

WHO-AIMS

**INFORME WHO-AIMS SOBRE EL
SISTEMA DE SALUD MENTAL
EN PARAGUAY**



**Organización
Mundial de la Salud**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

**INFORME WHO-AIMS SOBRE EL
SISTEMA DE SALUD MENTAL
EN PARAGUAY**

Un informe sobre la evaluación del sistema de salud mental en Paraguay usando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS).

(Asuncion, Paraguay)

2006



OPS/OMS - Paraguay

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO)/Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD)

Esta publicación ha sido producida por la OPS/OMS, Oficina del Paraguay en colaboración con la OMS (Ginebra) ,la Oficina Regional para las Américas(OPS/Washington) . En la Oficina Central de la OMS este trabajo fue apoyado por el Equipo de Evidencia e Investigación del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Unidad de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental.

Para más información y comentarios contactar a:

- 1) Nestor Giralá, Universidad Nacional de Asunción, e-mail: nestor@girala.org*
- 2) Julio Javier Espíndola, OPS/OMS – Paraguay; e-mail: espindolaja@par.ops-oms.org*
- 3) Javier Uribe, OPS/OMS – Paraguay; e-mail: uribej@par.ops-oms.org*
- 4) Shekhar Saxena, WHO Headquarters, e-mail: saxenas@who.int*

ISBN – 92 7 5326770

*Informe WHO – AIMS sobre el sistema de Salud Mental en Paraguay
OPS/OMS Asunción;Paraguay 2006*

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud ,2006

AGRADECIMIENTOS

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS por sus siglas en inglés) fue utilizado para recoger información sobre el sistema de salud mental del Paraguay

El proyecto fue implementado en Paraguay por Néstor Giralda del Programa de Salud Mental. La preparación de este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Agradecemos el apoyo a: Nora Gómez, Carmen Di Tore, Mirta Mendoza, Martín Moreno, Norma Cáceres, Mercedes Brizuela, César Escobar, Marcela Aguilera, Carlos Bertón, Aníbal Garcete.

El desarrollo de este estudio también se benefició de la colaboración con: la Dirección de Salud Mental, el Hospital Psiquiátrico, la Cátedra de Psiquiatría (Universidad Nacional de Asunción), el Servicio Menonita de Salud Mental, la Sociedad Paraguaya de Psicología, la Sociedad Paraguaya de Psiquiatría, la Asociación Paraguaya de Psiquiatras, las Unidades de Salud Mental, El Puente (Servicio Voluntario Menonita) y el Observatorio Paraguayo de Drogas.

El proyecto fue apoyado por Javier Uribe y Julio Javier Espíndola de la Oficina de OPS-OMS en Paraguay.

El proyecto también recibió apoyo de Jose Caldas de Almeida, Oficina Regional de la OMS para las Américas (OPS/Washington).

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) ha sido conceptualizado y desarrollado por el equipo de Evidencia e Investigación en Salud Mental (MER) del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSD) de la Organización Mundial de la Salud (OMS/Ginebra) en colaboración con colegas dentro y fuera de la OMS.

Para información completa sobre el desarrollo del WHO-AIMS (OMS, 2005) visite la página web:

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

El proyecto recibió asistencia financiera y/o fue secundado por personal de: El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH), dependiente de “National Institutes of Health” y el Centro para Servicios de Salud Mental, dependiente de “Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) de los Estados Unidos; La Autoridad Sanitaria de la Región de Lombardia, Italia; El Ministerio de Salud Pública de Bélgica y el Instituto de Neurociencias, Salud Mental y Adicción,” Canadian Institutes of Health Research”.

El equipo “WHO-AIMS” en la Oficina Central de la OMS está conformado por: Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, José Bertolote, Jodi Morris y Grazia Motturi. Anna Maria Berrino también prestó colaboración al proyecto.

El proyecto WHO-AIMS está coordinado por Shekhar Saxena.

Resumen Ejecutivo

El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS por sus siglas en inglés) fue utilizado para recoger información sobre el sistema de salud mental del Paraguay. El objetivo de esta tarea es mejorar el sistema de salud mental y obtener una evaluación basal que pueda utilizarse para monitorizar cambios. Esto permitirá al Paraguay desarrollar planes de salud mental basados en información, con referencias de punto de partida y objetivos claros. Será también de utilidad para evaluar el progreso en la implementación de políticas de reforma, en la provisión de servicios comunitarios, en la inclusión de usuarios, familias y otros actores relevantes en la promoción, prevención, cuidado y rehabilitación en salud mental.

El Paraguay tiene política y planes de salud mental, pero carece de legislación sobre dicho tema. El financiamiento está dirigido mayormente al hospital psiquiátrico. No hay planes de seguro social, y sólo una minoría de la población tiene acceso gratuito a medicación psicotrópica. Los derechos humanos de los pacientes son supervisados en algunos servicios, pero no existe un órgano de revisión. Sólo una fracción de los trabajadores de la salud mental ha recibido formación en derechos humanos.

No existe una autoridad en salud mental. Veintiséis servicios ambulatorios atienden a 263 usuarios por 100 000 habitantes. Tanto los centros de día como las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria atienden a menos de un usuario por 100 000 habitantes. Hay 1.1 camas en residencias comunitarias por 100 000 habitantes. Los hospitales psiquiátricos dan atención a 53 pacientes por 100 000 habitantes, con una tasa de ocupación mayor al 110%. La mayoría de los pacientes internados han sido diagnosticados de esquizofrenia. Ha habido un aumento en el número de camas en hospitales psiquiátricos en los últimos 5 años. Todas las camas forenses están en unidades psiquiátricas en prisiones. Las admisiones involuntarias, así como los medios de contención física y el aislamiento son ampliamente utilizados, especialmente en hospitales psiquiátricos.

El personal de atención primaria de la salud tiene pobre formación en salud mental y poca interacción con los servicios de salud mental.

Por cada 100 000 habitantes hay 35 personas trabajando en la salud mental. Las tasas son especialmente bajas para trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. La mayoría de los psiquiatras trabajan, algunos en forma exclusiva y otros no, en servicios administrados por el gobierno. La distribución de los recursos humanos es desigual, favoreciendo a los hospitales psiquiátricos y a la principal ciudad, Asunción. No existen asociaciones de usuarios. Algunas asociaciones de familias estuvieron involucradas en la elaboración de planes y políticas, e interactúan con los servicios de salud mental.

Existen entes coordinadores de la educación al público y de las campañas de concienciación. Hay vínculos con otros sectores relevantes, pero no hay apoyo legislativo o financiero para las personas con trastornos mentales.

Los datos estadísticos son recogidos y compilados por los servicios en diverso grado. El gobierno no publica un informe basado en estos datos. No hay trabajos de investigación sobre salud mental publicados en literatura indexada. Se han desarrollado algunos trabajos de investigación clínica no epidemiológica, con cuestionarios de evaluación de trastornos mentales y sobre los servicios.

El sistema de salud mental tiene servicios de todos los tipos, sin embargo algunos necesitan mayor fortalecimiento y desarrollo. Hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales psiquiátricos. Actualmente los hospitales psiquiátricos están trabajando más allá de su capacidad (en término de número de camas), aunque el número de camas ha aumentado en los últimos años. Pocos servicios están dedicados a niños y adolescentes. Tanto la formación del personal de atención primaria de la salud, como la interacción de estos servicios con los de salud mental es débil. Aunque hay disponibilidad de medicación psicotrópica, solo una minoría de la población tiene acceso gratuito a ella. El acceso a los servicios de salud mental es desigual a lo largo del país; los que viven en o cerca de Asunción son más favorecidos. Hay asociaciones de familias, pero no de usuarios. Existen vínculos formales con otros sectores, pero algunos vínculos de importancia clave son débiles o no se han desarrollado: bienestar, alojamiento, judicial, provisión de empleo, educación. Existen política y planes de salud mental, pero los recursos financieros no se consideran en ellos. Actualmente no hay ley de salud mental. Se ha trabajado en la formación en derechos humanos y en la inspección de servicios, pero no hay un órgano de revisión y las acciones deben extenderse a los demás servicios. El sistema de información en salud mental no cubre toda la información relevante de todos los servicios.

Como en la mayoría de los países del mundo y del continente americano, Paraguay tiene una política de salud mental. Ha sido implementada hace comparativamente poco tiempo. Aunque existe cuidado comunitario para pacientes con trastornos mentales, como se ve en otros países con bajos y medios bajos ingresos, éste es débil. A diferencia de la mayoría de los países del mundo y de la región no existe una ley de salud mental. El país destina aproximadamente 1% de su presupuesto de salud a salud mental, siguiendo la tendencia de los países con bajo e intermedio-bajo ingreso. La pobre participación de los servicios de atención primaria de la salud en el cuidado de la salud mental es también un rasgo compartido con muchos países de bajo e intermedio-bajo ingreso. La proporción de camas psiquiátricas localizadas en hospitales psiquiátricos en el país está bastante por encima del promedio para la región. El número de psiquiatras por 100 000 habitantes es similar a la mayoría de los países de las Américas, similar al promedio de los países con intermedio-bajo ingreso en el mundo (Mental Health Atlas WHO, 2005).

En los últimos años el número de servicios ambulatorios ha crecido significativamente a lo largo del país: de 13 a 26 en los últimos 4 años. También se han hecho esfuerzos por mejorar la calidad de vida y del tratamiento de los pacientes en hospitales psiquiátricos. Algunos aspectos de la vida en el hospital han mejorado, pero el número de pacientes ha

crecido regularmente. El tema de los derechos humanos de los pacientes en el hospital psiquiátrico ha sido llevado ante organismos judiciales internacionales. La falta de recursos humanos y financieros es una barrera importante para el progreso hacia el tratamiento de los pacientes en la comunidad. No se ha hecho ningún progreso significativo en la provisión de medicación accesible, en el alojamiento o en el empleo de los pacientes en la comunidad.

INFORME WHO-AIMS SOBRE PARAGUAY

Introducción

El Paraguay está localizado en el centro de América del Sur, con un área aproximada de 407 000 km² y una población de 5.2 millones de habitantes (Censo 2002). La proporción de la población por debajo de los 15 años es 37%, y la proporción por encima de 60 años es 7%. Cuarenta y tres por ciento de la población vive en área rural.

Los principales idiomas utilizados en el país son el español y el guaraní. El principal grupo étnico es mestizo, de origen mixto español e indígena. Los grupos religiosos incluyen a católicos y cristianos de otras confesiones.

El país está en el grupo de medios bajos ingresos, según la clasificación por los criterios del Banco Mundial 2004. La proporción del presupuesto en salud en el PIB es 8%. El gasto per cápita total en salud es de 332 dólares internacionales, y el gasto per cápita público en salud es de 127 dólares internacionales. La esperanza de vida al nacer es de 68.7 años para hombres y de 74.7 años para mujeres. La esperanza de vida sana al nacer es de 60 años para hombres y 64 años para mujeres. La alfabetización es del 94% de la población masculina y 91.5% de la población femenina (Mental Health Atlas, WHO, 2005).

Existen 133 camas en hospitales y 58 médicos por 100 000 habitantes en el sector público. En lo que se refiere a atención primaria de la salud, hay 131 centros de atención primaria de la salud con médico (centros de salud) y 677 centros de atención primaria de la salud sin médico (puestos de salud). Sólo existe información disponible en estos temas para el sector público. Los recursos de salud están fuertemente centralizados, a pesar de la política de descentralización. Así, 70% de los médicos tienen base en Asunción y el circundante departamento Central, que en conjunto albergan al 26% de la población (Censo 2002).

El sistema de salud mental está basado en el hospital psiquiátrico. En los últimos 5 años se han hecho esfuerzos para dirigir la atención a la comunidad, con un éxito limitado. En conjunto, los recursos del sistema de salud son escasos y centralizados.

La recolección de datos se hizo en 2005 y está basada en el año 2004.

Actualmente no hay ley de salud mental. Se ha trabajado en la formación en derechos humanos y en la inspección de servicios, pero no hay un órgano de revisión y las acciones deben extenderse a los demás servicios. El sistema de información en salud mental no cubre toda la información relevante de todos los servicios.

Sección 1: Política y Marco Legislativo

Política, Planes y Legislación

La política de salud mental del Paraguay fue revisada por última vez en 2002 e incluye los siguientes componentes: (1) desarrollar un componente de salud mental en atención primaria de la salud, (2) recursos humanos, (3) participación de usuarios y familias, (4) defensa y promoción, (5) protección de los derechos humanos de los usuarios, (6) igualdad de acceso a los servicios de salud mental entre los diferentes grupos, (7) mejora de calidad, (8) sistema de evaluación. No existe una lista de medicamentos esenciales en el país que incluya psicofármacos.

La última revisión de los planes de salud mental se realizó en 2003, cuando se formuló un proyecto de reforma en la atención psiquiátrica como complemento al plan de salud mental de 2002. Ambos documentos incluyen los mismos componentes que la política de salud mental y, además, en lo que se refiere a la organización de servicios: (1) desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, (2) optimización de hospitales psiquiátricos grandes, (3) modificación de hospitales psiquiátricos para brindar atención integral. Se hace referencia en los documentos a un marco de tiempo y a metas específicas. Algunas de las metas se han alcanzado en el pasado año. No existe un plan de salud mental para desastres y emergencias. Actualmente no hay una ley de salud mental vigente. Se prevé presentar al Congreso un borrador de ley de salud mental antes del final de 2005.

Financiación de los servicios de salud mental

El 1% del gasto en salud del gobierno se destina a salud mental. De todo lo gastado en salud mental, el 84% se dedica a hospitales psiquiátricos. El 11% de la población tiene acceso gratuito (con cobertura de al menos 80% del costo) a medicamentos psicotrópicos esenciales. Para los que solventan su propio gasto, el costo de la medicación antipsicótica es del 2% del jornal mínimo y el de la medicación antidepresiva del 4% (esto equivale a aproximadamente 0.12 US\$ por día para la medicación antipsicótica y 0.21 US\$ por día para la medicación antidepresiva). No hay planes de seguro social. El seguro de los trabajadores beneficia al 11% de la población y cubre todos los trastornos mentales.

GRÁFICO 1.1 GASTO EN SALUD DEDICADO A SALUD MENTAL

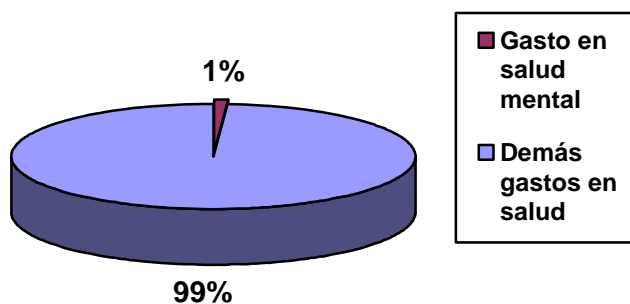
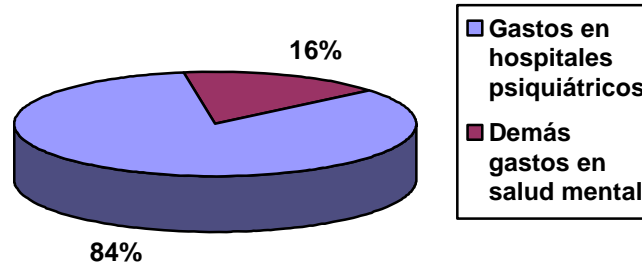


GRÁFICO 1.2 GASTOS EN SALUD MENTAL DEDICADOS A HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS



Políticas de derechos humanos

No existe un organismo nacional de control de derechos humanos. Uno de tres hospitales psiquiátricos tuvo al menos una inspección sobre la protección de los derechos humanos de los pacientes en el año de evaluación. Ninguno de los centros de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria ni de las residencias comunitarias tuvo una revisión de ese tipo. El personal del 33% de los hospitales psiquiátricos tuvo al menos un día de entrenamiento, reunión u otro tipo de sesión de trabajo sobre protección de derechos humanos de los pacientes en el año evaluado. El personal de centros de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y el de las residencias no recibió este tipo de formación.

Durante el año de evaluación un organismo judicial internacional de derechos humanos impuso al país medidas cautelares debido a la condición de los pacientes en un hospital psiquiátrico público.

Sección 2: Servicios de Salud Mental

Integración organizacional de servicios de salud mental

No existe en el país una única autoridad en salud mental. El director del programa de salud y el director del hospital psiquiátrico son las principales autoridades. Los servicios de salud mental están organizados en áreas de servicio, pero la estructura está fuertemente centralizada.

Servicios de salud mental ambulatorios

Existen en el país 26 dispositivos de salud mental ambulatorios, de los cuales el 8% son para niños y adolescentes exclusivamente. Estos servicios tratan a 263 usuarios por 100 000 habitantes. El 53% del total de los usuarios son de sexo femenino. El 40% de todas las consultas (contactos ambulatorios) son de pacientes de 20 o menos años de edad. No hay datos sobre la proporción de usuarios que son niños y adolescentes.

Los principales diagnósticos de usuarios atendidos en servicios ambulatorios fueron esquizofrenia y trastornos relacionados (21%) y trastornos afectivos (20%). La información sobre el diagnóstico se basa en el número de consultas (contactos) no en el número de usuarios distintos. El promedio de consultas (contactos) por usuario es de 2.8. El 15% de los servicios ambulatorios provee seguimiento en la comunidad, mientras que el 12% tiene equipos móviles de salud mental. En lo que se refiere a tratamientos disponibles, algunos (21-50%) de estos servicios ofrecen tratamiento psicosocial. Todos (100%) los servicios ambulatorios tienen disponible un psicofármaco de cada clase terapéutica (antipsicótico, antidepresivo, estabilizante del humor, ansiolítico y antiepiléptico) en el propio centro o en una farmacia cercana todo el año.

Centros de atención diurna

Existe un dispositivo de tratamiento diurno disponible en el país. Este servicio atiende a 0.92 usuarios por 100 000 habitantes. De todos los usuarios atendidos el 42% son mujeres y el 8% son niños o adolescentes. No hay centros de atención diurna dedicados exclusivamente a niños y adolescentes. En promedio, los usuarios pasan 44 días al año en el centro de día.

Unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria

Existen dos unidades de este tipo disponibles en el país, con un total de 0.27 camas por 100 000 habitantes. Ninguna de estas camas en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria está reservada exclusivamente para niños y adolescentes. El 62% de las admisiones a estas unidades fueron de mujeres. En una de las unidades (de donde se dispone información) el 6% de las admisiones fueron de niños o adolescentes. Los diagnósticos principales de las admisiones fueron trastornos afectivos (30%) y esquizofrenia y trastornos relacionados (21%). En promedio las hospitalizaciones fueron de 6.3 días de duración.

La mayoría (51-80%) de los pacientes en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria se beneficiaron con una o más intervenciones psicosociales en el último año. Todas las unidades tienen disponible al menos un psicofármaco de cada clase terapéutica (antipsicótico, antidepresivo, estabilizante del humor, ansiolítico y antiepiléptico).

Residencias comunitarias

Hay cinco dispositivos residenciales comunitarios disponibles en el país, con un total de 1.1 plazas por 100 000 habitantes. Ninguna de estas plazas en residencias comunitarias está reservada exclusivamente para niños o adolescentes. Sobre un total de 55 usuarios tratados en residencias comunitarias, el 4% son niños o adolescentes.

Las residencias comunitarias son parte del Servicio Menonita de Salud Mental, destinado a la población de las colonias menonitas. No hay datos sobre el sexo y el tiempo de estancia de los usuarios. No existen otras residencias comunitarias privadas o públicas disponibles en el país en el año de evaluación.

Hospitales psiquiátricos

El país cuenta con tres hospitales psiquiátricos, con un total de 7.8 camas por 100 000 habitantes. Todos estos servicios están integrados con centros de atención ambulatoria. El 3% de las camas de hospitales psiquiátricos están reservadas exclusivamente para niños y adolescentes. Los pacientes admitidos al hospital tienen mayoritariamente los siguientes diagnósticos: esquizofrenia y trastornos relacionados (58%) y trastornos del humor (8%). El número de pacientes tratados en hospitales psiquiátricos es de 53 por 100 000 habitantes.

Los pacientes pasan, en promedio, 61 días en el hospital. El 68% de los pacientes pasa menos de un año internado, el 19% pasa 1 a 4 años, el 8% pasa 5 a 10 años y el 4% pasa más de 10 años en el hospital. Pocos pacientes (1-20%) de los hospitales psiquiátricos recibieron una o más intervenciones psicosociales en el último año. Todos los hospitales psiquiátricos tienen disponible en el servicio al menos un fármaco psicotrópico de cada clase (antipsicótico, antidepresivo, estabilizante del humor, ansiolítico y antiepiléptico).

El número de camas en hospitales psiquiátricos ha aumentado 8% en los últimos 5 años. El número de pacientes ha incrementado todavía más, resultando en una tasa de ocupación que excede el 110%.

Unidades forenses y otras residencias

Además de las camas disponibles en los servicios de salud mental mencionados previamente, existen también plazas para personas con trastornos mentales en unidades forenses de internación (45 camas) y en otras residencias (383 camas), tales como residencias para personas con retraso mental, unidades de desintoxicación, hogares para desamparados, etc. Las unidades forenses ofrecen 0.87 camas por 100 000 habitantes. Todas las camas para internación forense se encuentran en unidades psiquiátricas de cárceles. En estos servicios 0% de los pacientes pasan menos de un año, 54% pasan 1 a 4 años, 38% pasan 5 a 10 años y 8% pasan más de 10 años.

Derechos humanos e igualdad de acceso

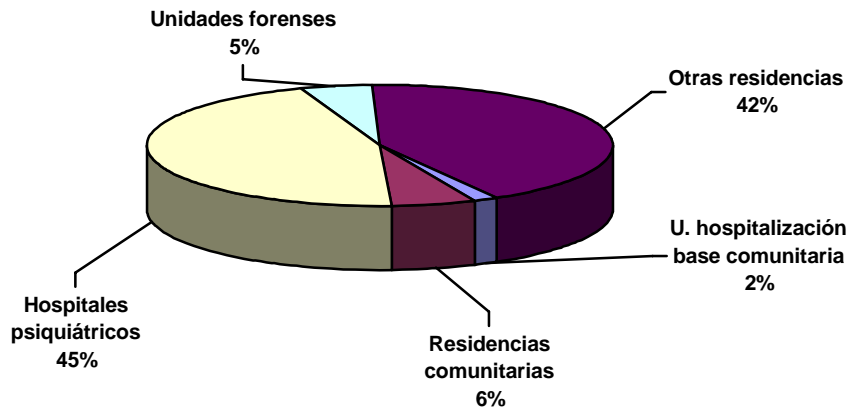
El 6% de todas las admisiones a unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria son involuntarias. La proporción de admisiones involuntarias a hospitales psiquiátricos no se conoce; la condición de una admisión de ser voluntaria o no, en general, no es tomada en cuenta. Se estima que la mayoría de las admisiones a los hospitales psiquiátricos son involuntarias. Uno por ciento o menos de los pacientes fueron sometidos a contención física o aislamiento al menos una vez en el último año en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, en comparación con el 11 a 20% estimado para los hospitales psiquiátricos.

El 86% de las camas psiquiátricas del país se encuentra en o cerca de Asunción, la ciudad más importante. Esta distribución de camas dificulta el acceso de usuarios de las

poblaciones rurales. La desigualdad en el acceso a servicios de salud mental por parte de usuarios pertenecientes a minorías (por ejemplo, lingüísticas, étnicas o religiosas) es un tema de moderada importancia en el país.

Gráficos de resumen

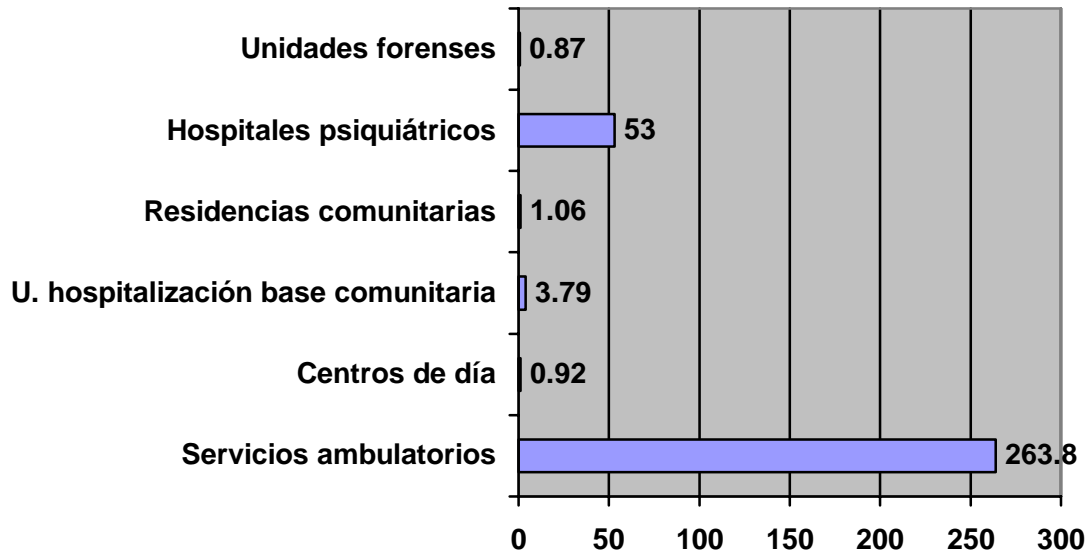
GRÁFICO 2.1 - CAMAS EN SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA Y OTRAS RESIDENCIAS



Comentario al gráfico 2.1

Las camas disponibles en el país se concentran principalmente en los hospitales psiquiátricos, seguidos de otras residencias (mayormente fuera del sistema de salud mental).

GRÁFICO 2.2 - PACIENTES TRATADOS EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL (tasa por 100 000 habitantes)

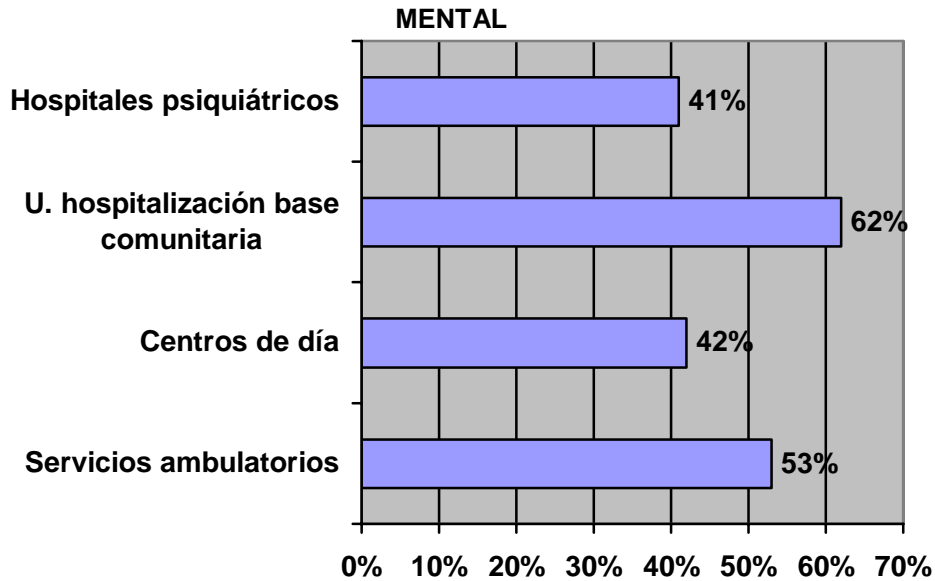


Comentario al gráfico 2.2

La mayoría de los usuarios son tratados en centros ambulatorios y en hospitales psiquiátricos, en tanto que la tasa de usuarios que reciben tratamiento en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, los centros de día y las residencias comunitarias es menor.

Nota: en este gráfico la tasa de admisiones a unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria se usa como aproximación a la tasa de usuarios admitidos a estas unidades.

GRÁFICO 2.3 - PORCENTAJES DE USUARIOS DE SEXO FEMENINO TRATADOS EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

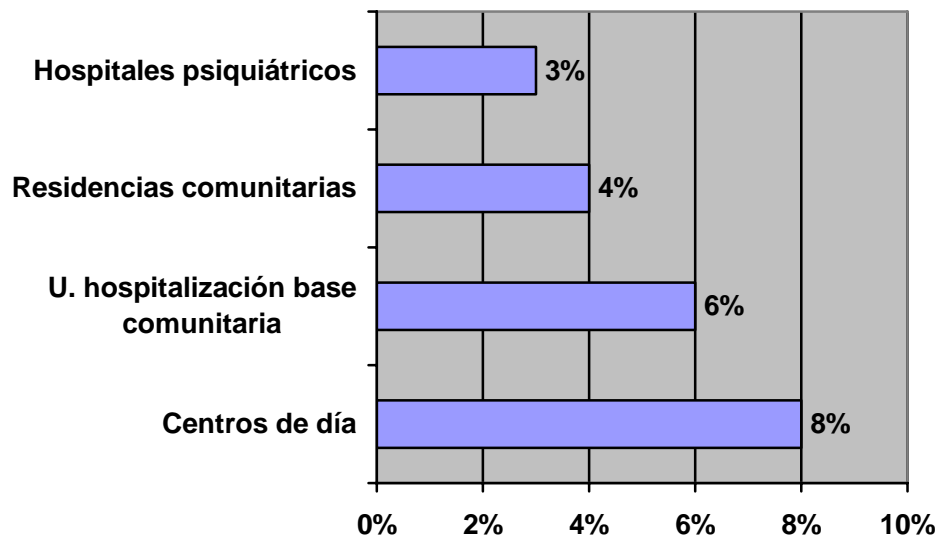


Comentario al gráfico 2.3

Las mujeres representan más del 50% de los usuarios de los servicios ambulatorios y unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria. La menor proporción de usuarios de sexo femenino se ve en hospitales psiquiátricos. No hay datos disponibles sobre la distribución de sexo de los usuarios en residencias comunitarias.

Nota: en este gráfico el porcentaje de admisiones de usuarios de sexo femenino a las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria se usa como aproximación al porcentaje de mujeres admitidas a estas unidades.

GRÁFICO 2.4 - PORCENTAJE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES TRATADOS EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL

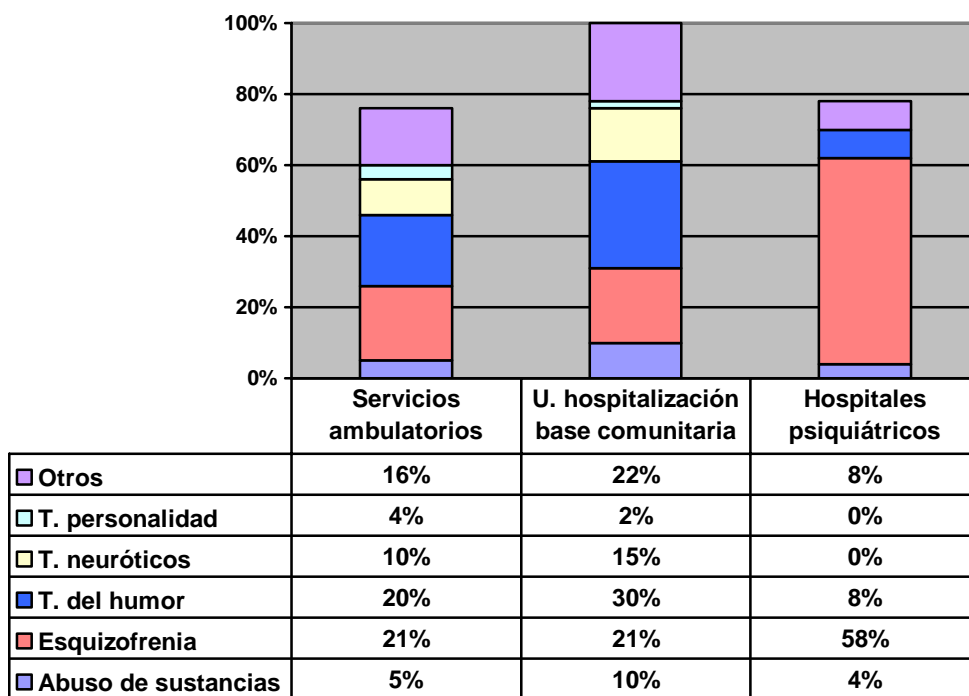


Comentario al gráfico 2.4

La mayor proporción de usuarios niños y adolescentes se encontró en los centros de día, en tanto que la menor en hospitales psiquiátricos. No hay datos disponibles sobre la proporción de usuarios niños y adolescentes en servicios ambulatorios. Debe tenerse en consideración que la proporción de niños y adolescentes en la población general es del 44%.

Nota: en este gráfico el porcentaje de admisiones de niños y adolescentes a las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria se usa como aproximación al porcentaje de niños y adolescentes admitidos a estas unidades.

GRÁFICO 2.5 - PACIENTES TRATADOS EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL SEGÚN DIAGNÓSTICO

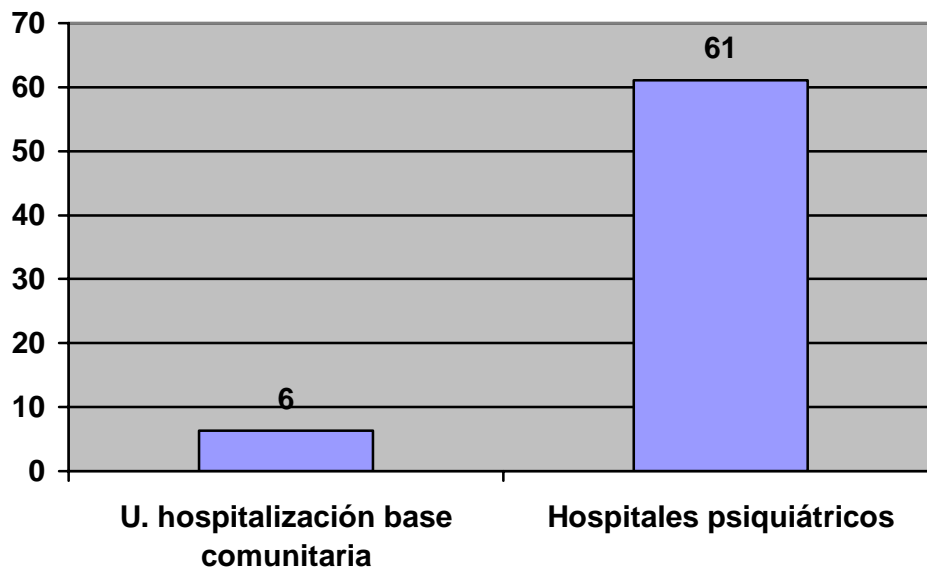


Comentario al gráfico 2.5

La distribución de los grupos diagnósticos varía en los diversos servicios: en los servicios ambulatorios los trastornos del humor y la esquizofrenia tienen similar frecuencia, entre las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria los trastornos afectivos son los más frecuentes, en los hospitales psiquiátricos la esquizofrenia es el diagnóstico más frecuente por un amplio margen.

Nota: en este gráfico el porcentaje de admisiones a las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria se usa como aproximación al porcentaje de usuarios admitidos a estas unidades. El diagnóstico de cada consulta (contacto) en servicios ambulatorios es utilizado como estimación de la proporción de usuarios distintos para cada diagnóstico. Los porcentajes no suman 100% debido a casos no diagnosticados.

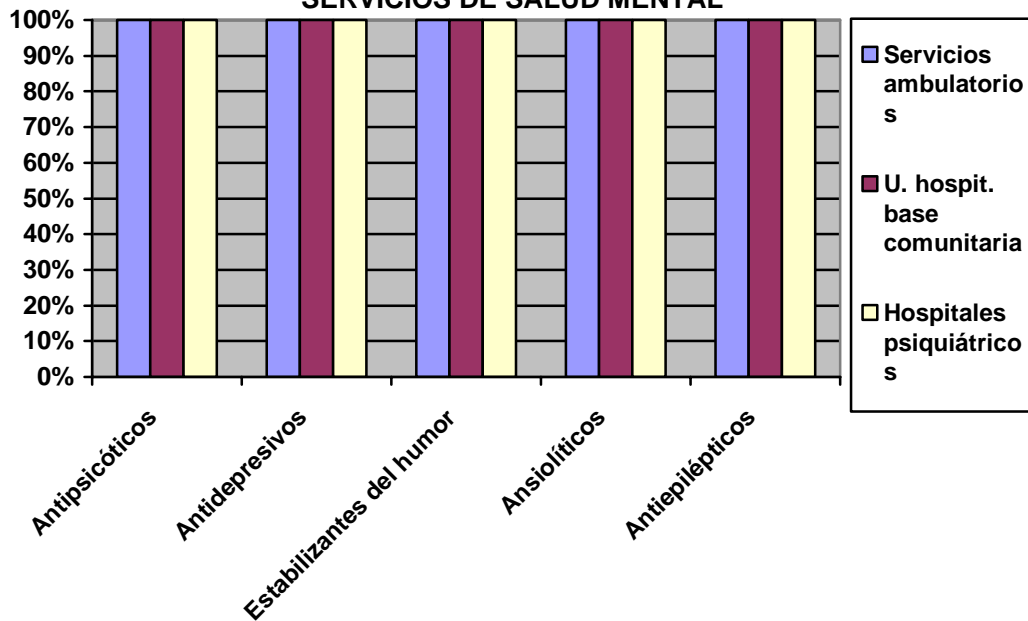
GRÁFICO 2.6 - TIEMPO DE ESTADÍA EN SERVICIOS CON INTERNACIÓN (días por año)



Comentario al gráfico 2.6

El mayor tiempo de estadía se ve en usuarios de hospitales psiquiátricos. No hay datos disponibles sobre el tiempo de estadía en residencias comunitarias.

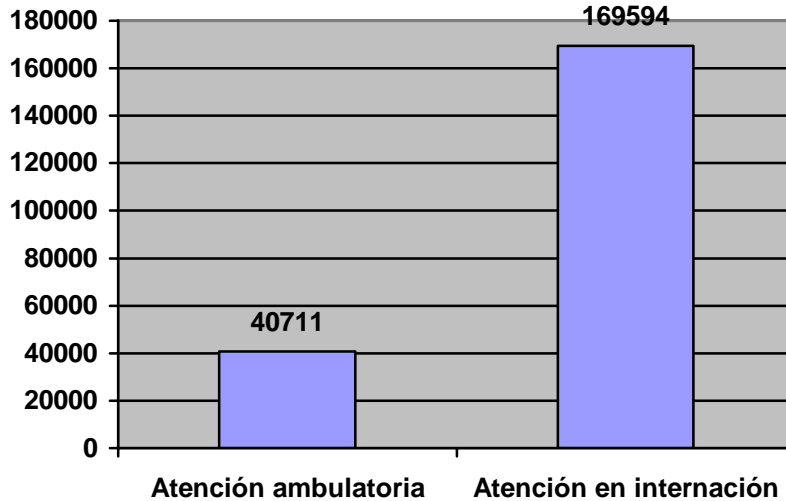
GRÁFICO 2.7 - DISPONIBILIDAD DE PSICOFÁRMACOS EN SERVICIOS DE SALUD MENTAL



Comentario al gráfico 2.7

Hay amplia disponibilidad de psicofármacos en todos los tipos de servicio de salud mental.

GRÁFICO 2.8 ATENCIÓN AMBULATORIA VS ATENCIÓN EN INTERNACIÓN



Comentario al gráfico 2.8¹

La razón entre los contactos de pacientes ambulatorios y de centros día, por un lado, y todos los días pasados en servicios con internación (hospitales psiquiátricos, residencias comunitarias y unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria), por otro, es un indicador del grado de extensión de la atención comunitaria: en el país la razón es de 1:4.2

Nota: las residencias comunitarias no fueron incluidas porque no se dispone de esa información.

Sección 3: Salud Mental en Atención Primaria de la Salud

Formación en atención de la salud mental del personal de atención primaria de la salud

El 2% de la formación de grado de los médicos se dedica a la salud mental, en comparación con el 4% de la de los enfermeros. En lo que se refiere a la formación de actualización, el 0.03% de los médicos de atención primaria de la salud recibieron al menos dos días de formación de actualización en salud mental, en tanto que ningún enfermero o trabajador de atención primaria no médico ni enfermero recibió formación de este tipo.

Salud mental en atención primaria de la salud

¹ Gráfico derivado de Lund C, Fisher AJ. Community hospital indicators in South African public sector mental health services. J Ment Health Policy Econ. 2003; 6(4); 181-7.

En el país existen tanto centros de atención primaria de la salud donde la atención es brindada por médicos, como centros de atención primaria donde la atención no es brindada por médicos. En lo que se refiere a los centros de atención primaria de la salud que cuentan con médico, pocos (<20%) tienen disponible protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones clave de salud mental, en tanto que ninguno de los centros que no cuentan con atención brindada por médicos dispone de tales protocolos. Ninguno de los centros de atención primaria donde la atención es brindada por médicos hace en promedio una referencia al mes a profesionales de salud mental. Ninguno de los centros sin médico disponible hace al menos una referencia al mes a un centro de nivel superior de atención. En lo que se refiere a la interacción entre personal de atención primaria y otros proveedores de salud, ninguno de los centros con médico disponible interactúa con un profesional de salud mental al menos una vez al mes. Ninguno de los centros de atención primaria de la salud, con o sin médico disponible, y ninguno de los servicios de salud mental tiene interacción con proveedores de medicina complementaria, alternativa o tradicional.

Prescripción en atención primaria de la salud

Los enfermeros y los trabajadores de salud mental que no son enfermeros o médicos no están autorizados a prescribir medicación en ningún caso. Los médicos de atención primaria de la salud están autorizados a prescribir medicación psicotrópica sin restricciones. En lo que se refiere a la disponibilidad de la medicación psicotrópica, casi todos los centros de atención primaria de la salud, cuenten o no con atención brindada por médicos, tienen disponible un psicofármaco de cada grupo terapéutico (antipsicótico, antidepresivo, estabilizante del humor, ansiolítico y antiepiléptico).

Sección 4: Recursos humanos

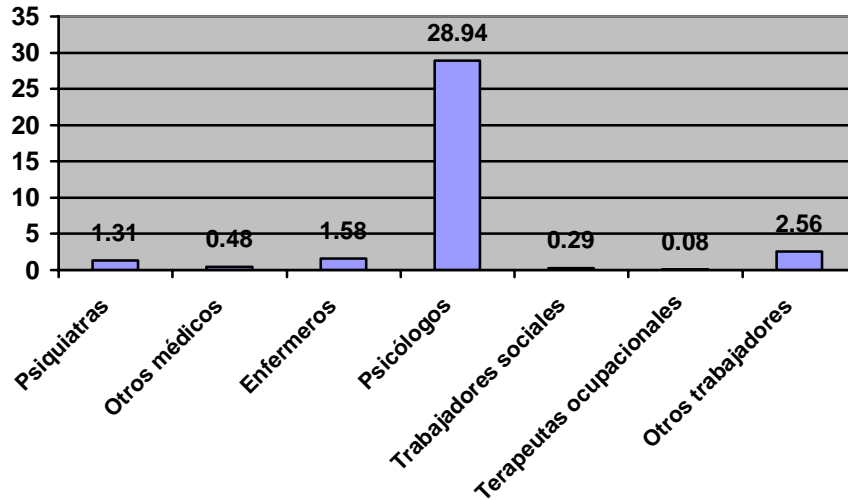
Número de recursos humanos en la atención en salud mental

El número total de recursos humanos trabajando en servicios de salud mental o en la práctica privada es de 35.23 por 100 000 habitantes. El desglose por profesión es como sigue: 1.31 psiquiatras; 0.48 otros médicos no especializados en psiquiatría; 1.58 enfermeros; 28.94 psicólogos; 0.29 trabajadores sociales; 0.08 terapeutas ocupacionales; 2.56 otros trabajadores de la salud o la salud mental (incluye personal auxiliar, trabajadores de salud mental no médicos no enfermeros, asistentes sanitarios, asistentes médicos, consejeros psicosociales profesionales y paraprofesionales). El 20% de los psiquiatras trabaja exclusivamente para servicios administrados por el gobierno; 28% trabaja sólo para ONGs, servicios con fines de lucro o en la práctica privada; el 52% trabaja en ambos sectores. El 5% de los psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales trabajan para servicios de salud mental administrados por el gobierno, exclusivamente o simultáneamente con el trabajo en otros sectores. La práctica privada en gran medida no está registrada oficialmente, especialmente en el caso de los psicólogos. Los datos proveídos se basan en la mejor estimación posible en base a los registros oficiales y los de las asociaciones profesionales.

En cuanto al lugar de trabajo se refiere, 49 psiquiatras trabajan en servicios ambulatorios, 3 en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 21 en hospitales psiquiátricos. Once médicos no especializados en psiquiatría trabajan en servicios ambulatorios, 5 en unidades de internación de base comunitaria y 11 en hospitales psiquiátricos. Los enfermeros, por su parte, se distribuyen así: 1 en servicios ambulatorios, 11 en servicios de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y 75 en hospitales psiquiátricos. Por lo que se refiere a psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, 63 trabajan en servicios ambulatorios, 1 en unidades de hospitalización de base comunitaria y 20 en hospitales psiquiátricos. Entre los otros trabajadores de la salud o la salud mental, 7 trabajan en servicios ambulatorios, ninguno en unidades de hospitalización de base comunitaria y 125 en hospitales psiquiátricos. Los resultados citados no incluyen la práctica privada.

La dotación de psiquiatras de los servicios de internación es como sigue: 0.21 psiquiatras por cama en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, en comparación con 0.05 psiquiatras por cama en hospitales psiquiátricos. En cuanto a enfermeras, hay 0.79 enfermeras por cama en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria, en tanto que 0.18 por cama en hospitales psiquiátricos. Los demás trabajadores de salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros trabajadores de la salud o la salud mental) están presentes en unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria en razón de 0.07 por cama, y en hospitales psiquiátricos de 0.36 por cama. La distribución de recursos humanos entre áreas rural y urbana es desigual: 1 en 1.1 psiquiatras y 1 en 1.4 enfermeras trabajan en o cerca de Asunción. Debe tenerse en cuenta que los psiquiatras, los psicólogos y los trabajadores sociales trabajan sólo 12 a 15 horas por semana en servicios administrados por el gobierno. El número de profesionales y la razón de profesionales por cama puede sobreestimar la efectiva dotación de personal especializado de estos servicios.

GRÁFICO 4.1 - RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL
(tasa por 100 000 habitantes)



GRAPH 4.2 - DOTACIÓN DE PERSONAL DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL
(Porcentajes en el gráfico, números en la tabla)

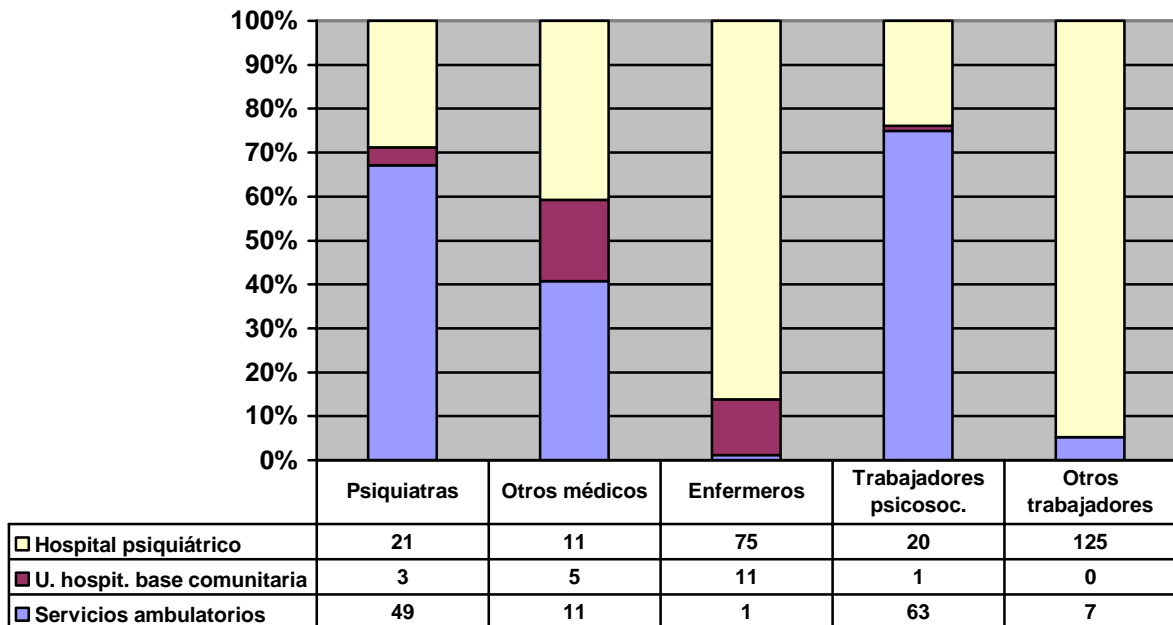
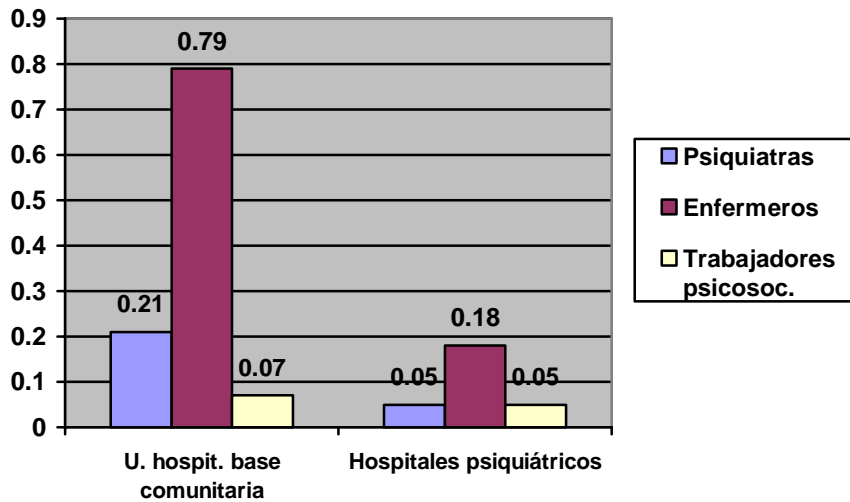


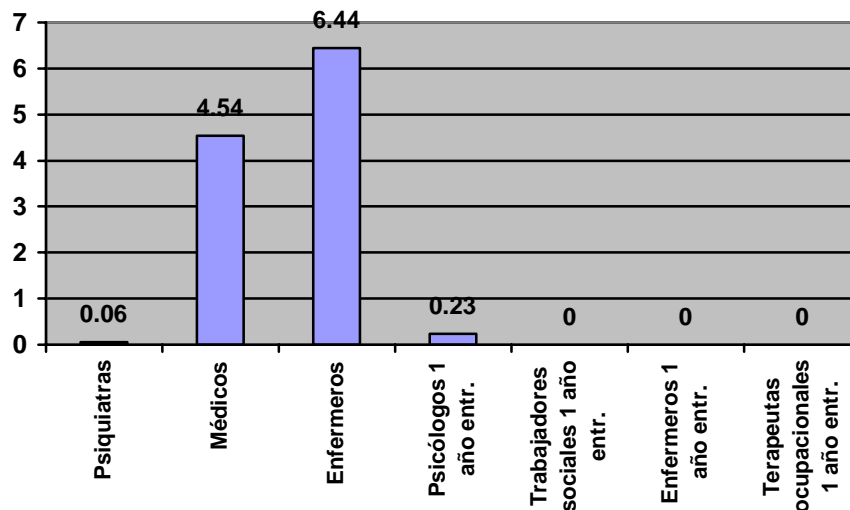
GRÁFICO 4.3 - RAZÓN RECURSOS HUMANOS/CAMAS



Formación profesional en salud mental

La tasa de profesionales graduados el pasado año en instituciones académicas y educativas por 100 000 habitantes es como sigue: 0.06 psiquiatras; 4.54 médicos; 6.44 enfermeros; 0.00 enfermeros con al menos un año de formación en atención en salud mental; 0.23 psicólogos con al menos un año de entrenamiento en atención en salud mental; 0.00 trabajadores sociales con al menos un año de entrenamiento en atención en salud mental y 0.00 terapeutas ocupacionales con al menos un año de entrenamiento en atención en salud mental. Pocos psiquiatras (<20%) emigran a otros países en los 5 primeros años de completar su formación. Ningún profesional tuvo al menos dos días de formación de actualización en el uso racional de fármacos, intervenciones psicosociales o temas de psiquiatría de infancia y adolescencia.

GRÁFICO 4.4 - PROFESIONALES GRADUADOS EN SALUD MENTAL (tasa por 100 000 habitantes)



Asociaciones de usuarios y familias

No existen en el país asociaciones de usuarios. Las asociaciones de familias cuentan con un total de 140 miembros. La mayor parte de las asociaciones de familias incluyen familiares y amigos de usuarios. El gobierno no provee apoyo económico a asociaciones de familias o usuarios. Las asociaciones de familias han participado en la formulación e implementación de políticas, planes y legislación de salud mental en los últimos 2 años. Pocos servicios de salud mental interactúan con estas asociaciones. Además de las asociaciones de familias, existen otras 5 ONGs en el país que participan en actividades de asistencia individual tales como consejo, alojamiento y grupos de apoyo.

Sección 5: Educación del público y vínculos con otros sectores

Educación del público y campañas de concienciación sobre salud mental

Existen entes que supervisan campañas de educación y concienciación sobre salud mental y trastornos mentales. Agencias del gobierno, ONGs, asociaciones profesionales, fideicomisos y fundaciones privadas y agencias internacionales han promovido este tipo de campañas en los últimos 5 años. Estas campañas han estado dirigidas a la población general, a niños y adolescentes, a mujeres y a sobrevivientes de traumas. Además, se han hecho campañas de educación y concienciación dirigidas a grupos profesionales, incluidos proveedores de atención en salud y docentes.

Disposiciones legales y financieras para personas con trastornos mentales

Actualmente no existe apoyo legal o financiero para empleo, ni disposiciones que protejan de la discriminación laboral. Tampoco existen disposiciones para la provisión de alojamiento o que protejan de la discriminación en el alojamiento para personas con trastornos mentales.

Vínculos con otros sectores

Existen vínculos oficiales de colaboración con departamentos o agencias responsables de: la atención primaria de la salud y la salud comunitaria, el VIH/SIDA, la salud de niños y adolescentes, el abuso de sustancias, la protección de menores, la educación y el sistema judicial. No existe información disponible sobre la proporción de escuelas primarias y secundarias que cuentan con los servicios, a tiempo parcial o total, de un profesional de la salud mental. Pocas (1-20%) instituciones educativas primarias o secundarias tienen actividades, con base en la institución, para promover la salud mental y prevenir trastornos mentales. La proporción de internos de prisiones con psicosis y retardo mental se estima menor al 2% para cada diagnóstico. En lo que se refiere a actividades de salud mental en el sistema judicial, menos del 20% de las prisiones tienen al menos un interno al mes en contacto terapéutico con un profesional de la salud mental. En cuanto a capacitación, pocas policías (1-20%) y ningún juez o abogado ha participado de actividades educativas en salud mental en los últimos 5 años. Respecto al apoyo financiero a los usuarios, ningún servicio de salud mental tiene acceso a programas, fuera del servicio, para proveer empleo a usuarios con trastornos mentales severos. Finalmente, no hay prestaciones de asistencia social para discapacidad.

Sección 6: Evaluación e investigación

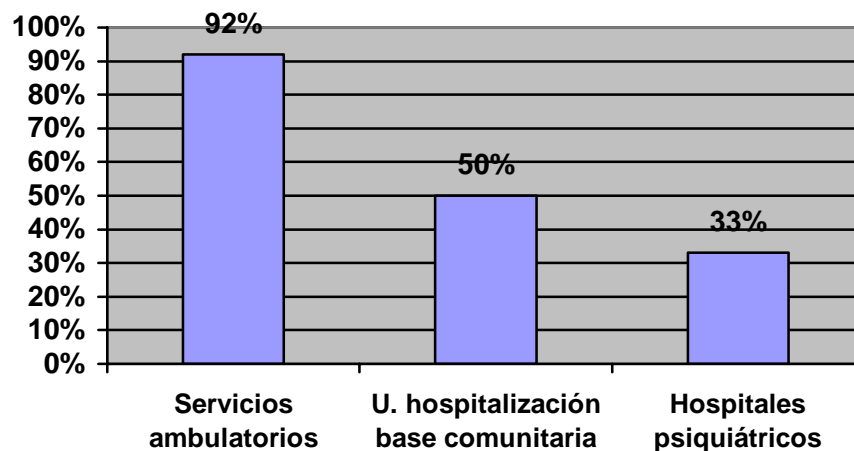
Existe una lista oficialmente definida de ítems de datos individuales que debe ser recopilada por todos los servicios de salud mental. La lista incluye número de camas, número de admisiones, número de días de internación y diagnóstico. Como puede observarse en la tabla 6.1, la extensión de la recolección de datos es variable en los distintos servicios. El departamento de salud del gobierno recibe datos del 33% de los hospitales psiquiátricos, 50% de las unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria y el 92% de los servicios ambulatorios. A pesar de ello, no se publica un informe con los datos remitidos al departamento de salud.

La investigación se concentra en estudios clínicos no epidemiológicos, cuestionarios de evaluación de trastornos mentales e investigación sobre servicios. Consiste fundamentalmente en monografías, tesis y publicaciones no registradas (no indexadas). No se han publicado investigaciones en salud mental en publicaciones registradas (indexadas).

Tabla 6.1 Porcentaje de servicios de salud mental que recogen y compilan datos por tipo de información

	Hospitales psiquiátricos	U. hospitalización base comunitaria	Servicios ambulatorios
Nº camas	33%	100%	-----
Nº de admisiones/usuarios tratados en servicios ambulatorios	67%	100%	92%
Nº días de internación/contactos por usuario en servicios ambulatorios	33%	0%	100%
Nº de admisiones involuntarias	0%	0%	-----
Nº de usuarios sometidos a contención física o aislamiento	0%	0%	-----
Diagnósticos	33%	0%	92%

GRÁFICO 6.1 - PORCENTAJES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL QUE TRANSMITEN DATOS AL DEPARTAMENTO DE SALUD



Se revisan los resultados del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO-AIMS) aplicado a Paraguay para el año 2004. El sistema de salud mental tiene servicios de todos los tipos, sin embargo algunos necesitan mayor fortalecimiento y desarrollo. Hay un desequilibrio que favorece al cuidado en régimen de internación en hospitales psiquiátricos. La gran mayoría de los recursos financieros y una parte importante de los recursos humanos está dedicada a los hospitales psiquiátricos. Actualmente los hospitales psiquiátricos están trabajando más allá de su capacidad (en término de número de camas), aunque el número de camas ha aumentado en los últimos años. Pocos servicios están dedicados a niños y adolescentes. Tanto la formación del personal de atención primaria de la salud, como la interacción de estos servicios con los de salud mental es débil. Aunque hay disponibilidad de medicación psicotrópica, solo una minoría de la población tiene acceso gratuito a ella. El acceso a los servicios de salud mental es desigual a lo largo del país; los que viven en o cerca de Asunción son más favorecidos. Hay asociaciones de familias, pero no de usuarios. Existen vínculos formales con otros sectores, pero algunos vínculos de importancia clave son débiles o no se han desarrollado: bienestar, alojamiento, judicial, provisión de empleo, educación. Existen política y planes de salud mental, pero los recursos financieros no se consideran en ellos. Actualmente no hay ley de salud mental. Se ha trabajado en la formación en derechos humanos y en la inspección de servicios, pero no hay un órgano de revisión y las acciones deben extenderse a los demás servicios. El sistema de información en salud mental no cubre toda la información relevante de todos los servicios.