común y justicia. Los Cuadros II y III son elocuentes por sí mismos y muestran a la fecha de 1979, cómo se ha desbalanceado la organización de asistencia ambulatoria que existió hasta 1977.

3. Lo que se hará

Como se dijo "sólo el tiempo lo dirá".

El ser tico nos empuja a la improvisación, por no decir "inspiración", haciéndonos impredecibles.

Las posibilidades primera o segunda, se lograrían si superamos las "dificultades en implementar servicios de salud mental en países en desarrollo", como se expuso en

abril de 1978 en Cali - Colombia (10).

Haciendo un resumen de esa presentación, se señala que pese a que los incrementos de profesionales en Psiquiatría en Costa Rica fue del 487 por ciento, el número de atenciones ambulatorias de la especialidad aumentó en el 954 por ciento, con un crecimiento de la población nacional del 30 por ciento en el período comprendido entre 1963 y 1978. Las acciones de salud mental, con orientación contemporánea y efectividad en la resolución de problemas, estaban lejos de alcanzarse.

Se ofrecen posibles soluciones si se toman medidas en el aspecto administrativo así como en cuanto a los recursos humanos para llenar esos objetivos.

Además de todas las consideraciones anteriores, se señala que los logros se obtendrán si junto a la capacidad técnica se une el poder político.

Del informe anual del año 1974, del Dr. H. Mahler, Director General de la O.M.S., se cita: "Como parte de sus funciones la O.M.S. debe esforzarse por ampliar los horizontes de los que propagan indiscriminadamente la medicina convencional y persuadirles de la necesidad de recordar la función social que les incumbe en todo el mundo". (12).

Sin embargo, si no se produce una definición de políticas en Salud Mental, el deterioro de lo antes logrado, como se ve en los indicadores expuestos seguirá enseñorándose en la Psiquiatría Nacional. De no superar estas dificultades, las acciones de Salud Mental (incluyendo la Psiquiatría institucional), tiene grandes probabilidades de seguir caótica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- González Murillo, G., Breve estudio sobre el quehacer médico psicológico en Costa Rica. In: Acuña Sanabria J., et al. La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica, Ed. Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 1979; Cap V, pág.131.
- 2.- Gallegos Chacón, A., Diez años de psiquiatría costarricense. Rev Med Costa Rica, 1979; XLII(452): 127-138.

- 3.- Gallegos Chacón, A., El paso de un asilo a un Hospital Psiquiátrico. Presentado al Primer Congreso de la Federación Psiquiátrica del Caribe, San Juan, Puerto Rico. Octubre 1971.
- 4.- Gallegos Chacón, A., Panorama de la Psiquiatría en Costa Rica. In: Acuña Sanabria J., et al. La Psiquiatría y la Psicología en Costa Rica. Ed. Universidad Estatal a Distancia, San José, Costa Rica, 1979; Cap IV, pág. 101.
- 5.- Gallegos Chacón, A., Asesoría en Psiquiatría en la C.C.S.S. Publicado por la Caja Costarricense de Seguro Social, 1977.
- 6.- Gallegos Chacón, A., La Psiquiatría y el Psiquiatra en el Hospital General. Rev Med Costa Rica, 1975; XLII (453): 169-176.
- 7.- Gallegos Chacón, A., Planeamiento de servicios de Salud Mental en áreas rurales y urbanas de Latino-América. Rev Med Costa Rica, 1976; XLIII (456): 121-127.
- 8.- Gallegos Chacón, A., Desarrollo de la atención psiquiátrica en áreas semi-urbanas y rurales de Costa Rica. Acta Psiquiatr Psicol Am Latina, Buenos Aires, Dic 1978; XXIV (4): 287-292.
- 9.- Gallegos Chacón, A., Reseña de la Psiquiatría Social en Costa Rica. Resúmenes de trabajos del Primer Congreso Hispanoamericano-Luso-Americano de Psiquiatría, Barcelona, España, Julio 1978, pág 312.
- 10.- Gallegos Chacón, A., Dificultades en la implementación de acciones de salud mental. Presentado en la inauguración del Centro Colaborador para investigación y adiestramiento en Salud Mental de la O.M.S./O.P.S., Cali, Colombia, abril 1978. En prensa, Acta Médica Costarricense.
- 11.- Pacheco de la Espriella, A., Zoch Zannini C. E., Traslado de un Hospital Psiquiátrico. Presentado en el XLI Congreso Médico Nacional, San José, Costa Rica, diciembre 1974.
- 12.- Mahler, H., Crónica de la O.M.S., Ginebra, Suiza, Documento No.295, 1975; 272-275.
- 13.- Fuentes de información estadística:
 - Actualización de la División Territorial Administrativa de la República de Costa Rica, mayo 1975.
 - Areas de atracción de hospitales y clínicas. Dirección Técnica de Planificación, San José, Costa Rica, octubre 1977.
 - Anuario estadístico 1976. Hospital Nacional Psiquiátrico, Servicio de Registros Médicos, Pavas, Costa Rica, 1976.
 - Anuario estadístico 1976, C.C.S.S. Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1976.
 - Anuario estadístico 1979. Dirección Técnica de Planificación, Hospital Nacional Psiquiátrico, Pavas, Costa Rica, 1979.
 - Datos obtenidos directamente de los documentos de la Dirección Técnica de Planificación, Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica, 1979.