

Impacto de las Políticas de Ajuste en la administración de recursos de Salud Mental en Iberoamérica

Daniel M. Fränkel

Univ. N. del Comahue. Buenos Aires

RESUMEN

La reforma del Estado se ha convertido en uno de los temas fundamentales de la actual agenda económica, social y política de Iberoamérica. En el campo de la salud mental, específicamente, se tiende a replantear las políticas y las opciones de desarrollo que venían ensayándose hasta la actualidad. La acumulación de problemas crónicos ha llevado a una situación caótica. En los últimos años, la administración de los recursos de salud mental ha estado marcada por una organización ineficiente, con superposición de programas entre los distintos niveles de atención y la consiguiente desigualdad social de los grupos de población. Uno de los desafíos consiste, pues, en promover las acciones locales así como la formación de redes y desarrollo de la participación social.

ABSTRACT

The reform of the state has become one of the fundamental themes of the present economic, social, and political agenda of Latin America. In the field of mental health, specifically, policies and development alternatives in force up to the present are now under close scrutiny, so that a fresh focus might be tried. The piling up of chronic problems has led to a chaotic situation. Lately, the administration of mental health resources has been stigmatized by inefficient management with programs overlapping at different levels of care, thus causing social inequality. As a result, challenges at stake include: promoting social action, setting up social networks, and developing social participation.

Características estructurales de los países de la Región

Desde la década de los setenta se están produciendo profundas transformaciones en las economías regionales. La mayoría de los países se han visto obligados a realizar ajustes en su economía a causa de problemas estructurales vinculados con el deterioro de los términos de intercambio, constreñimiento de los procesos de industrialización, e importantes endeu-

damientos públicos. La detención del crecimiento económico y el alto desempleo han profundizado la marginalidad de grandes grupos de población. El aumento de la pobreza y la falta de políticas sociales eficientes, especialmente en las áreas de salud, educación y vivienda, han sido factores de desestabilización institucional: convulsiones sociales y políticas, guerras, alternancia entre gobiernos democráticos y autoritarios fueron algunos de los aspectos más destacados.

La década de los ochenta trae la frustración de los proyectos de modernización de las sociedades regionales. El quebrantamiento de estas economías ha terminado por imponer programas de ajuste para auspiciar el crecimiento económico, combatir la inflación y lograr otra inserción en el contexto internacional. En la mayoría de los países, las políticas de ajuste han acentuado las desigualdades sociales y culturales. Los países más pobres se han visto especialmente afectados por la crisis ante la reducción de importaciones y la débil expansión de sus exportaciones. Las políticas de ajuste han ayudado a aumentar el cuadro recesivo al incrementar el nivel de desempleo y disminuir el poder adquisitivo de las población –con lo cual fue creciendo la pobreza general en la región.

A la luz de las nuevas políticas, ha surgido un debate, no concluido aún, respecto del nuevo papel del estado en esta etapa. La retracción del Estado de su tradicional hegemonía política ha implicado una presión que aspira a que se reduzca su presencia en todos los órdenes de la vida. El costo político de las medidas restrictivas en el campo de la política social es de una magnitud tal que resulta difícil de evaluar aún hoy en todas sus dimensiones.

La reforma del Estado se ha convertido en uno de los temas fundamentales de la actual agenda económica, social y política de América latina. Frente a los embates de la crisis en curso y la urgencia de políticas innovadoras para paliarlos, se ha impuesto la necesidad de transformar el Estado para ponerlo en condiciones de responder a las nuevas demandas. Ello ha implicado diversas direcciones de trabajo:

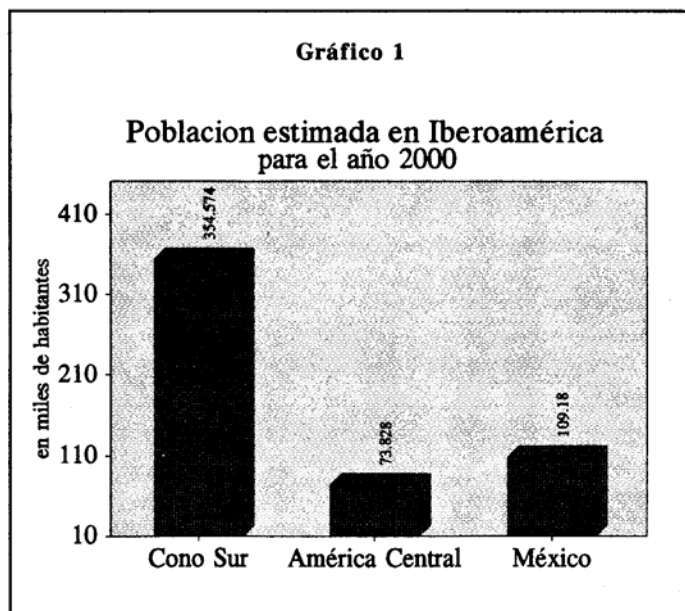
- a) flexibilización de las actuales estructuras para afrontar un entorno en continuo cambio
- b) aumento de las capacidades gerenciales
- c) introducción de tecnologías punta
- d) renovación de las políticas de personal.

La crisis ha puesto de manifiesto contradicciones que venían acumulándose desde hace tiempo. También, tal acumulación ha sido producto de

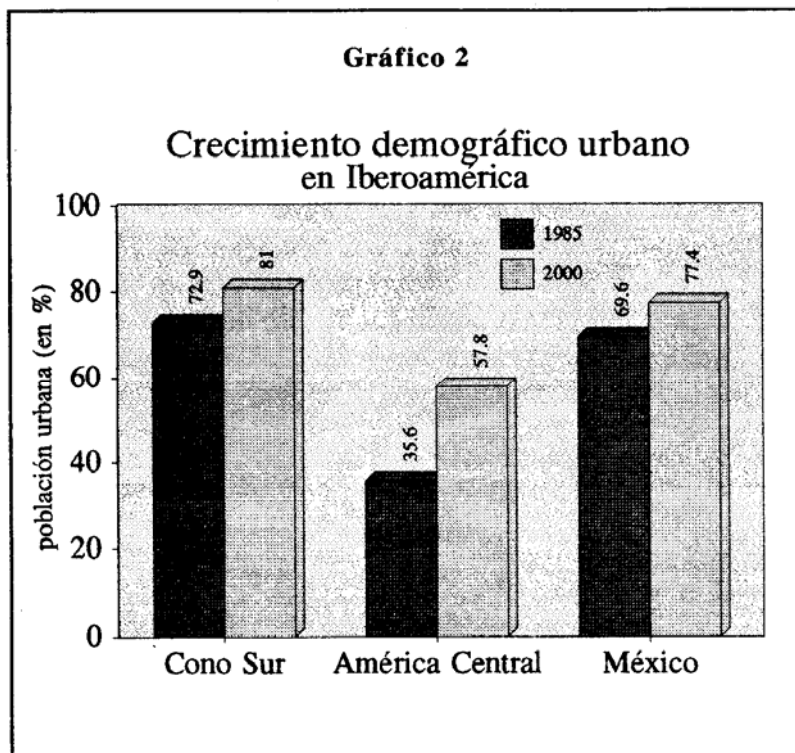
soluciones fracasadas que no lograron superar los problemas de fondo. Específicamente, en el campo de la salud mental, la crisis obliga a un replanteamiento de las opciones de desarrollo y de las políticas que venían ensayándose en nuestra América. La acumulación de problemas crónicos –financiamiento de instituciones asistenciales, mantenimiento de modelos asistenciales con elevado déficit de cobertura, caída del gasto social en programas de atención primaria, prevención, promoción de la salud; inexistencia de políticas de investigación y rehabilitación, falta de programación sanitaria y social– ha llevado a una situación caótica.

La evolución demográfica en América Latina

Se estima que la región tendrá una población de 537 millones de habitantes en el año 2000. Esta cifra representa una tasa de crecimiento del 35.2% entre 1985 y 2000, según fuentes de las Naciones Unidas. De acuerdo con estos datos, el mayor crecimiento será del 44,2% en el grupo de 15-64 años, y del 58,7% en el grupo de mayor de 65 años.



Este fenómeno ha de causar un impacto negativo en el desordenado proceso de urbanización que se viene dando últimamente en los países de la Región, tal como se observa en el Gráfico 2.



Se estima que, para el año 2000, 3 de cada 4 personas residirán en zona urbanas. El 72.3% de la población residirá en 437 ciudades de 100.000 habitantes y más (47 de ellas con más de un millón y 10 con más cinco).

Características socioeconómicas de la población

Casi la mitad de la población vive bajo la línea de pobreza y el 22% de este total está compuesto por indigentes. Desde 1986 hasta 1990, la incidencia de la pobreza ha aumentado alrededor del 2.4%, en especial en países de mayor peso económico y poblacional, como la Argentina, Brasil,

México y Venezuela. Este es un fenómeno de predominio urbano pero con grave perjuicio de los ámbitos rurales, de los ocupados en situación de pobreza, cerca del 60% son asalariados.

En Iberoamérica existe una gran masa de población económicamente activa con menos de 10 años de instrucción (se calcula que oscila entre el 55% y el 65% para las áreas urbanas). La incidencia de la pobreza, entre los hogares urbanos con ocupados que lograron 10 años, o más, de estudio, ronda el 10% –pero alcanza valores del 20% en Chile, Honduras y Paraguay, mientras que, en Costa Rica y Uruguay, baja este porcentaje al 5 %.

Incidencia del ajuste en el presupuesto de salud

A partir de 1981, disminuyó el crecimiento sostenido que había caracterizado al producto bruto interno (PBI) durante casi cuatro décadas. La tasa anual decreció del 5.3 en 1980 al 0,5% en 1981, para mostrar signos negativos en los dos años siguientes. En la Argentina, por ejemplo, fue de -14,2%; del -27% en Bolivia; del -20,5% en Guatemala; del 11,5% en Haití y del -11.9% en México. A partir de 1984, el PBI tendió a recuperarse levemente. En 1986 –salvo en Brasil cuyo producto representa cerca de un tercio del producto total de la región– fue sólo superior en un 2% al alcanzado en 1980.

Una visión aún más dramática del impacto de la crisis surge de observar el comportamiento de la evolución del PBI por habitante entre 1980 y 1986. En ese período, la población aumentó en más de 50 millones (de 355 millones a 406 millones). En el transcurso de esos años, el PBI por habitante decreció cerca del 8%; en 3 de los 19 países, este indicador cayó más del 20%; en 10 países, la caída fue entre el 10 y el 20% y sólo en Brasil, Colombia, Cuba y Panamá supera el nivel de 1980 para el año 1986.

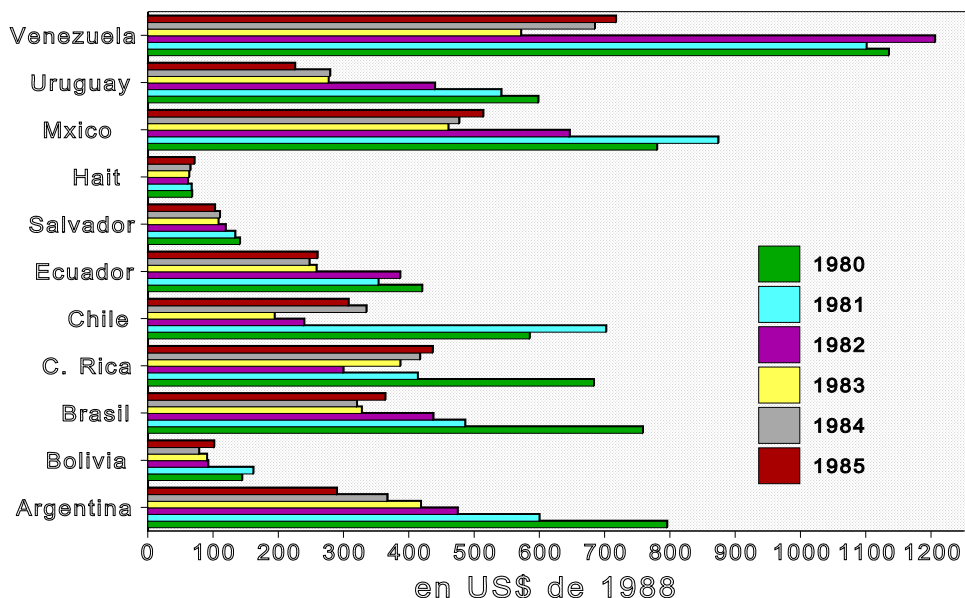
La reducción de la capacidad importadora (causada por devaluaciones y una menor capacidad de rentabilidad en las inversiones) coadyuvó a la merma de la inversión *per capita* durante los primeros años de la década del 80.

El abultamiento de la deuda externa constituye el resultado más adverso para el desarrollo de la Región. La deuda pasó de menos de 100 millones de dólares a fines de 1976, a más de 330 mil millones en 1982 y a 382 mil millones en 1986. El monto de intereses que absorbía en 1978 el 15% de las divisas generadas por concepto de exportación de bienes y servicios llegó a representar entre el 35% y el 40% entre 1982 y 1985. Brasil, México, la

Argentina y Venezuela figuran en los primeros lugares entre los 17 países más endeudados del mundo.

Gráfico 3

INVERSION INTERNA BRUTA "PER CAPITA"



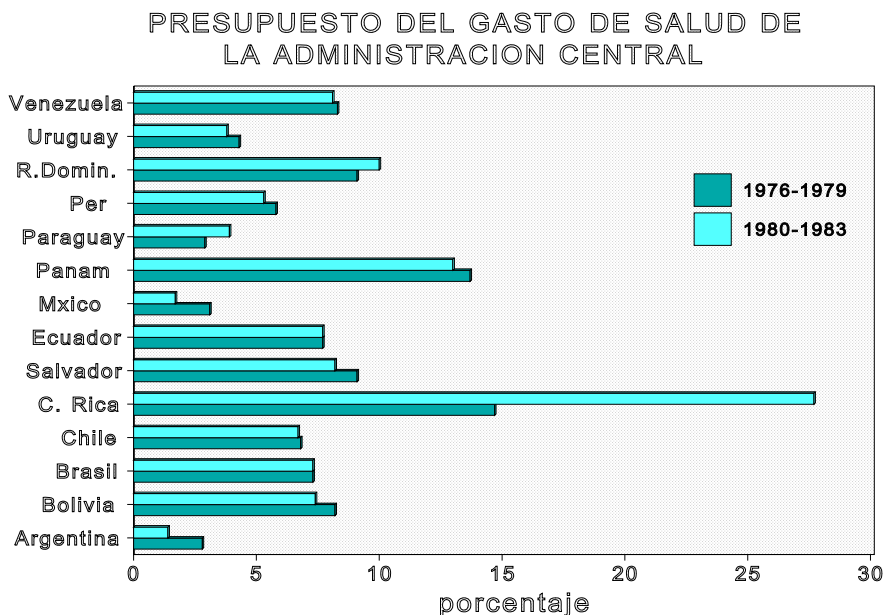
Fuente: Banco Mundial. Rapport sur le développement dans le monde, Washington, 1986

Durante este período, la mayoría de los gobiernos ha reducido el porcentaje del presupuesto central destinado a salud (Gráfico 4). El comportamiento de los créditos presupuestarios asignados a salud tuvieron el mismo comportamiento que el gasto público total.

Se estima que gran parte del costo del ajuste se ha pagado con una disminución de la calidad de atención; disminución cuyos orígenes son:

- Parte sustancial del costo de ajuste a la crisis ha sido *pagada* con la merma del salario real de los trabajadores del sistema de salud,
- Menos duración promedio de las hospitalizaciones.
- La reducción presupuestaria no ha significado una disminución de la demanda por sistemas de salud. Sin embargo, combinar recursos disminuidos con producción constante da pie a la interpretación de la mediocridad de las prestaciones.

Gráfico 4



Fuente: Banco Mundial. Rapport sur le développement dans le monde, Washington, 1986

Buscar mayor eficiencia para resolver la tensión financiera y aprovechar los recursos existentes no constituye un proceso uniforme en los países de la Región. Es más, éste depende del estado en que se encontraban los sistemas de salud antes de la crisis. Por otra parte, si el deterioro no se ha agudizado, fue porque muchos gobiernos han mantenido la provisión de los servicios básicos.

Los problemas del sector de la salud

Se identifican tres problemas principales:

Insuficiencia de recursos

La mayoría de los países han adoptado políticas de amplia cobertura para la totalidad de la población. En los países más pobres, por obra de las políticas de ajuste, se redujo notablemente el recurso público asignado a la salud que, con el aumento poblacional, ha incidido más aún en la reducción de los gastos *per capita*. Es posible, con el aumento del nivel de ingresos,

en estos países, que la demanda de fondos en el sector de salud se incrementa de manera notable. En general, los gastos de los ministerios de salud son cubiertos casi exclusivamente por el erario. Vigentes desde hace 60 años en la Región, en 16 países los sistemas de seguridad social se financian mediante retenciones sobre sueldos y otros impuestos con destino especial. Sin embargo, las acciones sanitarias básicas no pueden progresar con la suficiente rapidez. Las partidas presupuestarias no son suficientes para financiar en su totalidad, *per capita*, un conjunto mínimo de actividades en salud. Además, los fondos privados tampoco alcanzan para encarar acciones de envergadura. Sólo una pequeña parte va a los servicios de bajo costo (vacunación, curaciones sencillas, medicación, etc.).

La búsqueda de eficiencia se traduce en la implementación de criterios utilitaristas, de optimización y elevación de la productividad. Se afirma que el ejercicio privado de la salud ha ido creciendo en los países de la Región. Los datos revelan que aún los sectores más empobrecidos recurren a él cuando no les satisface la atención que brinda el estado. La sostenida restricción de la inversión estatal, así como la depresión salarial atentan contra una adecuada expansión de los servicios, y llevan a su paulatino deterioro.

En materia de atención médica, los gastos anuales, tanto públicos como privados, ascienden en promedio a, aproximadamente 9\$ USA por habitante en los países de ingresos más bajos y a 31\$ USA por habitante en los de ingresos moderados. Gran parte de esta brecha reconoce su origen en la diferencia de ingresos *per capita*: en casi todos los países, el gasto en salud representa entre el 2 y el 12% del PBI. El total de este gasto, tanto público como privado, es, en promedio, inferior en un 5% al promedio que registran los países industrializados.

Ineficacia de los programas públicos

La insuficiencia de recursos monetarios para cubrir el financiamiento de gastos, salarios, medicamentos, combustibles y mantenimiento configura un fenómeno crónico que se ha agravado con la restricción. Alarma la escasez de profesionales y la desatención de los recursos administrativos y de especialización. En las salas de primer nivel, se subutilizan las capacidades, en tanto que, en los hospitales de segundo nivel, se produce una masiva sobrecarga. La prestación de los servicios ha decrecido en calidad; los pacientes deben lidiar con un personal estresado o indiferente, lo cual, sumado a la dificultad para acceder a los medicamentos y el deterioro de las instalaciones, habla de un grave cuadro de situación.

Se calcula que las tasas de ocupación en hospitales locales o salas de primer nivel pasan apenas del 40%; en cambio, en los grandes centros asistenciales, sobrepasan el 80 %. Las largas filas de espera, el elevado índice de deserción o de tratamientos incompletos revelan el grado de racionamiento al que han llegado los servicios de atención, sin mencionar que el tiempo de prestación que los profesionales dedican a sus pacientes se reduce al mínimo (cualquiera que sea la dolencia que los afecte). Por un lado, las presiones porque se mejore el sistema de prestación; por otro, la insuficiencia de fondos —éste es el dilema al que se enfrentan la mayoría de los países de la región.

Inequidad del sistema de salud

Es cada vez más notable la brecha existente entre:

- a) La inversión tecnológica: costosas tecnologías en modernos centros asistenciales contrastan con salas desmanteladas que, con frecuencia, no cuentan con los mínimos recursos.
- b) Regiones geográficas: en materia de gasto público existen disparidades entre las zonas rurales y las urbanas: en estas últimas, a menudo, el gasto público es tres veces superior al de las zonas rurales. En el Perú, por ejemplo, dos tercios de los médicos están instalados actualmente en Lima mientras que, en el interior, hay un médico por cada 10.000 habitantes o más. Los montos que se gastan en Lima duplican los del departamento de Amazonas y quintuplican los del de Cajamarca.

Si bien es cierto que existen problemas crónicos en los sistemas de salud y que, aún modificando el sistema de financiamiento, no se lograría resolver todos los inconvenientes, el incremento de la restricción presupuestaria ha venido a agravar el cuadro preexistente.

El impacto del ajuste en las políticas de salud mental

La concentración urbana, el aumento del desempleo, el despoblamiento rural, nuevos movimientos migratorios, el aumento de la esperanza de vida al nacer, una creciente evolución de la pobreza y una marcada brecha interna y regional configuran las características de esta década en Iberoamérica; situación que agrava las condiciones psicosociales que inciden en la salud mental de la población de la Región. La restricción presupuestaria, la carencia de políticas sociales eficaces y la creciente tendencia a la privatiza-

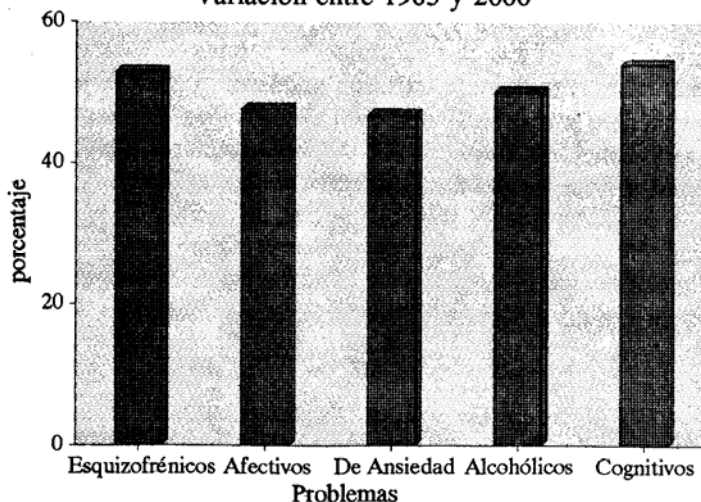
ción marcan cuán débiles son los programas de salud mental. El marco del ajuste incrementa la falta de recursos del sector público y denota la falta (y defectos) de programas de formación y aprendizaje adecuados. Los intentos de descentralización no logran superar los problemas de cobertura insuficiente, ni el desaliento en los programas de prevención.

Caracterización de la morbilidad en la Región

La morbilidad general no ha cambiado sus patrones en las décadas recientes. Las enfermedades infecciosas, de transmisión sexual y respiratorias no han mermado hasta el momento. Es más, se prevé un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente en los grupos de población más expuestos.

Gráfico 5

Principales problemas de morbilidad en Salud Mental Variación entre 1985 y 2000



Fuente: Organización de las Naciones Unidas. World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1984, New York, 1986

Hasta ahora, los problemas de salud mental no han mayormente influido en las políticas de salud de la Región. Sin embargo, el incremento de los trastornos mentales, asociados con factores psicosociales producirá un cambio en los enfoques epidemiológicos vigentes. El aumento de la morbilidad en salud mental tiene graves repercusiones en el desarrollo social de América latina así como en la planificación y la prestación de los servicios. El aumento de casos, en cinco problemas, de la población de 15 a 64 años, se considera superior al crecimiento demográfico (44.1%) entre 1985 y el año 2000.

Caracterización de la mortalidad en la Región

La disminución de la mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades contagiosas durante los años 70 (de 9.4 defunciones por cada 1000 habitantes entre 1970-75, a 8.5 entre 1975-80) se estima que descenderá a 6 defunciones/1000 hacia finales de la presente década. Sin embargo, se ha estimado que, entre 1985 y el año 2000 aumentarán las defunciones por causas psicosociales en un 50.6% lo que, también, sobrepasa el crecimiento demográfico. Si se desglosa esta cifra, se observa un fuerte incremento en los trastornos cerebrovasculares (518%), homicidios (52% y cirrosis (59.2%).

Administración de recursos

A pesar de compartir algunos servicios con la seguridad social, con el sector privado, con instituciones de beneficencia y con la medicina popular, el sector público sigue prestando la mayor oferta de atención.

Los efectos de las actuales políticas chocan con la reducción del gasto social y los presupuestos decrecientes. La defensa de los valores relacionados con: equidad, eficiencia, participación intersectorial, viabilidad administrativa, integridad de prestaciones o derecho a la salud no se corresponden con la realidad, a la luz del recorte de recursos y programas de trabajo. Es más: recientes propuestas –ya perimidas en los países industrializados sostenidas en la *des-manicomialización* o desinstitucionalización, apuntan a reducir el gasto originado por el mantenimiento de los hospitales psiquiátricos más que a brindarle al problema una solución profunda.

En los últimos años, la administración de los recursos de salud mental ha estado signada por una organización ineficiente, con superposición de programas entre los distintos niveles de atención. Con las políticas actualmente en vigencia, se ha incrementado la desigualdad social de los grupos

de población en términos de accesibilidad y tipo y calidad de la oferta. El crecimiento de la práctica privada no se ha traducido en una mayor cobertura de la atención en salud mental por lo limitado del segmento poblacional al que sirve, que vino a favorecer a los grupos de mayores ingresos. La reducción del sector de la beneficencia y la falta de registros de la medicina popular caracterizan la escasez y debilidad de este campo de la salud.

Los datos indican que el 15% de las camas pertenecen al área de la salud mental, distribuidas en cerca de 600 establecimientos. Se cuenta con unos 7000 psiquiatras y 15000 psicólogos clínicos en la Región. El 80% de los profesionales se concentra en áreas urbanas. Sólo 1000 enfermeros trabajan de forma exclusiva en los servicios de salud mental. El número de asistentes sociales es de 300 y los terapeutas ocupacionales no alcanzan a los 150.

A la escasez crónica de formación de recursos humanos, se agrega actualmente la falta de políticas de investigación. En casi todos los países, es común observar la falta de definición en materia de políticas de investigación, la desarticulación y dispersión de las pocas instituciones que las llevan a cabo, la escasez de publicaciones científicas y la carencia de incentivos.

Consenso y realidad: elementos para una discusión técnica de las políticas de salud mental

En la mayoría de los países de la Región, los administradores de salud mental afrontan cada día una mayor responsabilidad, ante la situación presupuestaria. La administración de los recursos existentes también debe ceder el paso a una supervisión de la calidad de las prestaciones y a la selección de técnicas y estrategias más apropiadas. Los esfuerzos están orientados a evitar que crezca el endeudamiento público, a reasignar partidas provenientes de otros sectores y a satisfacer la demanda. En medio del tremendo cuadro actual –o a pesar de él– uno de los desafíos que deben encararse en lo que queda de la presente década, es incrementar la eficiencia al tiempo que se mejore la cobertura. La búsqueda de nuevos mecanismos de financiación debe acompañarse del desarrollo de programas de capacitación y de transferencia de tecnología, nacida de adecuadas políticas de investigación.

En algunos ministerios de salud pública, se detecta cierta tendencia a crear unidades de planificación en salud mental: los problemas que se suscitan a la hora de querer superar la brecha entre necesidades y recurso exi-

gen encontrar soluciones a la repercusión provocada por la recesión económica, que se traduce en términos de disponibilidades financieras y asignación de prioridades. En este sentido, es preciso ensayar diferentes formas de apoyo económico que modifiquen las políticas actuales a favor de grupos o problemas específicos.

El financiamiento de las acciones debe apoyar el desarrollo de la atención primaria en salud mental desde la descentralización y el apoyo a los ámbitos municipales. Los sistemas de financiación y asignación de recursos deben evaluarse de cara a ajustar los dispositivos –tanto institucionales como administrativos o de organización– a las necesidades y demandas de la población.

De las consideraciones anteriores, se desprenden las siguientes conclusiones:

Desarrollo de acciones locales en salud mental:

Con un reducido margen de maniobra en lo que se refiere a recursos financieros, se hace cada vez más imperioso desarrollar conceptos de creatividad, autonomía y participación. La búsqueda de acciones más eficaces parece lograrse con el fortalecimiento de la capacidad de gestión de los poderes locales: las posibilidades de mejorar los niveles de efectividad y participación requieren de ámbitos territoriales reducidos e interlocutores institucionales muy próximos. El proceso de fortalecimiento de sistemas locales de salud mental supone:

- Descentralización del nivel de decisión
- Desconcentración de recursos financieros, humanos y materiales
- Fortalecimiento de la participación
- Establecimiento de un sistema de información/comunicación

Conformación de redes y desarrollo de la participación social

Deben constituirse ambos factores en objetivos fundamentales si se pretende mejorar la eficiencia y lograr metas pues favorecen la focalización, el ajuste de los programas de salud mental a las necesidades de la población; permiten crear controles sociales más efectivos, contribuyen a la articulación de la población y abren la posibilidad de movilizar potencialidades latentes y recursos no convencionales. A pesar de su complejidad, los principios participativos demuestran tener una amplia capacidad de acción en el campo de la salud mental.

Prioridades de tecnología terapéuticas y preventivas para grupos focales

La selección de tecnologías más adecuadas a determinados grupos de población puede modificar la capacidad de respuesta, si se tienen en cuenta patrones sociales y culturales específicos. En este contexto, se hace necesario elaborar ciertas políticas específicas para grupos prioritarios cuya situación resulta en especial vulnerable:

- *la población indígena*: Estos grupos registran en promedio los indicadores más desfavorables, desde mortalidad infantil a ingresos monetarios y los más difíciles procesos de integración por parte de las nuevas generaciones.
- *la población rural*: Su mayor incidencia corresponde a las regiones de menor desarrollo. Se registran carencias en materia de educación, salud y alimentación.
- *la población urbana pobre de áreas no metropolitanas*: Se caracteriza por un promedio de ingreso familiar inferior al de las familias de posiciones similares residentes en capitales y/o ciudades que son polos de desarrollo.
- *la población urbana pobre de áreas metropolitanas*: Se caracteriza por su condición de marginalidad. Una limitada comunicación lingüística, sus propios códigos culturales, su falta de acceso a la educación y falta de capacitación laboral constituyen algunos de sus indicadores característicos.

Utilización eficaz de recursos

Conviene alentar la formación de convenios entre el Estado y las organizaciones no gubernamentales para desarrollar acciones preventivas. En el área asistencial es posible pensar en subsidios mixtos, destinados a mejorar la calidad de prestación. Además, se hace necesario reorientar los gastos para adecuarlos eficazmente hacia la demanda. Hasta el presente, la atención hospitalaria ha ocupado entre el 70 y el 85% del gasto asignado a la salud mental. Si los recursos fueran orientados hacia el primer nivel de atención, podría evitarse la derivación a los niveles segundo y tercero.

No resulta sencillo reafectar los recursos asignados a la práctica hospitalaria –tampoco se trata de eliminarla, sino de encarar de otro modo su forma de financiamiento.

Los esfuerzos de los gobiernos por impulsar enfoques gerenciales, buscar mejores fuentes de financiamiento e intentar privatizar algunos servicios no han podido cambiar todavía las condiciones de inequidad, falta de eficiencia, centralización, y tampoco pudieron lograr limitar el impacto negativo de los programas.

Esta década de los 90 debe transformarse en desafío —el de intentar resolver el dilema inversión-productividad: la productividad de las políticas sanitarias puede ser muy alta, superior a las inversiones económicas. El desarrollo de mejores niveles de gestión tendrá que ayudar a superar la falta de eficiencia que caracteriza los programas de salud mental. El marco de referencia del debate debe apuntar a la unificación de criterios de rentabilidad social y económica, racionalidad, programática, participación y capacitación de recursos.

Si se pretende ejercer acciones efectivas en el campo de la salud mental, no sólo se trata de redimensionar el gasto social: los problemas guardan relación asimismo con los aspectos organizativos y operativos, tradicionalmente descuidados. Es preciso impulsar las acciones locales, la participación comunitaria, la gestión de proyectos tanto en ámbitos estatales como no gubernamentales y favorecer en grado sumo un nuevo desarrollo tecnológico. Este cuadro de la situación debería ser el causante de modificaciones en las políticas porque, si no se remedia la brecha social entre grupos de población y se siguen distribuyendo las mejores partidas entre los sectores menos necesitados, fácil es vaticinar el fracaso de los programas de ajuste y de reforma de la Región, en materia de salud mental al menos.

Referencias

- Alarcon,R.D.(1983): Programa de atención a la enfermedad mental en América latina. Presentado en el I Foro de Salud Mental, Bogotá.
- Alarcon,R.D.(1986): La salud mental en américa latina (1970-1985). *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 101 (6): 567-590.
- Almeida-Filho N. de (1987): Social Epidemiology of Mental Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75 (1): 1-10.
- American Medical Association (Center for Health Policy Research) (1985). *Socioeconomic Monitoring System*. Chicago, AMA.
- American Psychiatric Association (1989) *The Coverage Catalog*, Washington, APA, 2nda ed.

- Arroyo J.-Goldenberg,M.(1976): La salud mental en el contexto de la salud pública: ¿Sendas paralelas o convergentes?. En Organización Panamericana de la Salud, *Grupo de estudio sobre enseñanza de la salud mental en las Escuelas de Salud Pública*. Washington, OPS Pub. Cient. 321, 1976.
- Cardoso,F.H.(1983): *Las políticas sociales en la década de los años ochenta: ¿Nuevas opciones?*. México: Fondo de Cultura Económica.
- González,R.(1976): Salud mental en América latina: problemas y perspectivas. *Boletín de la Oficina sanitaria Panamericana*. 81 (2): 93-208.
- González R. y Levav,I. (1991): *Bases conceptuales y guías de implementación de la reestructuración de la atención psiquiátrica en América latina*. Washington, OPS.
- Hernández,S.R.-Pacheco,A.-Decarli,V. et al. (1979): *Política y planificación en salud mental*. Caracas, Ministerio de Salud y Asistencia Social,. División de Higiene Mental.
- Levav,I.-Lima,B.R.-Somoza Lennon,M. (1989): Salud Mental para todos en América latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 107 (3): 196-219, 1989.
- Marconi,J.(1976): Política de salud mental en América latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 22, (2): 112-120.
- Mechanic,D.(1989): *mental Health and Social Policy*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1989.
- Organización de las Naciones Unidas (1984): *Estimates and Projections of Urban, Rural, and City Populations (1950-3035) : The 1982 Assessment*. New York, ONU
- Organización de las Naciones Unidas (1985): *La pobreza en América latina. Dimensiones y políticas*. New York, ONU/CEPAL 54, 1985.
- Organizaciones de las Naciones Unidas (1986): *World Population Prospects. Estimates and Projections as Assessed in 1984*. New York, ONU.
- Organización Panamericana de la Salud (1980): *Salud para todos en el años 2000. Estrategias*. Washington, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1990): *Las condiciones de salud en las Américas*. Washington, OPS.
- Suárez,R. (1989): *La crisis económica y sus repercusiones sobre la situación de salud y el gasto público en salud*. Washington, OPS mimeo.
- Tomado de Sonntag H. (1988): *Implicaciones y repercusiones políticas e institucionales de las políticas de ajuste*. Caracas, SELA mimeo.