

Planeamiento de Servicios de Salud Mental (Estudio en Areas Rurales y Urbanas de Latino América)**

Alvaro Gallegos Chacón *

INTRODUCCION

Las diferencias en recursos y nivel de desarrollo de los países, de las diversas áreas rurales y desniveles socio-económicos entre los habitantes de una misma ciudad, hacen que sea utópico el establecer un modelo de servicio de Salud Mental aplicable a todo el subcontinente latinoamericano. Lo que sí es factible de señalar, son las bases para el planeamiento de estos servicios. Estas acciones básicas pueden enunciarse como FORMACION DE RECURSOS, acordes a las NECESIDADES, con OBJETIVOS ESPECIFICOS. El planeamiento puede hacerse partiendo de cualquiera de estos puntos, sabiendo que los otros dos aspectos entrarán en el juego al mismo tiempo. Cabe señalar que partiendo de las necesidades, es más científico el planeamiento. Con una visión de la Salud Mental como parte integral de la salud en general, concentrando y coordinando los recursos para un mayor rendimiento y óptimo servicio, y ubicados los lugares de acción de acuerdo a la población, se pueden enunciar estas cuatro premisas que deben estar presentes, en este planeamiento: 1) los servicios de Salud Mental deben estar integrados al sistema nacional o regional de Salud Pública. 2) debe evitarse la duplicación de servicios, concentrando los esfuerzos para dar el nivel óptimo en el servicio que se ofrece y por una sola dirección. 3) las diversas facilidades y acciones de Salud Mental deben estar efectivamente coordinadas, para dar un servicio continuado a los pacientes por el sistema de referencias. 4) debe darse el servicio donde se necesita, tratando de abarcar el máximo de la población de la que se es responsable.

* Director de Cátedra de Psiquiatría Hospital Dr. Calderón Guardia - Universidad de Costa Rica Jefe Servicio de Psiquiatría, Hospital Dr. Calderón Guardia.

** Presentado en el VIII Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, Acapulco, México. 1 a 5 de mayo 1975. Simposio: Futuro y estrategias en Salud Mental.

ESTUDIO DE LAS NECESIDADES:

La morbilidad del área donde se va a instalar, mejorar o coordinar un sistema de servicios de Salud Mental, es necesario estudiarla. Ciertamente que regiones con similitudes raciales, socio-culturales y económicas, suelen tener problemas similares y los estudios de un país semejante pueden ayudar a otro a planificar sus servicios. Idiosincracias de la región, más que en la incidencia de diversos desórdenes, que especialmente en las psicosis funcionales es asombrosamente constante en todos los países del mundo, se hacen importantes para conocer actitudes y expectativas de la población hacia el enfermo mental y lo servicios que se le brindan. La investigación de necesidades, con los recursos que ya se tengan, es de gran ayuda para planificar la producción de nuevos recursos con fines específicos. Conforme los recursos van mejorando, la investigación se hace más fina, proporcionándonos más datos para ir diseñando objetivos cada vez más específicos. Esperar a tener toda la información estadística, para iniciar la formación de recursos es un error. Todos los países tienen información básica de sus problemas psiquiátricos, ello ya permite ir implementando algunos servicios. Es interesante el observar el fenómeno que al ofrecer servicios en comunidades que se suponían tenían ciertas demandas y ciertos problemas, al trabajar en ella el equipo multidisciplinario de Salud Mental, rápidamente aumenta la demanda y se descubren problemas insospechados. Para ilustrar acerca de demanda de servicios, tipo de los mismos y distribución en los diferentes niveles de asistencia, usaré cifras de morbilidad, tipo de problemas, etc., que muestran las necesidades de un país como Costa Rica. Lo usaré como representativo del Continente Latinoamericano, pues es equiparable, con sus 50.000 kilómetros cuadrados, y dos millones de habitantes a una región programática de un país mediano o una provincia, departamento o Estado, de los países grandes de nuestro conglomerado latino. Las fuentes de informa-

ción además de estadística y censos nacionales, las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico y de la Caja Costarricense de Seguro Social, usaré datos de numerosos estudios de investigación del Dr. Gonzalo Adis Castro, y datos obtenidos por un servidor en diferentes encuestas y estudios realizados. En un estudio sobre "Prevalencia de Problemas de Salud Mental en Costa Rica", realizado en 1966 por el Dr. Adis Castro y colaboradores (1), se encontraron las siguientes cifras sin una selección de ningún tipo:

Psicosis	2.90/o
Trastornos de personalidad	10.10/o
Reac. psicofisiológicas	28.10/o
Psiconeurosis	38.70/o
Epilepsia	2.20/o
Alcoholismo	14.90/o

En Costa Rica no hay un sistema único de servicios de Salud Mental. Fundamentalmente hay dos: el Hospital Nacional Psiquiátrico y sus acciones extramuros y el Servicio de Psiquiatría de la Caja Costarricense de Seguro Social, distribuido en todo el país. Las acciones de ambos organismos tienen una orientación muy similar, hay bastante comunicación y en lo más posible, se trata de no duplicar acciones, sino de unirse en varias de ellas. Además, en Salud Mental, especialmente a nivel de niños y de alcohólicos, hay unas cincuenta instituciones que ofrecen servicios parciales en Salud Mental, especialmente a nivel de niños y de alcohólicos, que están parcialmente coordinadas entre sí y con los dos organismos mayores. Esta atomización de servicios no es el mejor ejemplo de un sistema efectivo; sí nos muestra la variedad e intensidad de las necesidades, cuando menos. Como en todo país, la Psiquiatría se inicia en el Manicomio. En Costa Rica, fue en 1890, que se inauguró el Asilo Chapuí. De su posición de Asilo fue evolucionado hacia un Hospital ya en 1950. En esa época, la recomendación era de tener cuatro camas psiquiátricas por cada mil habitantes. De seguir esa recomendación, actualmente se necesitarían casi ocho mil camas. Actualmente el Hospital Psiquiátrico no llega a 1200 pacientes. La razón es que hacia 1960 se inició la residencia en Psiquiatría, con un aumento paulatino de recursos y cambio en la filosofía asistencial. De ocho psiquiatras en el país, en esa época, ha aumentado a 54 en 1975; enfermeras psiquiátricas, trabajadoras sociales y psicólogos clínicos, aunque no en la misma proporción, también han aumentado considerablemente. En 1965 se inician acciones comunales en Salud Mental. En 1971 la CCSS inicia un aumento de su personal, y de sus acciones, en el Servicio de Psiquiatría. Esta

base es la que hoy nos permite presentar información bien recabada y nos da la posibilidad de un planeamiento de recursos con objetivos bien definidos. El Hospital Nacional Psiquiátrico tiene 0.8 camas por 1000 habitantes; es ocupado por el 0.66 por mil de la población. Su índice ocupacional no llega al 800/o. De unas tres mil quinientas admisiones anuales, un tercio son pacientes por primera vez y dos tercios, readmisiones. Anualmente, egresa un número muy parecido al de ingreso, teniendo relación, el aumento de población vegetativo del Hospital, con el índice de crecimiento vegetativo de la población del país. Hemos visto que, con un sistema de acciones asistenciales combinadas e íntimamente ligadas al Hospital Psiquiátrico, el número de pacientes en el mismo disminuye apreciablemente. Para muchos pacientes del Hospital Psiquiátrico se les hace imposible competir con el juego de oferta-demanda laboral corrientes, así como reintegrarse a vivir en la sociedad extra-hospital: los hogares transitorios y los talleres protegidos son parte importante de las necesidades. En los últimos seis años ha ido aumentando el número de pacientes psiquiátricos admitidos o tratados en Hospitales Generales, tanto metropolitanos como regionales o rurales. Para 1974 fueron 1550 admisiones, en solo un Hospital General con 28 camas de psiquiatría. Interesante es la diferente composición, por diagnóstico, de los pacientes admitidos a estos dos tipos de hospital, mientras que en el Hospital Psiquiátrico el 920/o tuvieron el diagnóstico de síndrome psicoorgánico o de psicosis funcional, esa categoría estuvo representada solo por un 330/o de los pacientes internados en Psiquiatría del Hospital General.

Ambos porcentajes se complementan con pacientes con reacciones psiconeuróticas, situacionales, caracteropatías y reacciones psicofisiológicas (2). Este hecho se repite en la Consulta Externa, si esta depende del Hospital Psiquiátrico o de un Servicio de Psiquiatría en el Hospital General. Mientras que el Hospital Psiquiátrico, en 1973, entre su Consulta Externa y sus extensiones comunitarias hizo unas 22.000 consultas y con un 900/o de pacientes psicóticos en control, el Seguro Social hizo cerca de 50.000 consultas, de las cuales solo el 140/o eran pacientes psicóticos, el 60/o síndromes psico-orgánicos; el resto eran pacientes con alguna enfermedad mental menor, o sea el 800/o (3). En las consultas psiquiátricas tanto metropolitana como en otras ciudades de más de 50.000 habitantes, nos dá un índice promedio de cinco consultas por año, por cada cien habitantes (4). La consulta de egresados del Hospital Psiquiátrico

nos da un promedio de 2.75 consultas por 100 habitantes por año, siendo la consulta urbana casi el doble que la rural (5). Con esos resultados podemos ver qué factores geográficos, culturales, económicos, etc., intervienen para que las demandas de servicios en Salud Mental en áreas urbanas son aproximadamente el doble que en las áreas rurales. También, no hay duda, que conforme se ofrecen esos servicios en áreas rurales, el índice de aprovechamiento sube rápidamente. La utilización de servicios psiquiátricos, es directamente proporcional a la agudeza y gravedad del problema, e inversamente proporcional a la distancia geográfica o dificultad de transporte. Un equipo de Salud Mental multidisciplinario atiende bastante bien una población de 50.000 habitantes; la calidad y efectividad de la atención dependen del enfoque y experiencias formativas previas del equipo, así como de los objetivos diseñados para su trabajo. El traslado de la experiencia asistencial de un Hospital Psiquiátrico a las crecientes consultas externas fue lo natural. Los resultados, en general, son poco satisfactorios. Desde el punto de vista terapéutico, la aplicación de psicofármacos a todo trastorno que tenga etiqueta psiquiátrica, no es solución y si existe el peligro de la creación de una nueva identidad: el paciente neurótico, dependiente en tranquilizantes. También, la política de internamiento y de recuperación sintomatológica de pacientes con reacciones situacionales probó ser inoperante mientras no se actuara, con equipo multidisciplinario, en todas las variables que provocaron el problema a tratar. La aplicación de técnicas más adecuadas para problemas neuróticos, de bastante éxito en la consulta privada, como la psicoterapia individual, es de limitada aplicación en un sistema para toda una población. Las razones son por un lado, que un paciente de cultura baja, incapaz de comprender y aprovechar la técnica ni de aceptar que no hubiera una medicina mágica para sus síntomas; por otro lado, la imposibilidad de ofrecer este tipo de tratamiento por lo caro, lento y la gran cantidad de recursos humanos que requiere. En el diseño de objetivos tocaré de nuevo este problema.

FORMACION DE RECURSOS:

En diferente cantidad y calidad, todos los países del Hemisferio cuentan con recursos en Salud Mental. Las más de las veces estos recursos son escasos e inadecuados, otras veces no utilizados en toda su potencialidad, y sobretodo, no compartidos con otras acciones de salud. Es frecuente, la queja de que los problemas psicosociales son los últimos en ser atendidos por las autoridades de Salud y que

los presupuestos son insuficientes. Esa indiferencia es explicable, aunque no aceptable, por varios factores. Entre ellos, la misma formación que recibe el médico y demás profesionales de la Salud en nuestras escuelas tradicionales, donde el énfasis es en la salud física y las enfermedades somáticas. Además, dado el grado de desarrollo de nuestros pueblos se tiene como prioridad los problemas de desnutrición, parasitosis intestinal y mortalidad materno-infantil. La incidencia de enfermedades cardiovasculares y el drama del cáncer atraen mucho más la atención. Todo esto hace que a la enfermedad mental no se le dé la importancia que tiene. En las estadísticas, no aparece como causa de mortalidad; pero como morbilidad, con muerte social y laboral, sí tiene prioridad. Este hecho, para países en desarrollo es de gran significación y debe ser tomado en cuenta entre los factores que lentifican el desarrollo. Ayuda también a esa indiferencia cierta nubosidad en los programas preventivos de Salud Mental, los resultados de los tratamientos psiquiátricos, que, en general, son vistos como pobres, la poco clara definición de enfermedad mental o de desajuste emocional. Finalmente, contribuye a olvidar los problemas la puesta en marcha de los mecanismos mentales de represión y negación que todo ser humano usa cuando algo le es ingrato. Y la enfermedad mental, por su esencia, que es el cambio de la persona misma que somos, es más agradable el ignorarla. Ante estos obstáculos, el profesional en Salud Mental no debe desmayar, utilizando y mejorando los recursos existentes, y al mismo tiempo, trabajando y presionando en la producción de nuevos recursos. La formación de recursos tiene tres direcciones: recursos humanos, recursos de planta física y recursos de comunicación y coordinación.

RECURSOS HUMANOS:

Tan importante es formar especialistas en las diferentes profesiones que abarca la Salud Mental, como incluir en la formación de todo el personal de salud, conocimientos, destrezas y actitudes positivas para realizar acciones en el campo de nuestra especialidad. La relación psiquiatra-población es debatible. En los países desarrollados se recomienda un psiquiatra por cada 10.000 habitantes. Esta cifra, utópica para la gran mayoría de países latinoamericanos (Brasil requería unos 10.000 psiquiatras, México unos 5000, Costa Rica 200), corresponderían con la relación recomendada por los organismos internacionales de Salud, de un médico por cada 1000 habitantes. O sea, que de cada diez médicos, uno debería ser psiquiatra. La relación psiquiatra-población,

depende no solo del desarrollo económico-cultural del país. Otras variables a tomar en cuenta es tipo de asistencia, incluyendo qué trastornos se tratarán, y sobre todo, la cooperación de las comunidades y participación en los programas de Salud Mental de todo el personal médico y paramédico. La educación a las comunidades, a través de sus líderes, es la base de la gran pirámide en que se puede representar un servicio nacional o regional. El lograr que la mayoría de las personas de una comunidad se interesen y sientan como propios los problemas de Salud Mental; que las personas con responsabilidades cívicas como maestros y autoridades participen en los programas es un paso decisivo, y actúan como multiplicadores de las acciones del equipo multidisciplinario. Con más razón aún los profesionales de la Salud, desde la enfermera auxiliar, la asistente social están directamente involucrados en estos servicios. Siguiendo la escalera profesional, cada vez con un menor número de personas pasando por los Hospitales rurales y generales, se llega al Hospital especializado. (Ver gráfico 1). El número de psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales con especialización en Salud Mental, no está exactamente definido. Idealmente debería haber el doble del número de psiquiatras por cada uno de estos grupos profesionales para-psiquiátrico. Más importante que todo este grupo especializado trabaje en forma de equipo multidisciplinario, multiplicando su efectividad y abarcando una gran gama de acciones. La relación de 50.000 habitantes por cada equipo multidisciplinario, con la cooperación del personal de salud, es una cifra deseable. Las cifras aquí presentadas, parecerán inasequibles a muchos, pero el planificar y trabajar hacia una meta de este nivel es lo aconsejable.

RECURSOS DE PLANTA FISICA:

Las acciones de Salud Mental se extienden desde las áreas públicas de las comunidades hasta el recinto del Hospital Psiquiátrico, como una gran red. La demanda de servicios es mucho mayor en consulta externa y en las acciones en la comunidad. Esos consultorios externos serán parte de centros o dispensarios rurales, policlínicos urbanos u hospitales generales. Es pues, importante que estén ligados físicamente a los servicios de Salud General. La mayor parte de la hospitalización en Psiquiatría debe hacerse en Hospitales Generales, como vimos al exponer el capítulo de las necesidades. Y el Hospital General, al igual que tiene sus quirófanos para Cirugía, salas de parto para Obstetricia, áreas separadas para prematuros e infecto-contagiosos en Pediatría, aunque el

enfermos psiquiátrico es esencialmente un enfermo de Medicina, debe tener facilidades de personal y planta física para el tratamiento y manejo de todo tipo de patología psiquiátrica. En 1973, en la Conferencia Interamericana de Ministros de Salud, se hizo la recomendación de que el 50% de las camas de los Hospitales Generales fueran destinados a pacientes psiquiátricos. Su cumplimiento daría un gran alivio al Hospital Psiquiátrico y a aquellos pacientes que no necesariamente tienen que ir a ese tipo de facilidad. Hasta este nivel, prácticamente no hay inversión económica importante ni separada de acciones de Salud Mental. El punto crucial para el logro de servicios es la actitud tanto de los administradores como de los colegas médicos en otras especialidades en cuanto a aceptación de los pacientes psiquiátricos y del equipo de Salud Mental como parte del Hospital General y del equipo de salud. Las plantas físicas necesarias para un sistema de Salud Mental, van convergiendo hacia una estructura que sí es exclusiva del sistema: el Hospital Psiquiátrico. Este sigue siendo imprescindible en la organización de servicios de Salud Mental. Sus funciones terapéuticas, rehabilitativas, y en muchos casos, custodiales, exigen que tanto su aspecto como organización no añadan al paciente un factor de cronicidad. Como una extensión del Hospital Psiquiátrico, ya que guarda la misma filosofía, la fundación de talleres protegidos y hogares transitorios completan el aspecto de recursos de planta física (ver Gráfico 2).

RECURSOS DE COMUNICACION Y COORDINACION:

Los recursos hasta aquí descritos no pasarían de ser áreas de acciones parciales de no existir vías establecidas, sin interferencias que le resten efectividad, de coordinación y comunicación entre los diferentes puntos del sistema. Sin necesidad de un complicado aparato burocrático, al estar las líneas de comunicación y de referencia bien establecidas, no es necesario personal auxiliar en gran número. Más aún, al estar montada la red de servicios de Salud Mental en los mismos servicios de salud existentes, la operación "coordinación" es solo un recargo y no una nueva organización. Lo que parece tan fácil al describirlo aquí, en realidad ofrece grandes dificultades, pero en otros niveles. Las dificultades se presentan cuando en cada punto nodal de la red no están bien especificadas las funciones y hasta dónde cada uno, en el puesto que ocupa, cumple con lo encomendado, siendo un servicio único. Mayores dificultades habían cuando hay que coordinar más de un

sistema asistencial. La efectividad de la comunicación entre un emisor y un receptor depende a que el código usado sea el mismo entre ambos. Una uniformidad de lenguaje depende de la unidad en la formación profesional, que incluye, no solo los aspectos cognoscitivos, sino la disposición afectiva y la adquisición de destrezas para el desempeño adecuado de acciones en Salud Mental. Por ejemplo, el paciente recuperado que sale del Hospital Psiquiátrico, que va a tener su seguimiento en un puesto de salud rural con el médico general, si la epícrisis, con las indicaciones, no llega a aquel médico, y si esta va en un lenguaje ininteligible para aquel médico, el paciente no recibirá el servicio y la recidiva se presentará. Si el médico general no tiene la actitud positiva y la destreza para cumplir con esa acción, se romperá la cadena de acciones establecidas para el seguimiento de ese paciente, y su mantenimiento en la comunidad.

DISEÑO DE OBJETIVOS EN EL PLANEAMIENTO:

El desarrollo natural de servicios, de acuerdo a las demandas y a la evolución de la sociedad, nos señala las prioridades en la implementación de servicios. Los objetivos específicos de tratamiento y rehabilitación de aquellos que han perdido la capacidad para convivir en la comunidad, están en un Hospital Psiquiátrico. El Hospital Mental moderno logra sus objetivos a través de un buen servicio médico psiquiátrico, una fuerte orientación comunitaria con el equipo multidisciplinario, facilidades de labor terapia, incluyendo el salario terapéutico, con la filosofía de puertas abiertas y de gobierno propio. Pero definitivamente, el Hospital Psiquiátrico es el último reducto donde llegará el paciente, después de haber pasado por los filtros de Hospitales Generales y rurales y las consultas externas urbanas o rurales. Cuanto paciente en necesidad de tratamiento intrahospitalario puede ser atendido en el Hospital General; cuanta persona, portadora o no de una enfermedad mental, ante una situación que excede su capacidad adaptativa necesita de una pronta atención. En los hospitales generales, la máxima actividad en Psiquiatría, es en el sentido de "intervención en crisis". Internamientos relativamente cortos, orientados a la solución de la crisis y no sintomáticamente es la tónica. Pero para lograr la destreza por parte del personal se vuelve un objetivo específico en la formación de los nuevos psiquiatras. Sin embargo, el internamiento de cualquier tipo debe ser la

excepción. Un servicio de Salud Mental debe tener como principio de que es una gran consulta externa, con múltiples acciones en la comunidad y menos servicios de internamiento solo para aquel que irremediablemente lo necesite.

Siendo un objetivo específico el tratamiento ambulatorio y las acciones preventivas en la comunidad, en la formación del personal de Salud, y especialmente, en el de Salud Mental, debe reforzarse ese aprendizaje de esas destrezas en el período formativo. El objetivo general de un servicio de Salud Mental es el cubrir las necesidades de su comunidad en esa área. El número de profesionales especializados nunca darán abasto para la atención directa de esas demandas. Objetivos específicos serán el educar y motivar a todo el personal en Salud, hacia los problemas de Salud Mental y sobre todo, a los líderes de las comunidades, como multiplicadores de acciones básicas. Un objetivo específico es producir la mística de trabajar con eficiencia y economía, pero con las necesidades de personal, planta física y facilidades de coordinación, de acuerdo a los recursos existentes, para otras acciones de Salud y no ostensiblemente inferiores.

RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA UNA POBLACION DADA:

De acuerdo a los parámetros descritos de necesidades psiquiátricas en una población promedio en Latino América, usando como ejemplo a Costa Rica, con una área de 50 mil kilómetros cuadrados y dos millones de habitantes, un tercio de ellos de localización urbana y dos tercios de localización rural y superadas las etapas de habilitación de un Hospital Mental que cumpla su cometido, incluyendo el seguimiento de pacientes egresados, los dos pasos siguientes son: uno, dar el servicio donde se necesita, abriendo consultas especializadas cada vez más lejos de la Institución madre, y, dos, la participación activa y responsable de los Hospitales Generales. Con los mismos recursos físicos y humanos de los puestos de Salud (dispensarios, Unidades Sanitarias), con líneas de comunicación claramente establecidas hacia las consultas psiquiátricas rurales y el Hospital rural, se logra satisfacer las necesidades de nuestro gran campesinado. Esta primera línea asistencial tiene su paralelo en las áreas urbanas con las consultas psiquiátricas distribuidas según la densidad de población. Ambos frentes, atendidos por profesional calificado, derivarán algunos casos que lo ameritan, o al Hospital General, o al Hospital Psiquiátrico, según un

criterio de mayor conveniencia para el tratamiento del paciente. Cuando el objetivo intra hospitalario se ha logrado, se utilizarán las vías de retorno a sus respectivas consultas ambulatorias en cada comunidad, algunas veces a través de hogares transitorios, o bien, ayudándose de los talleres protegidos.

RESUMEN:

Salud Mental por áreas calculadas en una población heterogénea distribuida de acuerdo con los parámetros descritos como necesidades para un promedio de población en América Latina y aplicado a Costa Rica como ejemplo. Pequeño país con un área de 50.000 kilómetros cuadrados y dos millones de habitantes. Nuestro pueblo tiene una tercera parte de población urbana y dos terceras partes de población rural. Estando detrás de los niveles para alcanzar un eficiente hospital mental, en cuanto al seguimiento de consulta externa y para poder dar de alta a su debida oportunidad, los pasos que se siguen son: Proporcionar los servicios donde sean necesarios, facilidades de consulta externa lejos de la institución original; participación activa y responsable de la comunidad, así mismo, participación más amplia del Hospital General.

SUMMARY:

Mental Health net work for a given population. Accordingly to the parameters described as needs for an average Latin American population, and using Costa Rica as an example with its 50.000 square kilometers and two million inhabitants, one third in urban

location and two thirds in rural areas, and beyond the level of having an efficient mental hospital, including follow-up for discharged patients, the next steps, are: to give the service where needed, opening out patient facilities far from the mother institution, with the active and responsible participation of the Community, plus the participation, in full scale, of the General Hospital.

BIBLIOGRAFIA:

1. Adis Castro, Gonzalo, Dr. Pierre Thomas Claudet: Consulta Externa de Psiquiatría de la CCSS, Prevalencia de grupos Diagnósticos. Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones Psicológicas. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, 1973. Páginas 6 y 7.
2. Auditoria Médica Mensual del Servicio de Psiquiatría, Caja Costarricense de Seguro Social.
3. Departamento de Archivo y Estadística, Hospital Nacional Psiquiátrico, Las Pavas.
4. Gallegos Chacón, Alvaro: Diez años de Psiquiatría en Costa Rica. Acta Médica Costarricense, En Prensa. Diciembre 1970.
5. Mariategue Javier, Adis Castro Gonzalo: Epidemiología Psiquiátrica en América Latina. Acta, Buenos Aires 1970. Páginas 89 a 114.



GRAFICO Nº2

RED DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL

RECURSOS FISICOS Y ORGANIZACION DE LA COMUNICACION
ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES DE ACCION

