

IESM-OMS

IESM-OMS
INFORME SOBRE EL
SISTEMA DE SALUD MENTAL
EN
BOLIVIA



**World Health
Organization**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Regional Office of the
World Health Organization



Ministerio de Salud y Deportes

INFORME IESM-OMS
SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN
BOLIVIA

Informe de la evaluación de salud mental en Bolivia usando el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental de la OMS (AISM- OMS)

Presentado por: Dra. Miriam Luisa Rocha Caetano.

La Paz – Bolivia
2008

INTRODUCCIÓN

Bolivia, situada en el corazón de Sudamérica, tiene una superficie geográfica aproximada de 1,098,581 kilómetros cuadrados y una población de 9.354 millones de habitantes (OMS 2006). Es un país multiétnico y pluricultural, estructurado en 9 departamentos y 112 provincias. Los idiomas principales hablados en el país son el castellano, aymara, quechua y guaraní y los principales grupos étnicos son los aymaras del altiplano, quechuas del valle y los güaranies del trópico. Los principales grupos religiosos son los católicos y protestantes siendo reconocida en el país la libertad de religión y culto. El país pertenece al grupo de ingreso medio-bajo, de acuerdo con los criterios del 2004 del Banco Mundial.

El 38% de la población tiene menos de 15 años y el 7% de la población tiene más de 60 años. El 35% por ciento de la población es rural. La expectativa de vida al nacer es de 64 años para los hombres y 67 años para las mujeres. La expectativa de vida saludable al nacer es de 54 años para los hombres y 55 años para las mujeres. La tasa de alfabetización calculada el 2001 era de 86.7; sin embargo, se ha trabajado con un programa de alfabetización entre el 2007 y 2008 con lo que se estima que se llegó al 100%.

La proporción del presupuesto de salud en el PIB es de 6.9 %. Hay 11 camas de hospital por cada 10,000 habitantes y 9 médicos por 10,000 habitantes. El cuarenta y dos por ciento de todas las camas de hospital están en el sector privado. El Sistema Nacional de Salud está organizado en tres niveles de atención. De acuerdo a datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) - 2007, existen 3,145 centros de atención primaria de salud en el país: 2,875 establecimientos de primer nivel de atención, 210 establecimientos de segundo nivel de atención y 60 de tercer nivel de atención. Dentro del 1^{er} nivel de atención, el 45% de los establecimientos no cuenta con médico.

La preparación de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración del Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación y Culturas, Instituto de la Judicatura, Régimen Penitenciario, Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB), Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES), Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), Servicios Departamentales de Salud (SEDES), Dirección Nacional de Medicamentos (DINAMED), Servicios Departamentales de Gestión Social (SEDEGES), Policía Nacional Comando General, Agencia de Cooperación Internacional del Japón en Bolivia (JICA), Sociedad Boliviana de Psiquiatría, Sociedad Boliviana de Psicología, Asociación Boliviana de Colegios Particulares, Comité Nacional de Personas con Discapacidad (CONALPEDIS), Escuela Nacional de enfermería y Defensor del Pueblo. Agradecemos el apoyo brindado a la Dra. Ana Julia Carrasco, al Dr. Rocco Abruceses, al Dr. Héctor Pérez Vargas, al Dr. Rodolfo López, al Dr. Mario Sánchez, al Dr. Carlos Dipp, a la Dra. Gilma Pereira Guillen, a la Dra. Patricia Tapia, a la Lic. Tatiana Salinas, a la Lic. Francis Venegas, a cada Director de Establecimientos de salud y recurso humano del Sistema Nacional de Salud que accedió a participar en la investigación y brindó información para tal fin. Agradecemos el financiamiento proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud. El soporte técnico para la realización de este estudio fue proporcionado por la Dra. Dora Caballero Profesional nacional en enfermedades no transmisibles y comportamientos humanos de la OPS/OMS en Bolivia. La Sistematización y presentación de la

información estuvo a cargo de la Dra. Miriam Rocha Caetano contratada por la OPS a los efectos mencionados.

Contó con el apoyo técnico y la supervisión del asesor subregional para Sudamérica de la OPS/OMS, Dr. Hugo Cohen y del coordinador de la unidad de salud mental y servicios especiales de la OPS/OMS con sede en Washington, Dr. Jorge Rodriguez. Fue coordinado y revisado por el equipo del departamento de salud mental y abuso de sustancias de la OMS, a cargo de los Dres. Benedetto Saraceno y Shekhar Saxena. Contó con la colaboración técnica del Dr. Enrique Stein y la Dra. Liliana Urbina, de Argentina, contratados por OPS.

Los datos fueron recopilados en el 2008 y están basados en el año 2007.

Sobre el instrumento del IESM-OMS utilizado.

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS-IESM) se usó para recopilar información sobre el sistema de salud mental en Bolivia. La meta de recopilar esta información es mejorar el sistema de salud mental y proporcionar una línea base para monitorear el cambio. Esto permitirá que Bolivia elabore planes de salud mental basados en información con datos de una línea de base y objetivos definidos. También resultará beneficioso para monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma, proporcionando servicios comunitarios e involucrando a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud mental.

RESUMEN EJECUTIVO

RESULTADOS PRINCIPALES DE LA EVALUACIÓN:

En Bolivia no existe una política específica de salud mental ni leyes particulares referentes a salud mental; se estima que solo alrededor del 0,2 % del presupuesto de Salud se destina en el país a la salud mental; no se cuenta a la fecha con un Sistema de Vigilancia en salud mental que recoja periódicamente información para ser analizada y tampoco se cuenta con indicadores de salud mental dentro del Sistema Nacional de Información en Salud.

El plan elaborado el año 1999-2000 no se pudo implementar por falta de apoyo y recursos financieros.

Siguiendo los criterios del instrumento, se identificaron: 39 establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, 12 establecimientos de tratamiento diurno, 1 unidad de hospitalización de base comunitaria y 9 hospitales psiquiátricos. No existe en el país una Unidad Forense ni establecimiento residencial específico para personas con trastornos mentales.

Los principales trastornos tratados son: en consulta ambulatoria, los trastornos del humor que representan un 17% y en los hospitales psiquiátricos, la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes que representan un 29%.

Los usuarios de sexo femenino representan entre el 30 al 50% de la población que acude a algún establecimiento de salud mental en el país y la atención a menores de 18 años fluctúa entre 3 – 35%, de acuerdo al tipo de establecimiento.

En la formación de los médicos, enfermeros o de otro personal de salud mental no médico ni de enfermería, se dedica solo un 2% del tiempo para tratar el tema de salud mental.

Menos del 7% del personal de atención primaria ha recibido por lo menos dos días de actualización sobre temas de salud mental el último año.

Menos del 20% de los establecimientos de atención primaria de salud (APS) cuenta con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones clave de salud mental. (De cuyo manejo no se hace una supervisión o retroalimentación). Aproximadamente un 12% de los establecimientos de atención primaria que cuentan con médico y un 6% de los que no cuentan con médico habrían realizado la referencia de algún paciente con trastorno mental a un establecimiento de nivel más alto de atención.

Si bien en Bolivia se ha propiciado la interacción entre la medicina académica y la tradicional, menos del 5% del recurso humano de los establecimientos refiere haber hablado sobre salud mental con algún profesional que practica la medicina tradicional.

No existen disposiciones legales en Bolivia para proteger a los usuarios de discriminación, para facilitar acceso a vivienda en casos crónicos y graves que lo requieran ni pensiones para pacientes sin recursos.

Dentro de los establecimientos de salud mental, por cada 100, 000 habitantes existen 1.06 psiquiatras, 0.22 médicos no especializados en psiquiatría, 0.34 enfermeros, 0.46 psicólogos, 0.25 trabajadores sociales, 0.20 terapeutas ocupacionales y 1.43 de otros profesionales de la salud.

La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes es la siguiente: 0.06 psiquiatras, 4.8 enfermeras, 10.88 médicos generales. No existe

ningún enfermero, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional u otro personal en salud con por lo menos 1 año de capacitación específica en atención de salud mental.

Se han formado pocas asociaciones de familiares y de pacientes por la estigmatización que persiste sobre el paciente psiquiátrico. A estas pocas el gobierno no puede o no ha designado recursos para apoyar sus iniciativas. Son pocos los establecimientos de salud mental (1-20%) que han tenido interacción con asociaciones de usuarios o familiares.

No hay un organismo de coordinación para supervisar las campañas de educación y concienciación al público sobre salud mental; habiendo sido muy pocas las campañas realizadas y casi todas ligadas a la prevención de sustancias adictivas y/o violencia. Si bien el Ministerio de Salud interactúa con varios sectores, aun trabaja para lograr una verdadera coordinación de acciones a favor de la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales.

En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, solo 5% de escuelas primarias y secundarias tienen un profesional de salud mental y entre 1- 20% realizan actividades formales en la escuela para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales.

El porcentaje de presos con psicosis y retardo mental en las cárceles es de menos del 2%.

Con respecto a la realización de actividades educativas de otros sectores en relación al tema de salud mental, entre el 1 al 20 % de miembros de la policía y de jueces y abogados han participado en actividades educativas sobre salud mental en los últimos cinco años.

En términos de investigación, de una muestra de 1406 publicaciones realizadas en los últimos 5 años el 10% fueron sobre salud mental, enfocadas a las siguientes áreas: estudios epidemiológicos en muestras de la comunidad, estudios epidemiológicos en muestras clínicas, investigaciones de servicios, sobre políticas, programas, financiación/economía y sobre intervenciones psicosociales o psicoterapéuticas.

Nuestra situación sin embargo, no escapa a la situación mundial en el tema de salud mental, existiendo países como el nuestro donde a pesar de la prevalencia y la carga de los trastornos mentales, una gran proporción de personas que sufren estos problemas no recibe tratamiento ni atención. Una gran encuesta realizada en varios países y apoyada por la OMS mostró que el 35-50% de los casos graves en los países desarrollados y el 76-85% en los países poco desarrollados no habían recibido tratamiento alguno en los 12 meses anteriores a la encuesta. Una revisión de la bibliografía a nivel mundial encontró que las brechas en materia de tratamiento eran del 32% para la esquizofrenia, 56% para la depresión y hasta 78% en el caso de los trastornos debidos al consumo de alcohol.

La pobreza de las acciones que se realizan a favor de la salud mental es debida principalmente a que los países asignan porcentajes desproporcionadamente pequeños de sus presupuestos a la salud mental, en comparación con la magnitud de la carga de los trastornos mentales.

A la escasez de recursos se une la inequidad en su distribución. Los datos del Proyecto Atlas de la OMS ilustran la escasez de recursos para la atención de salud mental en los países con ingresos bajos y medios. La mayoría de los países asignan una proporción baja de sus presupuestos sanitarios a la salud mental, pero en el caso de los países con un producto interno bruto bajo (PIB), esta proporción es aun más pequeña. (mhGAP): Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental- 2008)

La presente evaluación ha respondido a la necesidad de actuar ya sobre la salud mental de la población boliviana.

Este año se han propiciado con apoyo de la OMS/OPS en Bolivia, conversaciones y reuniones entre el Ministerio de Salud y Deportes con el Sistema Nacional de Información para la incorporación de indicadores de salud mental.

Así mismo de las pocas asociaciones de familiares y pacientes que existen se han levantado dos para proponer al congreso dos anteproyectos de ley, uno ya presentada y otro en proceso de elaboración.

METODOLOGIA

La información fue recogida en base a datos del 2007, considerándose las seis secciones del IESM – OMS, con sus apartados respectivos, con algunas variaciones de acuerdo al contexto boliviano:

Sección 1: Política y marco legislativo

Sección 2: Servicios de salud mental

Sección 3: Salud mental en la atención primaria de salud

Sección 4: Recursos humanos

Sección 5: Educación Pública y relación con otros sectores

Sección 6: Evaluación e investigación

El instrumento fue aplicado a nivel nacional, con limitaciones en el levantamiento de la información del Departamento de Pando que atravesaba por problemas políticos y sociales.

La aplicación del instrumento tuvo dos fases principales:

1^{ra} Fase: Planificación y recolección de información de la sección 1

2^{da} Fase: Elaboración de instrumentos, recolección de información de las secciones 2 a 6, hasta la presentación final de resultados.

El tiempo que duró la recolección de la información sumando la primera y segunda fase fue de cuatro meses, con aproximadamente un mes para el procesamiento, análisis y presentación del informe final.

Los principales pasos seguidos para su aplicación fueron:

1. Informar y coordinar con responsables en cada departamento sobre el desarrollo de la línea de base a elaborarse.
2. Confección y validación de cuestionarios para recoger la información solicitada por cada sección del instrumento.
3. Elaboración de cartas para instituciones de las que se requería información específica.
4. Envío de los cuestionarios al/la responsable departamental asignado/a para su reenvío a establecimientos de salud seleccionados.
5. Se mantuvo contacto principalmente por teléfono, para hacer seguimiento y motivar en la recuperación de los formularios enviados. También se utilizó el correo electrónico y fax

6. De los principales establecimientos de salud especializados se hizo la recolección en forma directa rescatando aspectos cualitativos dentro de la investigación.

La tabla siguiente resume el número de establecimientos de los que se recibió respuesta a los cuestionarios enviados.

TABLA 1. NUMERO DE FUENTES DE QUE PARTICIPARON

	ESTABLECIMIENTOS/FUENTES	Nº de encuestas
1	Hospitales Psiquiátricos*	9
2	Establecimientos con consulta ambulatoria**	39
3	Unidades de hospitalización de base comunitaria	1
4	Establecimientos de atención ambulatoria	39
5	Establecimientos con tratamiento de día	13
6	Otros establecimientos (para personas con retraso mental o con abuso de sustancias)	51
7	Establecimientos de 1 ^{er} nivel de atención con médico	492
8	Establecimientos de 1 ^{er} nivel de atención sin médico	413
9	Otros establecimientos de 2 ^{do} y 3 ^{er} nivel sin consulta psiquiátrica	57
10	Profesionales que trabajan en establecimientos de salud mental (psiquiatras, psicólogos, otros médicos, enfermeros, trabajadores sociales, de terapia ocupacional y auxiliar de enfermería).	82
11	Universidades de formación en medicina	6
12	Universidades de formación en enfermería	4
13	Institutos o centros de formación técnica	17

*Ingresaron como Hospitales Psiquiátricos por la función que cumplen y servicios con los que cuentan: Hospital Psiquiátrico Dr. José María Alvarado, Centro de Rehabilitación San Juan de Dios, Instituto Psiquiátrico San Juan de Dios, Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco, Clínica de Reposo "Monte Sinaí", Hospital Psiquiátrico "San Benito Menni", Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de drogas y salud mental, Instituto Psicopedagógico Ciudad Joven San Juan de Dios y el Centro de Salud Mental

**Ingresaron los establecimientos que cuentan con un profesional de psiquiatría o psicología que brinda y registra atención de salud mental. Para fines de la investigación ingresaron también los consultorios ambulatorios de los hospitales Psiquiátricos.

Sección 1: Política y Marco Legislativo

Política, planes y legislación

En Bolivia actualmente no existe una política específica de Salud Mental, ni leyes particulares referentes a salud mental; solo se encuentran desarrollados algunos aspectos normativos que en forma indirecta promueven la salud mental, relacionados con los problemas de discapacidad, drogadicción, consumo de alcohol y tabaco, violencia y salud generacional entre otros. (Ver Anexo 1)

Existe una autoridad nacional de salud mental que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental, sin embargo sus atribuciones son limitadas y subordinadas a la Unidad de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud y Deportes, al que pertenece.

En 1999 se elaboró un Plan de Salud mental 1999 – 2000, que no llegó a implementarse por falta de apoyo y recursos financieros, el mismo planteaba las siguientes nueve líneas de acción:

1. Rectoría, regulación y coordinación.
2. Políticas, Normas y Legislación en Salud Mental.
3. Epidemiología de la Salud Mental.
4. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.
5. Salud Mental en los Grupos Generacionales.
6. Prevención y control del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.
7. Abogacía, Información, Educación y Comunicación en Salud Mental.
8. Respuesta a problemáticas particulares.
9. Formación y capacitación de recursos humanos en Salud Mental.

Aunque posterior a este plan se han ido desarrollando algunas propuestas ninguna llegó a oficializarse y menos a ejecutarse, realizándose algunas actividades aisladas sobre salud mental.

Actualmente existe un proyecto de Plan de Salud Mental, que tendrá como una de sus bases la presente Línea de base.

El país cuenta con una lista de medicamentos esenciales que incluye medicamentos antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y medicinas antiepilépticas, siendo regulada su prescripción por la ley de medicamentos.

En relación a la legislación sobre salud mental, en Bolivia solo existe legislación indirectamente relacionada al tema de salud mental. La referida a la prevención y tratamiento de drogodependientes y la Ley de la persona con discapacidad Ley 1678 del 15/XII/1995. A través de esta Ley y en coordinación con el Defensor del Pueblo se desarrolló el Plan de Igualdad y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad (PNIEO), que incluye entre las discapacidades a la discapacidad intelectual. Este Plan contiene dentro de sus objetivos el acceso a la atención para los pacientes con déficit intelectual. El plan provee también mecanismos para la aplicación e implementación de la ley referidos a estos pacientes y de alguna forma menciona el derecho de estos usuarios y de sus familias a los servicios de salud. Además de no hablar de todo el componente de salud mental, no hace referencia este plan a los asuntos de competencia, capacidad y tutela para personas con enfermedades mentales, ni habla sobre tratamiento voluntario e involuntario, ni de los mecanismos para supervisar las prácticas de admisión y tratamiento involuntario y no hace referencia sobre la acreditación de profesionales y servicios.

Financiación de los servicios de salud mental

En forma estimada un 0,2 % de los gastos en atención de salud por parte del Ministerio de Salud y Deportes están dirigidos a la salud mental.

Por datos parciales de algunos hospitales la estimación como promedio por hospital psiquiátrico grande es de alrededor de 1,000,000 (un millón) de bolivianos al año y de uno menor alrededor de 500,000 (quinientos mil) bolivianos al año.

El presupuesto de los Servicios de Salud del Sector Público se cubre de la siguiente manera: en promedio, entre 45 a 50% es cubierto por las prefecturas de cada departamento, utilizándose en el pago de personal; el resto del presupuesto, especialmente el destinado al pago de servicios básicos y mantenimiento de la infraestructura es cubierto por cada municipio (entre el 25 a 30%); el resto de las necesidades (20 a 30%) es cubierto por asociaciones voluntarias, ONG's, donaciones, convenios e iniciativas particulares de cada gerente del establecimiento.

En términos de accesibilidad de los servicios de salud mental, 31% de la población (población asegurada) tiene libre acceso (con coberturas de por lo menos 80% del precio de venta) a medicamentos psicotrópicos esenciales. Para aquellos que tienen que pagar por sus medicamentos, el costo referencial de los medicamentos antipsicóticos es de 2.4 bolivianos por día (incluye haloperidol 5mg dos veces/día) y el costo de los medicamentos antidepresivos es de 6.53 bolivianos por día (incluye amitriptilina 25 mg tres veces/día). Representando menor el costo de antipsicóticos que el de antidepresivos.

Políticas sobre derechos humanos

Existe un organismo nacional para la vigilancia de los derechos humanos de la población en general, el Defensor del Pueblo que tiene como misión justamente el de defender los derechos de las personas frente a los servicios públicos, tanto estatales como privados; y proteger y promover los derechos humanos. Sin embargo no está dentro de sus funciones y atribuciones el de supervisar e inspeccionar en los establecimientos de salud mental, así como imponer sanciones a aquellos establecimientos que cometieren violaciones continuas a los derechos humanos de los pacientes. Por lo que ningún hospital psiquiátrico u otro servicio de salud mental en el país ha recibido o recibe alguna revisión o inspección para constatar el respeto de los derechos humanos de los pacientes.

Sección 2: Servicios de Salud Mental

El Ministerio de Salud y Deportes cuenta con un directorio nacional de los establecimientos de salud, donde se identifican los principales establecimientos especializados en salud mental, pero no detalla qué otros establecimientos de tercer o segundo nivel realizan consulta ambulatoria de salud mental o qué establecimientos cuentan con tratamiento diurno o con una Unidad de hospitalización psiquiátrica. Información que tampoco es registrada por el Sistema Nacional de Información en Salud.

Si bien en el 2001 se llegó a certificar 53 centros de tratamiento y rehabilitación de drogodependencias, no se tienen registrados y menos certificados a los establecimientos que realizan tratamiento diurno, a residencias o albergues que existen para niños o personas adultas

con trastornos mentales o que trabajen en prevención de la salud mental con poblaciones vulnerables. Por lo que el presente trabajo constituye un primer mecanismo de identificación de estos establecimientos.

Organización de los servicios de salud mental

Como antes mencionado, existe una autoridad nacional de salud mental que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental, pero no está directamente involucrada en la planificación, monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud mental.

Los servicios de salud mental no están organizados en términos de áreas de captación / servicio.

Establecimientos de salud mental ambulatorios

Los resultados de consulta ambulatoria no consideran la práctica privada realizada por psiquiatras o psicólogos.

Se llegó a identificar 39 establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, incluyendo las consultas ambulatorias que realizan los hospitales psiquiátricos, de los cuales el 8% son solo para niños y adolescentes. Estos establecimientos brindan atención a 1014.84 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios, 54% son mujeres y 21% son niños o adolescentes. Los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios son diagnosticados principalmente con trastornos del humor, el 17% y esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, el 14%.

La cantidad promedio de contactos por usuario es tres. El tres por ciento de los establecimientos ambulatorios proporcionan atención de seguimiento en la comunidad y ninguno tiene equipo móvil de personal de salud mental. En términos de tratamientos disponibles, solo entre 1 – 20% de los establecimientos ambulatorios ofreció tratamientos psicosociales durante el último año. El 100 por ciento de los establecimientos de salud mental ambulatorios tenía por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento o una farmacia cercana durante todo el año.

Establecimientos de tratamiento diurno

Se ha llegado a identificar 12 establecimientos de tratamiento diurno disponibles en el país, incluyendo a los hospitales psiquiátricos que realizan esta función, de los cuales el 58% son solo para niños y adolescentes. Estos establecimientos atienden a 2.7 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. Treinta y tres por ciento de los usuarios atendidos en establecimientos de tratamiento diurno son mujeres y 35% son niños o adolescentes.

Se desconoce el tiempo promedio en días que los usuarios pasan en establecimientos de tratamiento diurno, debido principalmente a su asistencia irregular y a la falta de registro en todos los establecimientos.

Unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria

Si bien en el país existen establecimientos de segundo y tercer nivel que realizan internación de pacientes con problemas de salud mental, éstos aceptan internaciones de pacientes muy graves. Si el caso no es muy grave se lo interna en salas de medicina general o de medicina interna y otros establecimientos que tienen camas específicas para la internación de estos pacientes, los cuales no cumplen con las características propias de una verdadera unidad de hospitalización psiquiátrica, por ejemplo no cuentan con el personal necesario.

Se identificó sólo una unidad psiquiátrica de base comunitaria en el país, con un total de 0.26 camas por cada 100,000 habitantes. Ésta no cuenta con camas reservadas para niños y adolescentes. Respecto a las admisiones sólo un 3% corresponde a niños/adolescentes y un 46% a mujeres.

Las admisiones en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria correspondían principalmente a los dos siguientes grupos diagnósticos: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, el 17% y los trastornos del humor, el 12%. En promedio, los pacientes pasaron 34.95 días por cada paciente dado de alta. Solo el 1-20% de los pacientes en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el último año.

Esta unidad de hospitalización de base comunitaria tiene además disponibilidad de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).

Establecimientos residenciales comunitarios

En Bolivia existen establecimientos residenciales para niños y para personas de tercera edad (ancianos), que son los hogares de niños huérfanos o abandonados, asilos o casas de reposo, que si bien albergan a personas vulnerables a sufrir un trastorno mental o han padecido algún trauma, no llegan a considerarse ni llegan a ser establecimientos residenciales comunitarios de salud mental. Así mismo existen comunidades terapéuticas pero que están dirigidas a tratar a personas con trastornos de alcoholismo y abuso de drogas o retardo mental. Por lo que no se ha llegado a identificar un establecimiento residencial comunitario de salud mental.

Hospitales psiquiátricos

En Bolivia solo dos establecimientos especializados en salud mental tiene la denominación de Hospital Psiquiátrico. Sin embargo, bajo la definición y criterios de Hospital Psiquiátrico dada por el IESM- OMS, por las funciones y características que cumplen ciertos establecimientos especializados en salud mental Bolivianos, se los ha colocado en este grupo aunque formalmente no lleven esa denominación.

Se han identificado 9 hospitales psiquiátricos disponibles en el país con un total de 9.56 camas por cada 100,000 habitantes. De estos, 69% están organizacionalmente integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios. El 11% de las camas en hospitales psiquiátricos

están reservadas para niños y adolescentes. La cantidad de camas en los últimos cinco años aumentó un 13%.

Los pacientes admitidos en hospitales psiquiátricos pertenecen principalmente a los dos siguientes grupos de diagnósticos: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias, un 28% y la esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos de ideas delirantes, un 29%. La cantidad de pacientes atendidos en los hospitales psiquiátricos es de 34 pacientes por cada 100.000 habitantes.

La cantidad promedio de días pasados en hospitales psiquiátricos es de 74. Cuarenta y nueve por ciento de los pacientes pasaron menos de un año, 8 % pasaron 1-4 años, 24% pasaron 5-10 años y 19% pasaron más de 10 años. En los hospitales psiquiátricos 51 – 80 % de los pacientes recibieron una o más intervenciones psicosociales durante el último año. El 100% de los hospitales psiquiátricos tenía por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento.

Establecimientos forenses y otros establecimientos residenciales

No existe en el país ningún establecimiento forense, lo cual dificulta el manejo de pacientes con trastornos mentales privados de libertad (reclusos). El régimen penitenciario ha tratado sin éxito de realizar algún convenio formal con algún hospital psiquiátrico.

Además de las camas en los establecimientos de salud mental, existen camas para personas con trastornos mentales en otros establecimientos residenciales: 181 camas en hogares para niños y jóvenes menores de 17 años y 1276 camas en establecimientos para personas con problemas de abuso de sustancias.

Derechos humanos e igualdad

Lamentablemente casi ninguno de los establecimientos de salud mental guarda un registro de las admisiones involuntarias y del número de pacientes restringidos o aislados por lo menos una vez. Por lo que no se puede hacer ninguna comparación entre ellos, ni saber un porcentaje real de admisiones involuntarias.

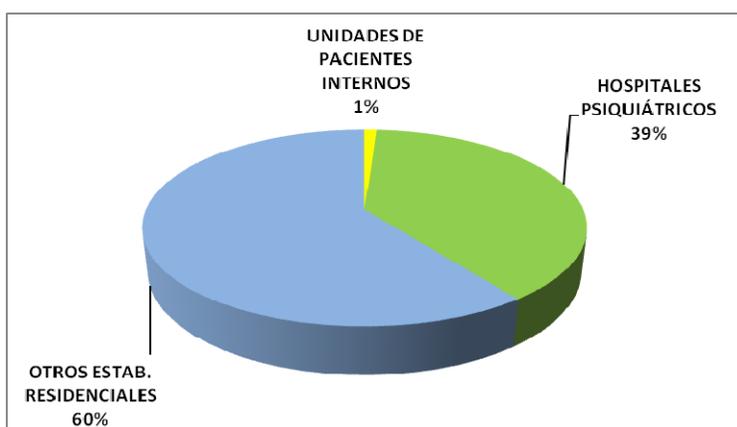
16 % de las camas de psiquiatría en el país están ubicadas en o cerca de la ciudad más grande de Bolivia y la mayoría de las camas están en el área urbana. Dicha distribución de camas dificulta el acceso a los usuarios rurales.

La desigualdad de acceso a los servicios de salud mental para usuarios minoritarios (por ejemplo minorías lingüísticas, étnicas, religiosas) en relación a la población total que accede a ellos, no es un problema importante en Bolivia. Se podría señalar que cerca del 100% de los establecimientos tiene una estrategia, aunque casual, para brindar atención a las minorías lingüísticas: cuentan con algún personal administrativo o de servicio que les permite comunicarse con el paciente mediante una lengua nativa. Aunque este dato al igual que la etnia y religión a la que pertenecen los usuarios no es registrado por los servicios de salud mental

CUADROS DE RESUMEN PARA LA SECCION 2

La mayoría de las camas en el país son proporcionadas por otros establecimientos residenciales (específicas para retardo mental y para personas con problemas de abuso de sustancias). Siguen después los hospitales psiquiátricos.

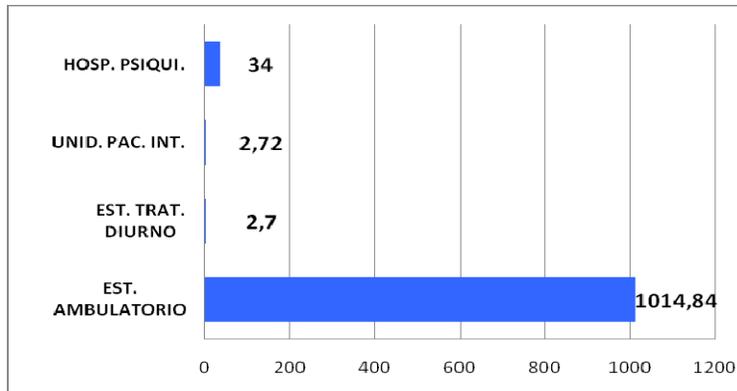
GRAFICO 2.1
CAMAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL
Y OTROS ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES



Fuente: Base de datos IESM-OMS – 2007

La mayoría de los usuarios son atendidos en establecimientos con atención ambulatoria (incluyendo la consulta ambulatoria de los hospitales psiquiátricos) y por internación en hospitales psiquiátricos, en tanto que la tasa de usuarios atendidos en unidades de hospitalización psiquiátrica y establecimientos de tratamiento diurno es menor.

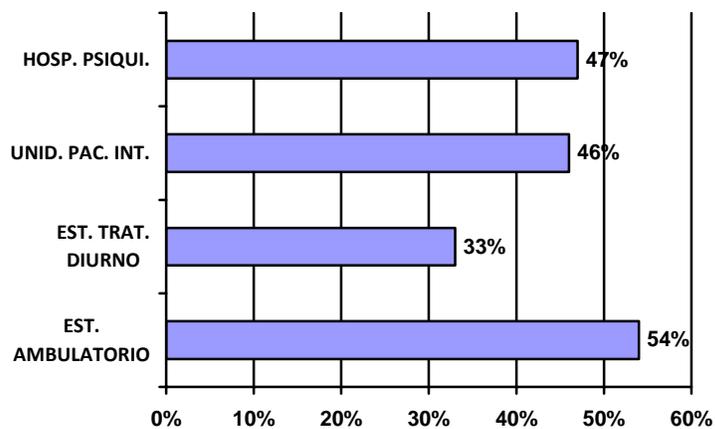
GRAFICA 2.2
PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIEMIENTOS
DE SALUD MENTAL (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Los usuarios de sexo femenino representan entre el 30 al 50% de la población en todos los establecimientos de salud mental en el país. La proporción de usuarios de sexo femenino es más alta en los establecimientos con consulta ambulatoria y en hospitalización psiquiátrica.

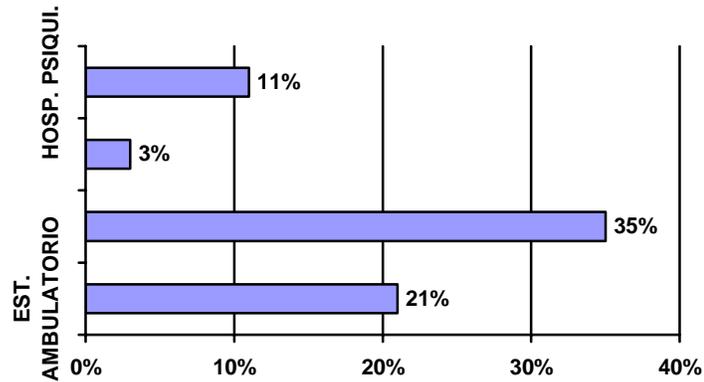
GRÁFICO 2.3
PORCENTAJES DE USUARIOS DE SEXO FEMENINO
ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL



Fuente: Base de datos IESM-OMS -2007

El porcentaje de usuarios que son niños y/o adolescentes varía significativamente de un establecimiento a otro. La proporción de usuarios que representa niños es más alta en establecimientos de salud mental con consulta ambulatoria y más baja en hospitalizaciones psiquiátricas.

GRÁFICO 2.4
PORCENTAJES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
MENTAL

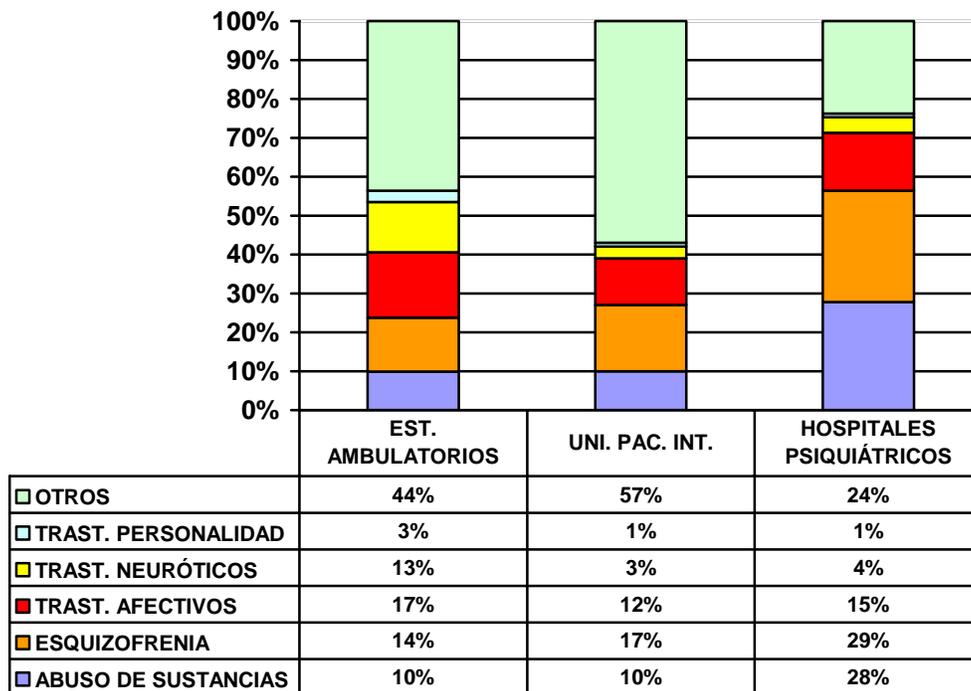


Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

En lo que respecta al diagnóstico, en los tres tipos de establecimientos el grupo “otros” que agrupa a 1) Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos, 2) Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, 3) Retraso mental, 4) Trastornos del desarrollo psicológico, 5) Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y a 6) trastornos mentales sin especificación, tiene un mayor porcentaje,.

Analizando a los trastornos individualizados, observamos que la esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes ocupa los primeros lugares, seguido de trastornos afectivos, representando los trastornos de la personalidad en los tres establecimientos el grupo con menor porcentaje.

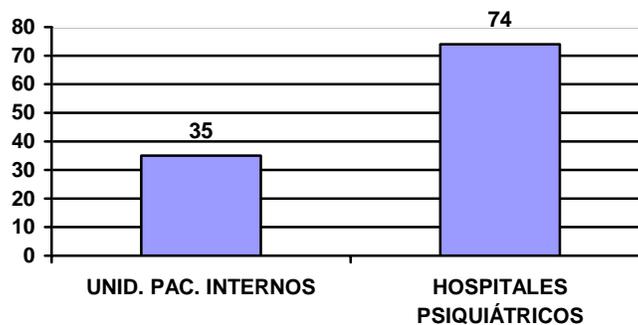
GRÁFICO 2.5
PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
MENTAL SEGÚN EL DIAGNÓSTICO



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

El período de estadía más largo para los usuarios está en los hospitales psiquiátricos seguidos de las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria.

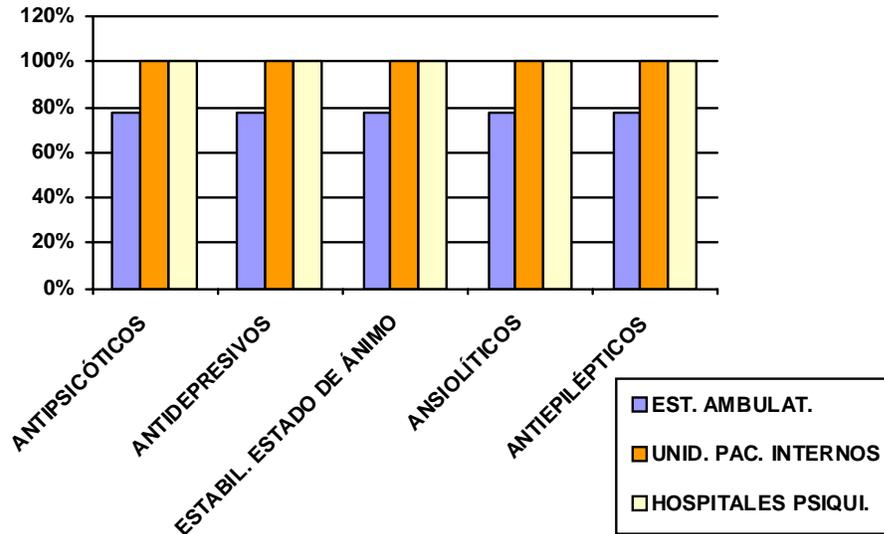
GRÁFICA 2.6
TIEMPO DE ESTADÍA EN ESTABLECIMIENTOS
PARA HOSPITALIZACIÓN (días por año)



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Los medicamentos psicotrópicos están disponibles tanto en los hospitales psiquiátricos, como en las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, estando presentes en menor porcentaje en los establecimientos de salud mental ambulatorios.

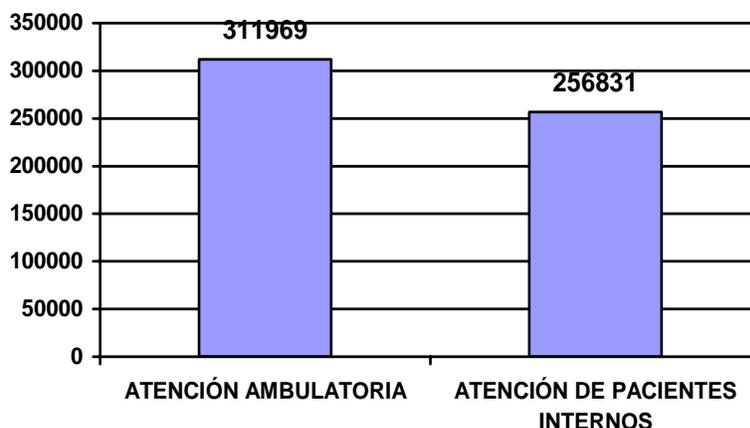
GRÁFICO 2.7
DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

La relación entre los contactos de atención ambulatoria / diurna y días de estadía en todos los establecimientos para pacientes internos (hospitales psiquiátricos, establecimientos residenciales y unidades de hospitales generales) es un indicador de la medida de la atención comunitaria: en este país la relación es de 1.2: 1.

GRÁFICO 2.8
ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS VERSUS
ATENCIÓN AMBULATORIA



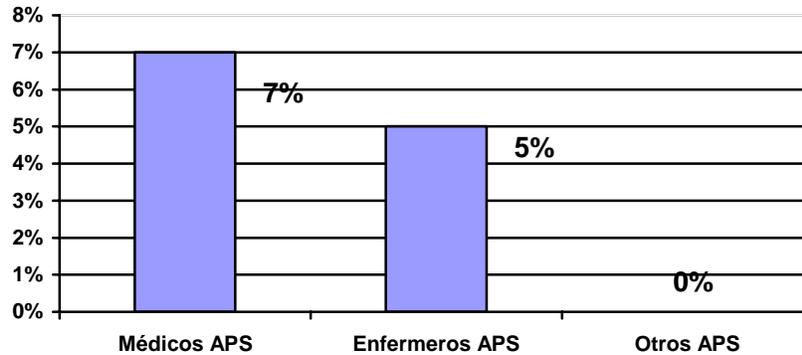
Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Sección 3: Salud Mental en la Atención Primaria de Salud

Capacitación en atención de salud mental para el personal de atención primaria

Dos por ciento de la formación para médicos está dedicado a salud mental. Similar porcentaje se dedica en la formación de los enfermeros y del personal de atención de la salud primaria que no es médico ni enfermero. Se trabajó para la formación del último grupo solo con aquellos institutos o centros educativos reconocidos por el Ministerio de Salud. En términos de programas de actualización, 6% de médicos de atención primaria en salud han recibido por lo menos dos días de actualización en salud mental en el último año, en tanto que 5% de enfermeros y ningún personal de atención primaria de la salud que no es médico ni enfermero ha recibido dicha actualización.

GRÁFICO 3.1
PORCENTAJE DE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD CON POR LO MENOS 2 DÍAS DE ACTUALIZACIÓN EN
SALUD MENTAL EN EL ÚLTIMO AÑO



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Salud mental en la atención primaria de salud

En el país existen tanto centros de atención primaria de salud (APS) que cuentan con un médico como centros de APS que no cuentan con un médico.

Del 1 al 20% de los centros de atención primaria de salud que cuentan o no con un médico, tienen protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones claves de salud mental.

El Sistema Nacional de Información en Salud no pide información específica sobre salud mental a los establecimientos de atención primaria. De hecho el formulario que recoge la información de referencias pide solo el número de referencias realizadas, cualquiera haya sido la patología, sin ninguna mayor especificación.

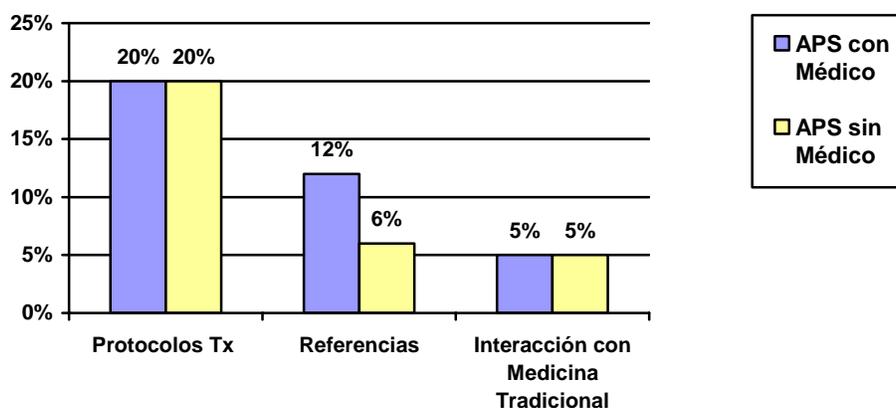
Tampoco se obtuvo información de los mismos establecimientos de salud mental sobre la confirmación diagnóstica y el número de pacientes referidos por un establecimiento de primer nivel con o sin médico. La información recopilada da cuenta de que aproximadamente un 12% de los establecimientos que cuentan con médico y un 6% de los que no cuentan con médico habrían realizado la referencia de algún paciente con trastorno mental.

Con respecto a la interacción profesional entre el personal de atención primaria de salud y otros proveedores de atención de salud, entre 1 – 20% de los médicos de atención primaria refieren haber interactuado con un profesional de salud mental por lo menos una vez durante el último año.

En Bolivia se ha propiciado mucho la interacción entre la medicina académica y la tradicional, estando incluida en diferentes normas y reglamentos de salud. Del 30% de los establecimientos de APS que cuenta con un médico y que refiere haber tenido interacción con un médico complementario / alternativo / tradicional, menos del 5% refiere haber tratado sobre algún tema

de salud mental (Rango de 1 al 20% del instrumento). Se estima similar porcentaje en los centros de APS que no cuentan con un médico.

GRÁFICO 3.2
COMPARACIÓN ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
QUE CUENTA CON UN MÉDICO Y ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD QUE NO CUENTA CON UN MÉDICO



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

La situación de la existencia de protocolos de atención en establecimientos con y sin médico es similar, al igual que la interacción con la medicina tradicional para hablar sobre salud mental. En relación a las referencias es mayor en los APS con médico que en los que no existe médico.

Prescripción en la atención primaria de salud

La Ley 1737 (Ley del Medicamento) en su Art. 37 señala que “sólo esta permitida la prescripción de medicamentos por profesionales médicos... habilitados para el ejercicio de la profesión...”, por lo que ni a enfermeros ni otro personal no médico no enfermero se le permite prescribir medicamentos psicotrópicos.

Con respecto a la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos en el sistema de atención primaria, su adquisición por los establecimientos de atención primaria esta regulada por el Art. 83 del Decreto Supremo 25235 (Reglamento de la Ley del Medicamento), que señala: “la prescripción de medicamentos en el Sistema Público de Salud deberá obligatoriamente basarse en las normas terapéuticas, protocolos de tratamiento y Formulario Terapéutico Nacional”. En éste encontramos al diazepam indicado para el tratamiento de referencia de la Eclampsia, del Síndrome convulsivo o Status epiléptico en los Protocolos de tratamiento del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Pese a lo citado anteriormente tras consulta directa al personal de los centros de atención primaria en salud, si bien no respondieron todos, muchos dan cuenta de que dispondrían de otros tipos de medicamentos psicotrópicos como del alprazolam y clonazepam.

Sección 4: Recursos Humanos

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) cuenta con información y base de datos del 2007, sobre el número total de recursos humanos que trabajan en el área de salud, por subsectores, nivel de atención, departamentos y categoría profesional. Sin embargo la categoría profesional llega solo a delimitar hasta nivel de médicos y médicos especialistas, sin especificar la especialidad de cada uno. En el grupo de otros profesionales tampoco se puede identificar cuantos de ellos son psicólogos, por ejemplo.

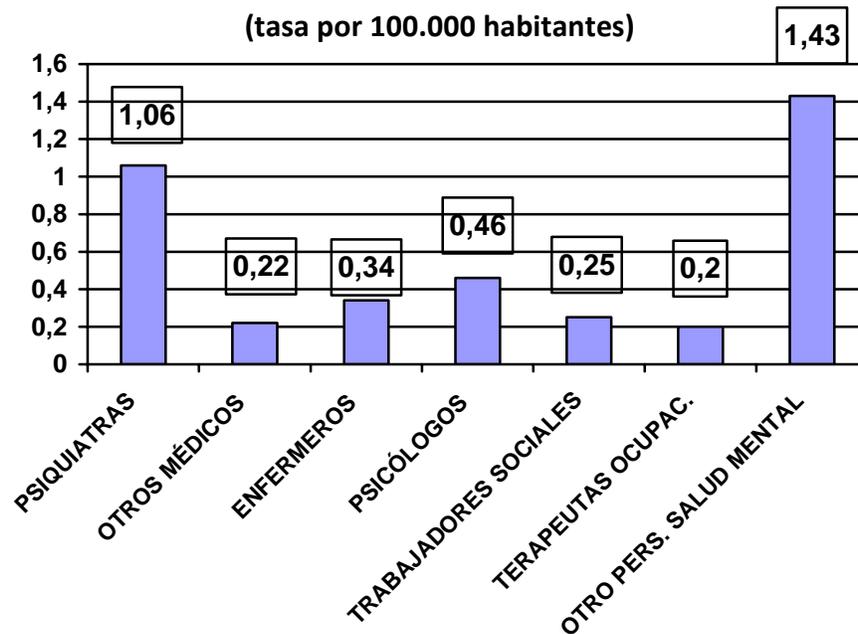
El 2006 se realizó un censo de los establecimientos de salud que cuenta con la información del número de psicólogos y psiquiatras, pero aparentemente no cubrió el 100% de los establecimientos y tomo otros criterios para la clasificación, pues no coinciden con datos indirectos del SNIS. Tampoco se puede cruzar información por el nivel de establecimiento, o subsectores.

La Sociedad de Psiquiatría que afilia a este grupo de profesionales, no está organizada de la misma manera en cada departamento, contando en algunos casos con datos personales y de trabajo y en otros solo con el nombre del profesional. La Sociedad de Psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales a nivel nacional no cuenta con un sistema informático que registre a todos sus afiliados. Así mismo es necesario considerar que, dentro de un mismo establecimiento de salud, el profesional psiquiatra, psicólogo u otro cumple muchas veces rotaciones en diferentes servicios, formando parte por ejemplo tanto de la consulta ambulatoria como de la hospitalización. Por lo que la identificación de los profesionales en salud mental ha sido también nueva dentro del sistema de Salud.

Cantidad de recursos humanos en atención de salud mental

La cantidad total de recursos humanos que trabajan en establecimientos de salud mental o práctica privada por cada 100.000 habitantes es de 3,99. El desglose de acuerdo con la profesión es el siguiente: 1.06 psiquiatra, 0.22, otros médicos (no especializados en psiquiatría), 0.34 enfermeros, 0.46 psicólogos, 0.25 trabajadores sociales, 0.20 terapeutas ocupacionales, 1.43 otro profesional de la salud o la salud mental (incluyendo personal auxiliar, personal de atención primaria de salud que no es médico, asistentes de salud, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales).

GRÁFICO 4.1
RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL
 (tasa por 100.000 habitantes)



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

En relación a los terapeutas ocupacionales debemos señalar que no son propiamente formados en esta carrera (que en realidad no existe en el país), consideramos por tanto terapeutas ocupacionales a los profesionales técnicos en peluquería, manualidades, carpintería u otros oficios.

46% de psiquiatras trabaja solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, 5% trabaja solamente para ONGs, para establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que 49% trabaja para ambos sectores.

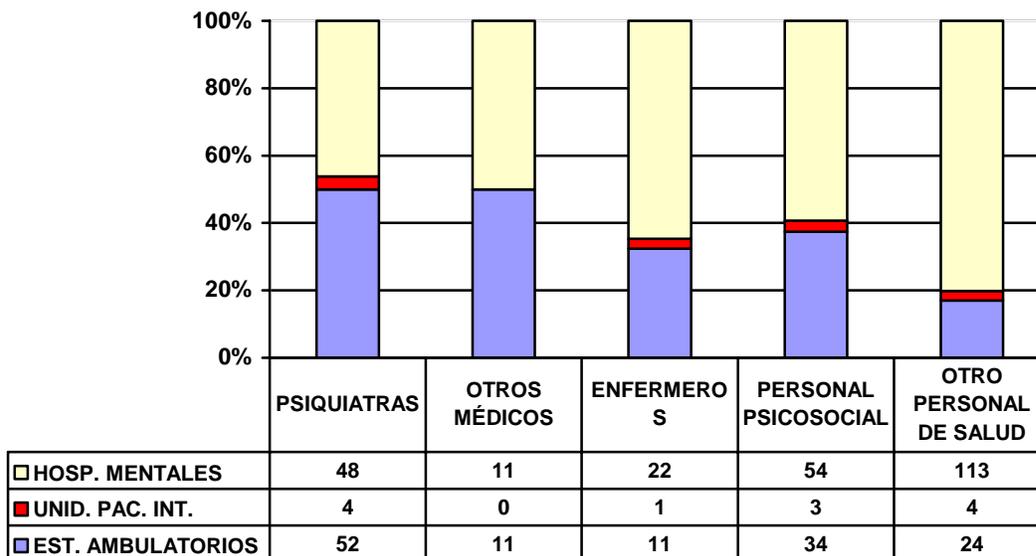
7% de psicólogos trabaja solamente para establecimientos de salud mental administrados por el gobierno, 9% trabaja solamente para ONGs, para establecimientos de salud mental con fines de lucro y práctica privada, en tanto que 12% trabaja para ambos sectores.

En relación con el lugar de trabajo, 52 psiquiatras trabajan en establecimientos ambulatorios, 4 en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 48 en hospitales psiquiátricos. Otros 11 médicos, no especializados en salud mental, trabajan en establecimientos ambulatorios, ninguno en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 11 en hospitales psiquiátricos. En muchos establecimientos existe la rotación del personal médico entre consulta ambulatoria y servicio de hospitalización.

En relación con los enfermeros, 11 trabajan en establecimientos ambulatorios, una en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 22 en hospitales psiquiátricos (con rotaciones también en muchos establecimientos de consulta ambulatoria a servicio de

hospitalización); existen 34 psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales en establecimientos ambulatorios, 3 en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 54 en hospitales psiquiátricos. En relación con otro personal de salud o salud mental 24 trabajan en establecimientos ambulatorios, 4 en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 113 en hospitales psiquiátricos. Los auxiliares de enfermería con experiencia o previamente capacitados algunas veces asumen ciertas tareas de nivel de los licenciados en enfermería.

GRÁFICO 4.2
PERSONAL QUE TRABAJA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL
 (porcentaje en la gráfica, número en la tabla)



Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

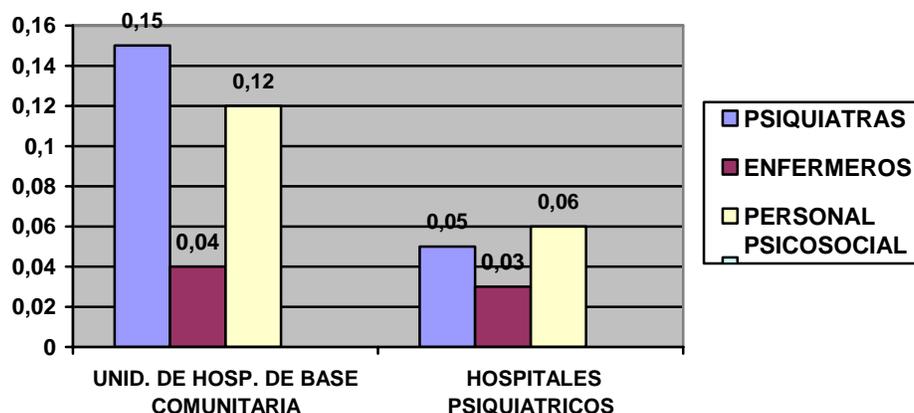
En términos de dotación de personal en establecimientos de salud mental:

Existen 0.15 psiquiatras por cama en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, en comparación con 0.05 psiquiatras por cama en hospitales psiquiátricos.

Con respecto a los enfermeros, existen 0.04 enfermeros por cama en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, en comparación con 0.02 por cama en hospitales psiquiátricos.

Por último, referente a otro personal de salud mental, existen 0.12 psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y 0.15 de otro personal de salud mental por cama para unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 0.06 psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y 0.12 de otro personal de salud o salud mental por cama en hospitales psiquiátricos, como se observa a continuación.

GRÁFICO 4.3 - RELACIÓN ENTRE RECURSOS HUMANOS Y CAMAS



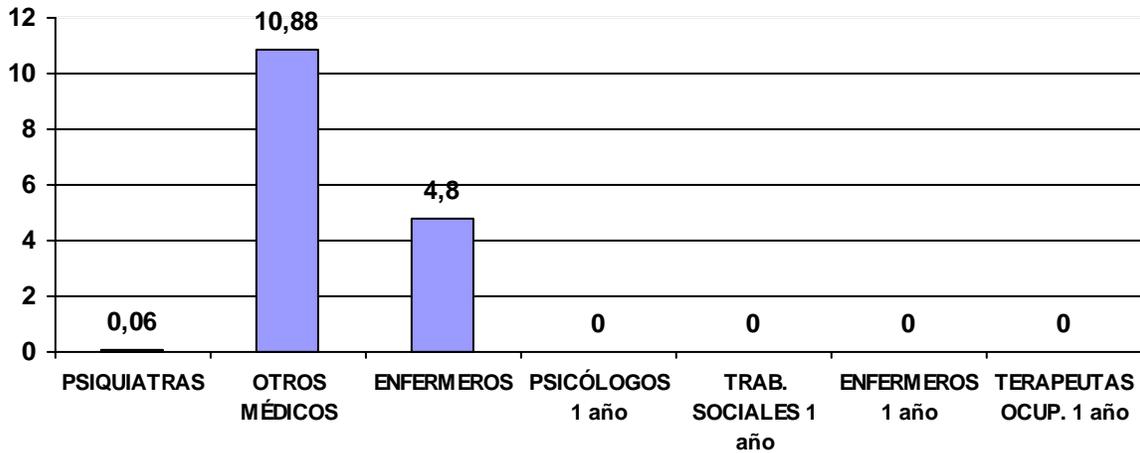
Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Capacitación de profesionales en salud mental

La cantidad de profesionales graduados el último año en instituciones académicas y educativas por cada 100,000 habitantes es el siguiente: 0.06 psiquiatras, 4.8 enfermeros, 10.88 médicos generales (no especializados en psiquiatría). Existe un significativo menor número de enfermeros formados en relación al número de médicos por preferir el nivel técnico de auxiliar de enfermería que el de licenciatura en enfermería.

No existe ningún enfermero, psicólogo, trabajador social terapeuta ocupacional u otro personal en salud con por lo menos 1 año de capacitación específica en atención de salud mental.

GRAFICA 4.4
PROFESIONALES GRADUADOS EN SALUD MENTAL (tasa por 100.000 habitantes)

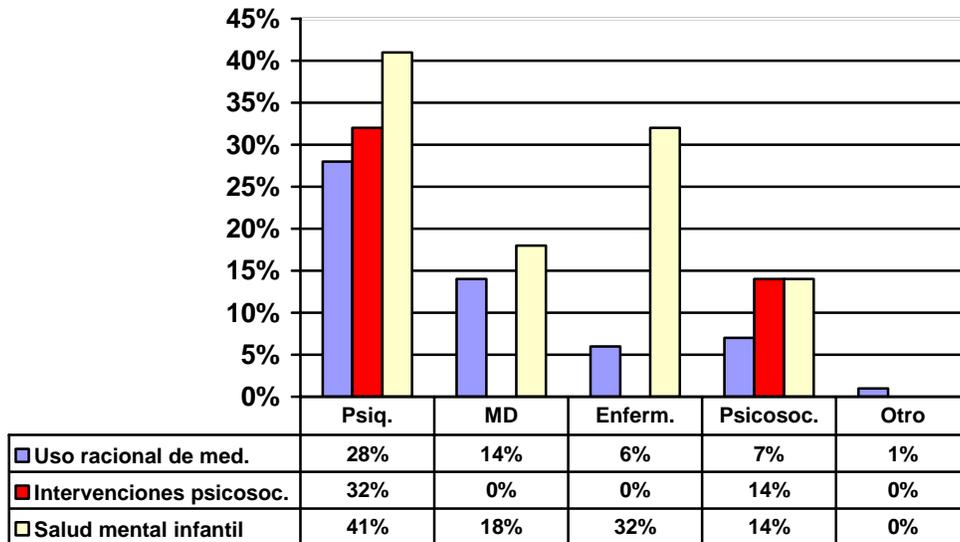


Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Ni el Ministerio de Salud y la Sociedad Boliviana de Psiquiatría ni otra institución afín, cuenta con información sobre si algún psiquiatra ha emigrado a otro país dentro de los cinco años siguientes a la finalización de su capacitación.

La siguiente gráfica muestra el porcentaje del personal de atención de salud mental con por lo menos dos días de capacitación - actualización en: el uso racional de medicamentos, intervenciones psicosociales o salud mental de niños / adolescentes.

GRÁFICA 4.5
PORCENTAJE DE PERSONAL DE SALUD MENTAL
CON DOS DÍAS DE CAPACITACIÓN - ACTUALIZACIÓN
EN EL ÚLTIMO AÑO



Psiqu. = psiquiatras; MD = otros médicos no especializados en psiquiatría; Enferm.= Enfermeros; Psicosoc. = personal psicosocial psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Otro = otro personal de salud y salud mental

Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Asociaciones de usuarios y familiares

Existen pocas asociaciones de familiares o usuarios en el país específicamente dirigidas al tema de salud mental, habiéndose identificado cinco, tres dirigidos al tema de Alzheimer, una al déficit de atención y otra a los trastornos mentales en general. Están conformados en forma mixta no solo por familiares y usuarios, sino también por voluntarios. Existen 52 usuarios que son miembros de asociaciones de usuarios y 41 familiares que son miembros de asociaciones de familiares.

El gobierno no proporciona apoyo económico para asociaciones de usuarios ni de familiares. Ninguna Asociación de usuarios o de familiares ha estado involucrada en la formulación o implementación de políticas, planes o legislación sobre salud mental en los últimos dos años. Este fin de año se ha presentado un anteproyecto de ley al gobierno sobre el Alzheimer.

Pocos establecimientos de salud mental (1- 20%) han tenido interacción con Asociaciones de usuarios o familiares. Las cinco asociaciones buscan ser un grupo de apoyo tanto para los pacientes como para los familiares.

Además de estas asociaciones, existen 23 ONGs en el país involucradas en actividades de asistencia individual tales como consejería, vivienda o grupos de apoyo o en actividades de

promoción de la salud mental con poblaciones vulnerables o que han atravesado algún tipo de trauma o crisis.

Sección 5: Educación del Público y Vínculos con Otros Sectores

Campañas de educación y concienciación a la población sobre salud mental

No hay un organismo de coordinación en el país para supervisar las campañas de educación y concienciación al público sobre salud mental; habiéndose realizado campañas por múltiples sectores no necesariamente en forma coordinada y/o buscando un mismo objetivo. Los entes que han promovido campañas de educación y concienciación al público en los últimos cinco años han sido algunas agencias gubernamentales, ONG's, y grupos de profesionales.

Estas campañas han estado dirigidas a los siguientes grupos: población en general, niños, adolescentes y mujeres abordando temas ligados a la prevención del uso de sustancias adictivas y/o violencia. Se tiene experiencia de haber trabajado con maestros y la policía abordando los mismos temas principalmente.

Disposiciones legislativas y financieras para personas con trastornos mentales

Existe disposición legislativa respecto al empleo de personas con discapacidad, amparado por Decreto Supremo N° 27477 del 06 de mayo del 2004. Se está trabajando en su cumplimiento.

Sin embargo hasta el momento no existe apoyo legislativo ni financiero relativo a discriminación, prioridad de viviendas para personas con algún tipo de trastorno mental, etc?

Vínculos con otros sectores

Si bien el apoyo legislativo y financiero es mínimo, existen colaboraciones intersectoriales con los departamentos / agencias responsables de atención primaria de salud, abuso de sustancias, protección infantil, educación y ancianos.

En términos de apoyo a la salud del niño y adolescente, solo 5% de las escuelas primarias y secundarias tiene un profesional de salud mental a medio tiempo o a tiempo completo y corresponden en casi su totalidad a establecimientos privados. Entre 1- 20% de las escuelas primarias y secundarias realizan actividades formales para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales en la escuela.

El porcentaje de presos con psicosis y retardo mental es de menos del 2%. En relación con las actividades de salud mental en el sistema de justicia penal, del 1 al 20% de las cárceles tiene por lo menos un preso por mes en contacto de tratamiento con un profesional de salud mental.

Con respecto a la capacitación, del 1 al 20 % de los miembros de la policía y de los jueces y abogados han participado en actividades educativas sobre salud mental en los últimos cinco años.

En términos de apoyo financiero, ningún establecimientos de salud mental tiene acceso a programas de oferta de empleo externo (fuera del establecimiento de salud mental) para los usuarios que padecen trastornos mentales graves.

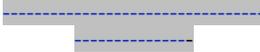
Por último, el único beneficio considerado de asistencia social que da el gobierno es al sector de no videntes registrados en el Instituto Nacional de la Ceguera, con un bono anual de Bs. 3800 y aunque es posible que en este grupo existan personas con algún problema de salud mental, no se cuenta con esta información.

Sección 6: Monitoreo e investigación

No existe un sistema de Vigilancia en Salud Mental, ni indicadores o ítems formalmente definidos sobre salud mental introducidos en el Sistema Nacional de Información en Salud, que deban ser recopilados por todos los establecimientos de salud mental, para ser informados al Ministerio de Salud y Deportes.

Casi todos los establecimientos de salud mental recopilan información estadística; pero sólo para ser utilizada (si así lo deciden) internamente en el hospital. Solo un establecimiento envía información en forma voluntaria al Ministerio de Salud.

TABLA 6.1 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL QUE RECOPILAN Y COMPILAN DATOS SEGÚN EL TIPO DE INFORMACIÓN

	HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	UNIDADES PARA PACIENTES INTERNOS	ESTABLECIMIENTOS AMBULATORIOS
N° de camas	100%	100%	
N° de admisiones de pacientes internos/usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios	100%	100%	100%
N° de días transcurridos/contactos del usuario en establecimientos ambulatorios	100%	100%	100%
N° de admisiones involuntarias	0%	0%	
N° de usuarios restringidos	33%	0%	
Diagnósticos	100%	100%	100%

Fuente: Base de datos IESM-OMS - 2007

Al no contarse con información en forma periódica, tampoco se ha publicado algún informe sobre la situación en salud mental del país o de algún sector de éste.

En términos de investigación, todas las investigaciones nacionales realizadas en los últimos cinco años no se encuentran centralizadas, por lo que se ha acudido al centro de documentación de la OMS/OPS que alberga a 54 entidades científicas que cuentan con biblioteca. De una muestra de 1406 publicaciones de salud realizadas en los últimos 5 años el 10% fueron sobre salud mental.

Las investigaciones se enfocaban en: estudios epidemiológicos en muestras de la comunidad, estudios epidemiológicos en muestras clínicas, investigaciones de servicios, sobre políticas, programas, financiación/economía y sobre intervenciones psicosociales o psicoterapéuticas.

DESAFÍOS QUE NACEN DE LA EVALUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN BOLIVIA

1.- Promoción de la salud mental como parte indivisible de la salud integral y del desarrollo humano.

Se deberá trabajar en la educación, sobre la importancia de la salud mental como parte indivisible de la salud integral, para eliminar en el común de las personas el estigma, discriminación e intolerancia cuando se habla de trastornos de salud mental, tanto en el sector público como el privado; promoviendo el desarrollo de políticas de integración y la implementación de las acciones correspondientes para la inclusión en la comunidad de las personas que padecen trastornos mentales.

2.- Atención primaria en salud mental

La atención de la salud mental se tendrá que descentralizar de los hospitales o servicios especializados de salud mental en las capitales de departamento, cambiando nuestro enfoque asistencialista a uno más integral, a través de la aplicación de todos sus componentes de la Estrategia de Atención Primaria con participación comunitaria para garantizar la detección oportuna de los trastornos mentales. Estableciendo un Sistema de Vigilancia en Salud Mental en los tres niveles de salud que permita un abordaje oportuno y planificado y una adecuada rehabilitación

3.- Articulación con otros actores y sectores

Se debe desarrollar un trabajo articulado y coordinado entre diferentes instancias públicas y privadas que trabajan directa o indirectamente con el tema de salud mental, para evitar generar resultados parciales y la desvinculación total de algunos sectores o actores.

Bolivia es un país multiétnico y pluricultural. Los idiomas principales hablados en el país son el castellano, aymara, quechua y guaraní. El país pertenece al grupo de ingreso medio-bajo.

El 38% de la población tiene menos de 15 años y el 7% de la población tiene más de 60 años. La expectativa de vida al nacer es de 64 años para los hombres y 67 años para las mujeres. Dentro del 1^{er} nivel de atención, el 45% de los establecimientos no cuenta con médico.

No existe una política específica de salud mental ni leyes particulares referentes a salud mental; se estima que solo alrededor del 0,2 % del presupuesto de Salud se destina en el país a la salud mental; no se cuenta a la fecha con un Sistema de Vigilancia en salud mental y tampoco con indicadores de salud mental dentro del Sistema Nacional de Información en Salud. Menos del 5% del recurso humano de los establecimientos refiere haber hablado sobre salud mental con algún profesional que practica la medicina tradicional.

Dentro de los establecimientos de salud mental, por cada 100, 000 habitantes existen 1.06 psiquiatras, 0.22 médicos no especializados en psiquiatría, 0.34 enfermeros, 0.46 psicólogos, 0.25 trabajadores sociales.

En la actualidad (2009) el Ministerio de Salud interactúa con varios sectores, y trabaja para lograr una verdadera coordinación de acciones a favor de la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales. Han propiciado, con apoyo de la OMS/OPS, conversaciones y reuniones entre el Ministerio de Salud y Deportes con el Sistema Nacional de Información para la incorporación de indicadores de salud mental.

Así mismo “de las pocas asociaciones de familiares y pacientes que existen se han levantado dos para proponer al congreso dos anteproyectos de ley, uno ya presentada y otro en proceso de elaboración”.