

ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN BOLIVIA

Rodolfo LOPEZ HARTMANN(*)

1. CONTEXTO GENERAL

Según el Censo de 1992, Bolivia tiene 6,4 millones de habitantes (población 48% urbana y 42% rural), con una tasa anual de crecimiento de 2%. Los indicadores de salud son similares a los de otros países subdesarrollados, con tasas de mortalidad infantil de 102 por mil y esperanza de vida por debajo de los 60 años de edad. El ingreso anual per cápita es de US\$ 765 y el analfabetismo próximo al 19%.

2. DESARROLLO HISTORICO

Históricamente, la atención de pacientes mentales fue realizada por curanderos tradicionales antes de la conquista española, y más tarde, en el siglo XV, también por clérigos y religiosos. Los primeros hospitales fueron organizados en el siglo XVI, y un programa de instrucción médica fue oficialmente iniciado en 1808.

La primera universidad abrió sus aulas en 1835, creándose el primer hospital psiquiátrico especializado en la capital, Sucre, en 1884, como un centro nacional de referencia para pacientes mentales de ambos sexos.

El crecimiento de tres ciudades importantes - La Paz, Cochabamba y Santa Cruz- y las necesidades de la población promovieron la creación de servicios psiquiátricos en cada una de ellas, además del de Sucre. El posterior desarrollo poblacional influyó en la creación de servicios de consulta externa, así como varios tipos de servicios especializados para el tratamiento y rehabilitación del abuso de alcohol y drogas.

3. ESTRUCTURA LEGAL

La asistencia médica en el país está regida por el Código de Salud, en vigencia desde 1978, que actualizó el Código Sanitario de 1958. El nuevo documento contiene varios capítulos y artículos que

(*) Médico Psiquiatra, Director del Consejo Departamental de Prevención de Drogodependencias y Salud Mental (COPRE) Calle Muñoz y Cornejo 2702, Sopocachi, La Paz, Bolivia. Casilla 7194. Teléfono (591-02-) 342391

determinan principios y normas para la salud mental, incluyendo la supervisión estatal y autorización para los centros de tratamiento, formación de especialistas, profesionales y técnicos, dando énfasis en algunos artículos a la formación de equipos multidisciplinarios y la necesaria coordinación entre niveles progresivos de tratamiento. Otros capítulos determinan las responsabilidades legales para el médico, la familia y el paciente, entre otros aspectos.

El movimiento para la regionalización de la asistencia psiquiátrica, con miras al crecimiento simultáneo de servicios en las regiones, tomó fuerza en 1982. La propuesta incluyó el cambio de asistencia custodial a opciones basadas más en la comunidad, y la descentralización de los servicios existentes. Fueron propuestas tres regiones básicas, dividiendo los nueve departamentos en las regiones nororiental, sudoriental y de sur, cada una con sus centros de salud mental.

4. RECURSOS HUMANOS Y FORMACION PROFESIONAL

El primer diagnóstico global de la situación de la asistencia de la salud mental en Bolivia fue llevado a cabo en 1978, contaba entonces con 31 especialistas formados en el exterior, que retornaron para trabajar en el país. La formación de especialistas es llevada a cabo, actualmente, en cuatro centros especializados, con la producción de dos psiquiatras por año.

Luego de los tres años de formación, los candidatos deben pasar un examen oral y escrito ante las autoridades del hospital, la Sociedad de Psiquiatría, y las autoridades de la Facultad de Medicina. Para los especialistas formados fuera de Bolivia, el Colegio Médico examina la documentación y luego, la Sociedad Boliviana de Psiquiatría, que finalmente otorga la acreditación.

La Sociedad Boliviana de Psiquiatría está compuesta por todos los especialistas que viven en el país, siendo su directiva elegida cada dos años. Hay cuatro ramas filiales en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Sucre, y cada una elige su Comité directivo.

Son necesarios más especialistas ya que, por el momento, sólo 64 están acreditados como tales. El número ideal para la población boliviana de 6,4 millones es de 317, según estimación de la OMS. La mayor necesidad de especialistas está en la región del sur, seguida de la nororiental.

5. RECURSOS FISICOS Y SU USO

De acuerdo a fuentes oficiales, hay 763 camas psiquiátricas, aproximadamente el 7% del número existente de camas hospitalarias en el país. Sin embargo, existen alrededor de 500 camas adicionales que pueden ser consideradas como recurso psiquiátrico indirecto, que atienden a pacientes por abuso del alcohol o drogas; la mayoría de ellos funciona como comunidades terapéuticas, alber-

gues nocturnos u hogar-talleres de trabajo para rehabilitación. Solamente 35 camas dentro de esta categoría pertenecen al sector público.

En lo referente a los hospitales, el Instituto Nacional de Psiquiatría de Sucre-Hospital Gregorio Pacheco- el más antiguo cuenta con el mayor número de camas, aproximadamente 375 (la mayoría están ocupadas por pacientes crónicos). Sigue Cochabamba, con 250 en el Hospital San Juan, mientras que La Paz tiene tres centros con un total de 70. Potosí tiene 20, Tarija, en la región del sur, 20. Santa Cruz, la segunda ciudad más poblada del país cuenta con 36 camas.

El uso de tales camas, reflejado por la relación ocupación/cama, según datos de 1992, varía sustancialmente, teniendo el Hospital Gregorio Pacheco (Sucre) 0.5 paciente por cama; Tarija, 12 pacientes por cama; Cochabamba, 2 pacientes por cama, el Hospital Universitario de la Paz, 6 pacientes por cama; la Clínica psiquiátrica de Seguridad Social de La Paz, 13 pacientes por cama; y el Centro de Salud Mental de Santa Cruz, 10 pacientes por cama.

El número de pacientes atendidos, en 1992, en cada ciudad fue: Santa Cruz, 1521; La Paz, 4233; Cochabamba, 1596; Sucre, 388; Potosí, 77; y Tarija, 325. Sin embargo, estas cifras oficiales son aquellas presentadas por las instituciones mencionadas, e incluye tanto a pacientes privados como a la mayoría de pacientes sustentados por el Ministerio de Salud o el sistema de Seguridad

Social. Del total de 8,140, la mayor proporción corresponde a los pacientes externos, con 6,546, comparados con los 1,549 internos. Los datos sobre pacientes atendidos en clínicas generales, centros de atención privados para fármaco-dependientes y alcohólicos, o la atención privada ambulatoria de los especialistas no se consideran dentro de estas cifras.

Otros recursos humanos incluyen aproximadamente 300 psicólogos, 800 trabajadores sociales y 100 enfermeras psiquiátricas entrenadas o con experiencia. La proporción psiquiatra/población para Bolivia es de 1/109,000 habitantes.

Por lo anterior, se puede deducir que uno de los principales problemas para el desarrollo de un adecuado sistema de asistencia psiquiátrica es la falta de psiquiatras y de otros profesionales de la salud mental.

6. EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL

En 1982, el Ministerio de Salud formuló el primer Plan Nacional, aprobando el movimiento en favor de la regionalización de la asistencia. En 1985, el Ministerio organizó un grupo de trabajo el cual produjo un documento final ese mismo año. El contenido general del plan es el siguiente:

- Crear o promover nuevos servicios de salud mental para cada región, integrados y coordinados con los ser-

vicios de salud existentes.

- Producir investigaciones acerca de las causas y la prevalencia de los trastornos psiquiátricos incluyendo el nivel biológico, psicológico y social.
- La formación de personal calificado para trabajar en estos servicios nuevos y la actualización del contenido de salud mental entre los recursos humanos existentes del sistema de salud.

A pesar de los avances, las limitaciones económicas de los recursos disponibles para los programas de salud pública, han relegado a la psiquiatría a un posición no prioritaria. Sin embargo la apa-

rición de un creciente problema de fármacodependencia ha forzado a tomar determinaciones políticas para reevaluar el plan y crear la estructura necesaria para afrontar la situación. Esto tiende a favorecer la atención en salud mental debido a los objetivos similares de la prevención del abuso de drogas y los programas de salud mental, así como por la incorporación de muchos profesionales dentro de los programas de prevención y tratamiento del abuso de alcohol y drogas.

La concentración de profesionales en las ciudades principales, así como la distribución desigual de los recursos, no ha favorecido la provisión de asistencia en las áreas en donde hay una gran necesidad. Esta situación aún espera atención.

REFERENCIAS

1. "Historia de la Medicina Peruana en Bolivia". Mario Argandoña Sociedad Boliviana de Salud Pública, Ed. Cima, La Paz, 1989.
2. V Seminario Nacional de Salud Mental (Memorias) La Paz, Nov. 10-12 de 1986; MPSSP.
3. "El Pozo Oscuro de los Transtornos Mentales". María Luisa Rea Machado, Revista Epoca N° 16. Febrero 1991; Pág. 13-15.
4. Estudio de Prevalencia del Consumo de Drogas en Bolivia 1992. PREID, La Paz, 1992.
5. Las Condiciones de Salud en Las Américas. Edición 1994 Volumen Regional. OPS/OMS, 1994.
6. Código de Salud de la República de Bolivia y Disposiciones Reglamentarias. MPSSP, La Paz, Julio 1978.
7. Revista de Salud Mental; Dr. Mario Hüllweg. Santa Cruz. Vol. 1 N° 2, 1993.