**Fomento a la construcción de capacidades en relación a las políticas públicas apoyadas por Contratos de Reforma Sectorial (CRS) en Bolivia**

# Fortalecimiento de la capacidad institucional en los sectores de desarrollo integral con coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad alimentaria para una eficiente gestión del apoyo presupuestario sectorial en Bolivia

## *Informe Final de Misión de Corta Duración ATI*

"Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su sistema de información"

Contrato n° DCI/LA/2017/392-699

N° de identificación: EuropeAid/138320/IH/SER/BO

Proyecto Financiado por la Unión Europea

Implementada por el consorcio:
AGRER — AECOM — TRANSTEC

*La Paz / Bruselas, mayo de 2020*

**Disclaimer:**

Este informe ha sido elaborado por el consorcio AGRER/AECOM/TRANSTEC con financiamiento de la Unión Europea. Las opiniones aquí expresadas son del consultor y no expresan necesariamente las de la Comisión Europea.

# Fortalecimiento de la capacidad institucional en los sectores de desarrollo integral con coca, tráfico ilícito de drogas y seguridad alimentaria para una eficiente gestión del apoyo presupuestario sectorial en Bolivia (DITISA)

**Contrato Nº DCI/LA/2017/392-699**

Misión PRE-002 "Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su sistema de información"

PRODUCTO ETAPA I: SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

Autor:

Juan Antonio del Pozo Irribarría

La Paz /Bruselas, mayo 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC

# Términos de Referencia Nº PRE-002 de Misión de Corta Duración (Consultoría)

| |
|---|
| **Entidades Ejecutoras Solicitantes:** Unidad de Salud Mental y Adicciones -Ministerio de Salud |
| **Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su sistema de información** |
| **ETAPA I: DISEÑO DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICICONES U SALUD MENTAL (SCATASM)** |

# PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA
# DEL
# SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL 2020-2024
# (SCATASM)
# BOLIVIA, DICIEMBRE DE 2019

INTRODUCCION. ..... 11
2. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS INTERNACIONALES. ..... 15
NORMATIVAS INTERNACIONALES GLOBALES SOBRE DERECHOS Y DESARROLLO ..... 15
Agenda 2030 sobre Objetivos para el Desarrollo Sostenible, de Naciones Unidas. ..... 15
Código Niña, Niño y Adolescente (UNICEF), LEY Nº 548 DE 17 DE JULIO DE 2014, Bolivia. 18
Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. UN. 2008 ..... 20
NORMAS INTERNACIONALES SOBRE DROGAS ..... 23
Convención Única sobre Estupefacientes ((1961). Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Convención de las naciones unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988 ..... 23
Convención Marco de la OMS para el control de Tabaco (Refrendada por la Ley 3029, y su reglamento de acuerdo con el decreto supremo Nº 29376 de 12 de diciembre de 2007). ..... 25
UNODC (oficina para las naciones unidas contra la droga y el delito) - programa país para Bolivia 2016-2020. ..... 25
ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS SESIÓN ESPECIAL (UNGASS) 2016..... 29
ESTRATEGIA HEMISFÉRICA SOBRE DROGAS 2016-2020..... 34
PLANES Y PROGRAMAS INTERNACIONALES SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES ..... 38
PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2015-2020. OMS/OPS ..... 38
PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL (mhGAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), OMS, 2008; GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL MHGAP (mhGAP-IG), OMS, 2010 . 39
ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL. OMS 2010 ..... 41
PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA SALUD PÚBLICA. OPS/OMS. 2011-2021 ..... 42
PLAN DE ACCIÓN PARA REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL. OPS/OMS. 2011.. 45
3. TRATADOS Y ACUERDOS SOBRE MENORES, SALUD MENTAL (CONDUCTA ANTISOCIAL), USO DE DROGAS Y ENFOQUES DE SALUD PUBLICA ..... 48
3.1.- OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE JUSTICIA JUVENIL (OIJJ). ..... 48
3.2. REGLAS MÍNIMAS DE NACIONES UNIDAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DE MENORES (REGLAS DE BEIJING). ..... 50
3.3. REGLAS MÍNIMAS DE NACIONES UNIDAS SOBRE MEDIDAS NO PRIVATIVAS DE LIBERTAD (REGLAS DE TOKIO). ..... 52

3.4.- DIRECTRICES DE NACIONES UNIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE DELINCUENCIA JUVENIL (DIRECTRICES DE RIAD)..... 52
4. CONSIDERACIONES NORMATIVAS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SCATASM) ..... 53
4.1. NORMATIVA ESTATAL SOBRE SALUD MENTAL ..... 54
DECRETO SUPREMO N.º 18886, de 1982, ..... 55
LEY N° 1678, DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1995 ..... 58
4.2. NORMATIVA ESTATAL SOBRE DROGAS ..... 58
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**¡Error! Marcador no definido.**
PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020... **¡Error! Marcador no definido.**
PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020**¡Error! Marcador no definido.**
ESTRATEGIA DE LUCHAS CONTRA EL NARCOTRÁFICO Y CONTROL DE CULTIVOS EXCEDENTARIOS DE COCA 2016-2020 ..... **¡Error! Marcador no definido.**
LEY 913, 16 DE MARZO DE 2017.- LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS. DECRETO SUPREMO N° 3434 ÁLVARO MARCELO GARCÍA LINERA PRESIDENTE EN EJERCICIO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA ..... **¡Error! Marcador no definido.**
PLAN NACIONAL DE REDUCCION DE LA DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA 2013-2017 (NO VIGENTE) ..... 70
LEY N.ª 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. DECRETO SUPREMO N° 1347, DE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2012, REGLAMENTO A LA LEY N° 259 DE EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ..... 76
4.3. NORMAS REFERIDAS AL MODELO Y LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES ..... 77
DECRETO SUPREMO N.º 29601, NUEVO MODELO SANITARIO DE BOLIVIA ..... 77
LEY No 031, DE 19 DE JULIO DE 2010, MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ” ..... 79
DECRETOS DEPARTAMENTALES DE CREACIÓN Y FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD (SEDES) ..... 82
LEY 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY 1096 DE 28 DE MAYO DE 2018, HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO..... 82
DECRETO SUPREMO No 3813 que regula parcialmente la Ley 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE

SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY 1096 DE 28 DE MAYO DE 2018, HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO. ..... 82

LEY Nº 475, DE PRESTACIONES SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, 30 DE DICIEMBRE DE 2013 ..... 82

DECRETO SUPREMO N°1984, de 30 abril 2014: REGLAMENTO A LA LEY Nº 475, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. ..... 84

RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº- 0039 DE 30 DE ENERO DE 2013 PARA LA "APROBACIÓN E IMPRESIÓN DE LA NORMATIVA DE LA UNIDAD REDES DE SALUD Y CALIDAD" ..... 85

5.- CONTEXTO GENERAL DEL IMPACTO DE LOS TRASTRONOS MENTALES Y DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOLIVIA ..... 85

1.- LA AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018-2030: UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS DE LA OPS-OMS, (160A SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO WASHINGTON, D.C., EUA, DEL 26 AL 30 DE JUNIO DEL 2017), ..... 85

2.- LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES Y DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN BOLIVIA. ..... 87

3.- POBLACIÓN ATENDIDA Y SALUD MENTAL Y CONSUMO DE DROGAS. ..... 89

4.- ESTADÍSTICAS SOBRE EPIDEMIOLOGIA Y CARGA DE ENFERMEDAD DE SALUD MENTAL Y DE CONSUMO DE DROGAS EN BOLIVIA. ..... 90

5.- IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES. COMPORTAMIENTO DELICTIVO Y CONSUMO DE DROGAS. ..... 94

6.- RATIOS DE ITEMS PARA SALUD MENTAL Y ADICCIONES ..... 96

6- CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES A CONSIDERAR PARA IMPLANTAR EL SCATASM, SEGÚN LOS DATOS DE SITUACIÓN. ..... 97

7.- PROGRAMAS E INICIATIVAS DE ESPECIAL INTERÉS PARA EL SCATASM: BASES TEORICAS Y RECOMENDACIONES ..... 99

SUB PRODUCTO 1: ESTRUCTURA Y NIVELES DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES. ..... 99

SUBPRODUCTO 2: PROPUESTA DE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL DENTRO DE SISTEMA ÚNICO DE SALUD (S.U.S). ..... 120

SUB PRODUCTO 3: HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM). ..... 139

SUBPRODUCTO 4.- PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DE ATENCIÓN RELACIONADOS. ..... 192

SUBPRODUCTO 5: ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES DESDE LA SALUD PÚBLICA. ..... 201

SUBPRODUCTO 6: ORGANIZACIÓN DEL ENFOQUE COMUNITARIO EN LOS SERVICIOS E INTERVENCIONES DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL. ....207
SUBPRODUCTO 7.- SISTEMA ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD, EFICACIA Y EFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. ..... 223
SUBPRODUCTO 8: ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DESDE SALUD PÚBLICA. ..... 234
SUBPRODUCTO 9: PROGRAMAS ESPECIALES DE ASISTENCIA Y TRATAMIENTO PARA POBLACIONES Y CONTEXTOS ESPECÍFICOS, INCLUYENDO, AL MENOS, LOS SIGUIENTES: MENORES Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL, PRIVADOS DE LIBERTAD Y EN PROCESO DE REINSERCIÓN, VIOLENCIA DE GÉNERO Y PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, TRATAMIENTO EN EL ÁMBITO LABORAL EN SECTORES PRIORITARIOS (TRANSPORTE, CONSTRUCCIÓN), INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR EN CASO DE PRESENCIA DE DROGAS. ....242
PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y USO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y EN CONFLICTO CON LA LEY. ..... 242
INTERVENCION EN SALUD MENTAL Y USO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES INFRACTORES ..... 246
PROGRAMA DE PRIVADOS DE LIBERTAD Y EN PROCESO DE REINSERCION. ..... 252
PROGRAMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS. ..... 263
PROGRAMA DE INTERVENCION EN EL MEDIO LABORAL SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS. ..... 279
PROGRAMA DE INTERVENCION DEL EL MEDIO ESCOLAR DE PROMOCION Y PREVENCION, Y ASISTENCIA SOBRE ALCOHOL, Y OTRAS DROGAS. ..... 288
PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA POBLACIONES INDÍGENAS. ..... 294
SUBPRODUCTO 10. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM) ..... 306
SUBPRODUCTO 11: ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL EN EL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM). ..... 320
SUBPRODUCTO 12.- DETECCIÓN DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES, E INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD. ... 327
SUBPRODUCTO 13.- MARCO DE FORMACIÓN CONTINUA DE PROFESIONALES Y MEDIADORES COMUNITARIOS. ..... 339
SUBPRODUCTO 14.- FOMENTO E INCENTIVOS PARA ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES. ..... 346
PROGRAMACIÓN POR LINEAS ESRATÉGICAS, OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)353
OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES353

LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM) ..... 354
LINEA ESTRATEGICA 0: ..... 355
POLÍTICA DE PERSONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM), QUE PROMUEVA LA ESTABILIDAD EN EL EMPLEO, Y UNOS RATIOS DE PROFESIONALES POR POBLACION ATENDIDA DE CALIDAD... 355
LINEA ESTRATEGICA 1: ..... 359
GOBERNANZA PARA EL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL DESDE EL MINISTERIO DE SALUD: SALUD PUBLICA Y SUS. ..... 359
LINEA ESTRATÉGICA 2: ..... 362
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PUBLICA Y EL SISTEMA UNIFICADO DE SALUD. CONSIDERACION DE PERSPECTIVA DE GÉNERO.....362
LINEA ESTRATÉGICA 3: ..... 366
DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM) ..... 366
LINEA ESTRATÉGICA 4: ..... **¡Error! Marcador no definido.**
CALIDAD DE LA ATENCION, FORMACION E INVESTIGACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. ..... **¡Error! Marcador no definido.**
LINEA ESTRATÉGICA 5: ..... 382
ACCIONES ESPECIFICAS PARA POBLACIÓN INDÍGENA. ..... 382
LINEA ESTRATÉGICA 6: ..... 386
ACCIONES SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y JOVENES CON CONDUCTAS ANTISOCIALES CON ENFOQUE COMUNITARIO. ..... 386
LINEA ESTRATEGICA 7: ..... 394
PROGRAMAS DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS POR USO DE ALCOHOL Y DROGAS .... 394
LINEA ESTRATÉGICA 8: ..... 398
REINSERCION DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIONES SEGÚN EL MODELO COMUNITARIO.398
LINEA ESTRATÉGICA 9: ..... 403
PERSPECTIVA DE GENERO EN ES SISTEMA COMUNITARIO DE ATECNION Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SCATASM) ..... 403
BANCO DE HERRAMIENTAS SOBRE EVIDENCIA CIENTIFICA EN PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL..... 409
CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DE LA PLANIFIACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL SCATASM..... 410

## INTRODUCCION.

### LOS PILARES FUNDAMENTALES DE UN MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PARA BOLIVIA

El eje de esta propuesta de sistema de prevención y atención a la salud mental y adicciones es la defensa de un modelo público comunitario de Salud Mental. Un referente respaldado por la OMS, en el PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2015-2020, por la ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL. OMS 2010, el PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA SALUD PÚBLICA. OPS/OMS. 2011-2021, y el PLAN DE ACCIÓN PARA REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL. OPS/OMS. 2011. En el ámbito estatal de Bolivia, en único referente es el DECRETO SUPREMO N.º 18886, de 1982, por el que se aprueban los Reglamentos, concernientes al Código de Salud vigente por Decreto Ley No 15629 de 18 de julio de 1978 para su ejecución en todo el territorio de la República. Entre ellos, está uno referido a salud mental, otro sobre enfermedades no transmisibles, otro sobre investigación en salud pública y otro sobre uso del tabaco ya derogado.

En estos años atrás, con una dotación pequeña de recursos y al compromiso voluntarista de muchas asociaciones y profesionales, se ha implantado de forma irregular un patrón asistencial de Salud Mental y adicciones que ha sido el embrión de un modelo comunitario. Pero este sistema posibilista adolece de deficiencias conceptuales, de funcionamiento y de clara fragilidad organizativa. En la actualidad se encuentra seriamente paralizado desde hace años, de modo que Bolivia está a la cola de la Región en gasto público en tratamiento de salud mental y adicciones (INFORME IESM-OMS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN BOLIVIA.2008)

La práctica de la salud mental comunitaria que se propone aquí desborda el campo específico de la psicopatología. Esto quiere decir que, si en este contexto trazamos un plan terapéutico para un usuario, deberemos tener en cuenta más dimensiones que el diagnóstico psicopatológico; sobre todo los aspectos relacionales en su medio social y cultural. Por otra parte, la organización de los planes y programas de los servicios comunitarios se fundamenta en las necesidades de los usuarios valoradas no solo mediante medidas objetivas, sino también a través de las experiencias subjetivas de los afectados. Pero en la práctica, si a día de hoy alguien intenta investigar la adecuación de los recursos a las presuntas necesidades de los usuarios en la red de dispositivos de la Salud Mental en Bolivia, se encontrará con un obstáculo insalvable: la inexistencia de datos epidemiológicos fiables, así como del funcionamiento de los servicios. Este hecho, pone en primera línea de trabajo la necesidad de una recogida de datos de forma unitaria y homogénea en toda Bolivia y el acceso libre a dicha información.

En este contexto se hace esta propuesta de Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las adicciones y la salud mental (SCATASM), con la certeza de que es el

camino más adecuado para que la población de Bolivia tenga unos servicios públicos de calidad y eficientes.

Las principales características del modelo comunitario de atención a la Salud Mental y adicciones que se propone son:

• El modelo comunitario de atención a la Salud Mental y adicciones, de financiación y gestión pública directa, debe ser una estructura territorial flexible, capaz de adaptarse a los cambios sociales, responsable de la atención a la totalidad de una población determinada y, por tanto, facilitadora del acceso de los usuarios a los servicios, de la inclusión social de personas con trastornos mentales graves y de la acogida de sectores sociales de riesgo (niños y adolescentes vulnerables, inmigrantes, indígenas, personas en situación de precariedad económica,….). La organización de la atención debe ir acorde al modelo y por ello, la división en Áreas de Salud y Distritos de Salud Mental equilibrados responde bien a las exigencias de la Salud Mental comunitaria.

• El modelo comunitario de atención a la Salud Mental se basa en las necesidades de los usuarios y en la realidad biopsicosocial de las personas, por lo tanto, en la no separación de los diferentes momentos de la prevención, en la continuidad de cuidados, y en la participación de los usuarios y sus familias en la toma de decisiones. Si la atención comunitaria está determinada por las necesidades de los usuarios, inmediatamente queda superado el marco estricto de la enfermedad. Entonces se hace necesario priorizar la discapacidad sobre los síntomas y poner el énfasis en el desarrollo de capacidades que mejoren la autonomía y la calidad de vida de los afectados, especialmente en personas con trastornos mentales de larga evolución, y en personas con adicciones. Actuando mediante programas de continuidad de cuidados para personas con trastornos mentales graves incluidas las adicciones (programas longitudinales en el tiempo y transversales en los dispositivos de Salud Mental, sanitarios, sociales, judiciales…), los equipos tienen que minimizar la dependencia de los servicios promoviendo actitudes activas y comprometidas por parte de los usuarios y sus familias. Es necesario facilitar la intervención de éstos en el proceso terapéutico, evitar el abuso de fármacos, perfilar indicaciones y limitaciones temporales para las diferentes modalidades terapéuticas y buscar redes complementarias de apoyo social.
Desde luego, el modelo de Salud Mental debe cuidar la calidad de todas sus prestaciones, desde las intervenciones inespecíficas de todos los trabajadores y profesionales en todos los momentos del paso de los usuarios por los servicios de Salud Mental, hasta las intervenciones psicoterapéuticas realizadas desde distintas orientaciones epistemológicas validas por la comunidad científica. Es imprescindible que

los abordajes psicoterapéuticos, cuando estén indicados, tengan asegurado un espacio y un tiempo suficientes.
La calidad de cualquier prestación del sistema comunitario debe ser equitativa y estar sometida a una evaluación permanente. La realidad biopsicosocial del individuo obliga a intervenir mediante equipos interdisciplinarios. Dichos equipos deben estar jerarquizados, dotados de un liderazgo con competencias técnicas y administrativas. Además, para mejorar la gestión de los servicios sus responsables tienen que ser designados en orden a su capacitación y a perfiles profesionales adaptados a las tareas. Un punto crucial es la participación de los usuarios y sus familias, junto con los profesionales, en la toma de decisiones a todos los niveles: desde las que tienen que ver con la adopción de medidas terapéuticas que les afectan, hasta las relacionadas con la planificación y la gestión de los servicios por medio de organizaciones autónomas de usuarios en el nivel correspondiente.

• El modelo comunitario de atención a la Salud Mental se organiza en torno al Centro de Salud y el Centro de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC) de un segundo escalón específico de atención a salud mental y adicciones y necesita articular mecanismos de coordinación entre sus dispositivos internos, así como con Atención Primaria, Servicios Sociales, Instituciones Educativas y Sistema Judicial. En este aspecto es de la máxima importancia evitar las desviaciones hospital-céntricas que aparecen cuando se hace depender administrativamente la atención comunitaria de las gerencias hospitalarias.
En Salud Mental comunitaria, el trabajo por programas debe estar determinado por las necesidades de grupos específicos de usuarios (niños y adolescentes vulnerables, mujeres, indígenas, personas con trastornos mentales graves, adicciones…).

Como es bien sabido, cualquier ámbito territorial de Salud Mental debe contar con una red de dispositivos con funciones diversas y complementarias que aborden las tareas de promoción de la Salud Mental y de prevención primaria, secundaria y terciaria de los trastornos mentales. Y abordaje de prevención universal, selectiva e indicada en adicciones:

• Centro de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC) con programa diferenciado para la atención a niños y adolescentes. Dichos centros, además de promover la salud mental de la población a cargo, intervienen con psicoterapias regladas y deben contar con programas de atención domiciliaria e intervención en crisis (prevención de suicidios, maltrato familiar…).
• Unidades de hospitalización breve en hospitales generales (para adultos, y para niños y adolescentes).

• Hospitales de día para niños y adolescentes y adultos.
• Centros de atención a adicciones
• Centros de día.
• Unidades hospitalarias de media/larga estancia.
• Centros de rehabilitación psicosocial.
• Residencias asistidas.
• Minirresidencias para aliviar cargas excesivas a las familias de personas con trastornos mentales graves.
• Pisos tutelados (también para adolescentes).
• Talleres ocupacionales y centros de rehabilitación laboral.

Respecto a la coordinación con Atención Primaria (Primer Nivel de atención en salud), hay que prever las dificultades derivadas de la presión asistencial ejercida sobre ambos niveles. Aquí conviene tener en cuenta que, en las demandas de atención primaria, aparecen problemas sociales que podrían ser confundidos con trastornos psicopatológicos, ante los cuales se precisa una estrategia de detección, esclarecimiento y devolución a la comunidad para evitar tratamientos psicoterapéuticos innecesarios y la medicalización de problemas de la vida cotidiana. Es fundamental que los profesionales de Atención Primaria dediquen algún tiempo a la escucha de los usuarios contando con el apoyo de los equipos de los CAIFC. Para la detección precoz de trastornos mentales y la derivación de usuarios a Salud Mental, puede ser aconsejable establecer protocolos de referencia y contrarreferencia que contribuyan a delimitar funciones.

• La formación de especialistas, la formación continuada de los profesionales y la investigación dentro del modelo comunitario de atención a la Salud Mental y adicciones es esencial en este modelo. En la formación planificada y estratégica de especialistas (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería de Salud Mental…) es indispensable continuar con el modelo de Internos y Residentes. Es prioritario fomentar una formación que tenga su base en las necesidades de los usuarios y no en intereses particulares o gremiales de profesionales o de grupos corporativos (industria farmacéutica, sectores académicos…). Es importante también la creación de espacios para tutorías y para supervisión psicoterapéutica. Se hace énfasis en una rigurosa formación continuada de los miembros de los equipos. Asimismo, siempre resulta beneficioso el impulso de proyectos y programas de investigación que repercutan en la calidad de las prestaciones. A estos efectos es clara la conveniencia de trabajar con universidades y las agencias de financiación pública de investigación, para garantizar que la aportación de recursos económicos responde a las necesidades de los usuarios y no a criterios particulares.

• El modelo comunitario de atención a la Salud Mental y adicciones, tiene que estar integrado, como nivel especializado y diferenciado, en el ministerio de Salud en dos vertientes: la salud pública para la promoción y la prevención, y desde el SUS para la atención y tratamientos.

Es indiscutible que, sin un compromiso firme de la administración pública, concretado en una financiación, dotación y gestión de recursos, cualquier planificación de Salud Mental está abocada a una limitación de metas y objetivos. Para garantizar el buen funcionamiento del modelo comunitario, es imprescindible la configuración de una unidad administrativa de Salud Mental dentro del Ministerio de Salud con rango de Dirección General, con presupuesto propio y con funcionalidad transversal en dicha Consejería.

Para la implementación de este modelo es necesario aprobar una legislación nueva en materia de reforma en salud mental y un Plan de Salud Mental que contenga, además de las especificaciones técnicas, un calendario, un presupuesto y una metodología de evaluación. Si no se toman las medidas propuestas en el este documento, se realizarán actividades asistenciales de baja calidad en el sistema público, y beneficiará a la atención a través de seguros y el sector privado, por lo que estaremos primando un sistema no equitativo e inaccesible para muchos sectores de población vulnerables.

## 2. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS INTERNACIONALES.

El **Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental**[1] no es una herramienta de planificación aislada, sino que está en íntima relación y se inspira en otros documentos hemisféricos.

Yendo de lo más amplio a lo menos, este plan se alinea con los siguientes documentos:

### NORMATIVAS INTERNACIONALES GLOBALES SOBRE DERECHOS Y DESARROLLO

### Agenda 2030 sobre Objetivos para el Desarrollo Sostenible, de Naciones Unidas.

[1] A partir de ahora SCATASM

**En lo referido a las adicciones se pueden señalar los siguientes entronques del SCATASM con los ODS:**

En lo que afecta al ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, en ODS3, Meta 5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. ODS 3, Meta 8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

ODS 3, Meta 3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.

ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, en lo afecta a que las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. Además, a menudo, también soportan una pesada carga de violencia y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares, lo que dificulta el logro de la

meta de desarrollo sostenible de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer. (UNODC, 2016).

ODS 10: Reducir la desigualdad en y entre los países, en lo que afecta a la equidad en la atención las adicciones respecto a otras patología, tal y como está recogido en el documento de UNODC 2016 (Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito), que señala…." la actitud estigmatizadora hacia los consumidores de drogas, en que podría incurrir incluso el personal de los servicios de atención de la salud, puede obstaculizar la administración de tratamiento eficaz a quienes más lo necesitan."

ODS 16, Meta 4 De aquí a 2030, reducir significativamente las corrientes financieras y de armas ilícitas, fortalecer la recuperación y devolución de los activos robados y luchar contra todas las formas de delincuencia organizada.

ODS 16, Meta 16.a Fortalecer las instituciones nacionales pertinentes, incluso mediante la cooperación internacional, para crear a todos los niveles, particularmente en los países en desarrollo, la capacidad de prevenir la violencia y combatir el terrorismo y la delincuencia.

ODS 17, Meta 9 Aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de respaldar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular.

ODS 16, Meta 3 Promover el estado de derecho en los planos nacional e internacional y garantizar la igualdad de acceso a la justicia para todos.

ODS 16, Meta 5 Reducir considerablemente la corrupción y el soborno en todas sus formas.

ODS 16, Meta 6 Crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

ODS 16, Meta 7 Garantizar la adopción de decisiones inclusivas, participativas y representativas que respondan a las necesidades a todos los niveles.

ODS 16, Meta 10 Garantizar el acceso público a la información y proteger las libertades fundamentales, de conformidad con las leyes nacionales y los acuerdos internacionales.

**En lo referido a la salud mental se pueden señalar los siguientes entronques del SCATASM con los ODS:**

**Referencias a la salud mental en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)**

La salud mental está incluida en los Principios de los ODS (formalmente llamada "Declaración")

• Para promover la salud física y mental y el bienestar, y para extender la esperanza de vida para todos, debemos lograr una cobertura de salud universal y acceso a una atención médica de calidad (Párrafo 7)

• Estamos comprometidos con la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos del comportamiento, del desarrollo y neurológicos, que constituyen un desafío importante para el desarrollo sostenible (párrafo 26)
La salud mental se incluye dentro del Objetivo 3 en tres objetivos.
• Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (Meta 3.4)
• Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol (Meta 3.5)
• Lograr una cobertura de salud universal, que incluya protección contra riesgos financieros, acceso a servicios esenciales de atención médica de calidad y acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, efectivos, de calidad y asequibles para todos (Meta 3.8)

## Código Niña, Niño y Adolescente (UNICEF), LEY N$^{O}$ 548 DE 17 DE JULIO DE 2014, Bolivia.

En especial lo referido al CAPÍTULO IV DERECHO A LA EDUCACIÓN, INFORMACIÓN, CULTURA Y RECREACIÓN; en su ARTÍCULO 116. (GARANTÍAS). apartado I. El Sistema Educativo Plurinacional garantiza a la niña, niño o adolescente; en cuanto a garantizarse una "educación sin violencia en contra de cualquier integrante de la comunidad educativa, preservando su integridad física, psicológica, sexual y/o moral, promoviendo una convivencia pacífica, con igualdad y equidad de género y generacional".

Es especialmente relevante para el tema que nos ocupa de la salud mental y las drogas en el medio escolar el ARTÍCULO 117. (DISCIPLINA ESCOLAR). que señala que las normas de conducta y la convivencia pacífica y armónica, deben estar administradas respetando los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes, considerando sus deberes, los cuales deben sujetarse a las siguientes previsiones:
a) Todas las niñas, niños y adolescentes deben tener acceso e información oportuna al contenido de los reglamentos internos de convivencia pacífica y armónica correspondientes;
b) Deberán establecerse en el reglamento de convivencia pacífica y armónica de las Unidades Educativas los hechos que son susceptibles de amonestación, sanción y las sanciones, así como el procedimiento para aplicarlas;
c) Antes de la imposición de cualquier amonestación y/o sanción, debe garantizarse a todas las niñas, niños y adolescentes, el ejercicio de los derechos a opinar y a la defensa,

garantizando así también su derecho a la impugnación ante la autoridad superior e imparcial; y
d) Se prohíben las sanciones corporales.

También lo referido en el CAPÍTULO VIII DERECHO A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA ARTÍCULO 152. (MEDIDAS PREVENTIVAS Y DE PROTECCIÓN EN EL SISTEMA EDUCATIVO).
I. A fin de prevenir, detener y eliminar la violencia, agresión y/o acoso en las unidades educativas y/o centros, se establecen las siguientes acciones colectivas que la comunidad educativa adoptará:
a) Elaborar y desarrollar medidas de no violencia para resolver las tensiones y conflictos emergentes;
b) Desarrollar una cultura de convivencia pacífica y armónica de no violencia, rechazando explícitamente cualquier comportamiento y actos que provoquen intimidación y victimización;
c) Romper la cultura del silencio y del miedo denunciando conductas y actos de cualquier tipo de violencia;
d) Elaborar un Plan de Convivencia pacífica y armónica, acorde a la realidad de cada unidad educativa y/o centro;
e) Difundir y promover normas contra la violencia agresión y/o acoso en las unidades educativas y/o centros; y
f) Denunciar los casos que se consideren graves y las denuncias falsas.

En lo referido en el ARTÍCULO 153. (INFRACCIONES POR VIOLENCIA CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES), que hace referencia expresa a que la Jueza o el Juez Público en materia de Niñez y Adolescencia, a denuncia de la Defensoría

de la Niñez y Adolescencia, conocerá y sancionará las diferentes situaciones de infracciones por violencia. En lo que nos afecta para el objeto de esta propuesta, se contempla como infracción, la Inducción a la niña, niño o adolescente al consumo de substancias dañinas a su salud.

Y por último lo referido al ARTÍCULO 28. (PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD INTEGRAL), que señala que: I. El Estado en todos sus niveles, garantizará los recursos necesarios para el desarrollo e implementación de programas universales y gratuitos de promoción de conductas y espacios saludables a nivel familiar y comunitario, así como de prevención en salud integral dirigidos a las niñas, niños o adolescentes, con énfasis

en enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas y con especial atención al VIH/SIDA.
II. Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, contarán con programas de detección de infecciones y los tratamientos gratuitos correspondientes.

## Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. UN. 2008

Es muy relevante lo referido a los derechos de personas con discapacidad porque en muchos casos hay una discapacidad psíquica en problemas mentales y adicciones. En concreto se dice que:

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan
deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

En lo referido a la salud, en su Artículo 25, se dice:

Los Estados Parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Parte adoptarán las medidas

pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Parte:

a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y
atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;

b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;
c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;

d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;
e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;
f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.

Artículo 26
Habilitación y rehabilitación

1. Los Estados Parte adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Parte organizarán, intensificarán y

ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo,
la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:
a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;
b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los

aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Parte promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Parte promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

En lo referido al trabajo y empleo en su Artículo 27 resaltar los apartados referidos a acciones contempladas en el SCATASM, en los programas de rehabilitación y reinserción sociolaboral:

- Permitir que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
- Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias
- Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
- Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
- Emplear a personas con discapacidad en el sector público;
- Promover el empleo de personas con discapacidad en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
- Velar por que se realicen ajustes razonables para las personas con discapacidad en el lugar de trabajo;
- Promover la adquisición por las personas con discapacidad de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
- Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a personas con discapacidad.

## NORMAS INTERNACIONALES SOBRE DROGAS

### Convención Única sobre Estupefacientes ((1961). Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Convención de las naciones unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, 1988

El actual sistema global de fiscalización de drogas se basa en tres convenciones internacionales:
La Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972), unificó y reemplazó toda la legislación sobre fiscalización de drogas precedente y constituye el fundamento del actual sistema. Estableció un sistema universal para limitar el cultivo, producción, distribución, comercio, posesión y uso de sustancias estupefacientes para propósitos médicos y científicos, con un enfoque específico en las sustancias derivadas de plantas: opio, heroína, coca, cocaína y cannabis.
El Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 amplió el control internacional para incluir más de 100 sustancias sintéticas. El control impuesto sobre estas sustancias es menos estricto que el impuesto por la Convención de 1961.
La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 fue adoptada para responder al enorme aumento en la demanda y oferta de sustancias controladas para usos no médicos, y el rápido crecimiento de un lucrativo mercado negro ilegal. La convención ofrece medidas especiales de aplicación de la ley y refuerza la obligación de los países de imponer sanciones penales a nivel doméstico para frenar la producción y el tráfico de drogas, pero también permite cierta flexibilidad a los estados miembros para lidiar con el uso de drogas.
Estos tratados cuentan con una amplia adhesión; siendo 184 los estados que son parte de la primera convención, 183 de la segunda y 189 de la tercera (en julio de 2014).

En este momento, están aumentando las peticiones de reforma de estas convenciones, las cuales fueron escritas hacer varios años y ya no reflejan las realidades del problema de las drogas; por ejemplo, las convenciones son anteriores a la propagación del VIH entre las personas que se inyectan drogas y a la emergencia reciente de nuevas sustancias psicoactivas, mientras algunas jurisdicciones están incluso moviéndose hacia la regulación legal del cannabis. Sin embargo, varios estados miembros prevalecen claramente reticentes a considerar la

reforma de estos documentos, declarando que se mantienen adecuados a los objetivos del S.XXI.

El 29 de junio de 2011, el gobierno boliviano anunció su retirada formal de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, indicando su intención de volver a adherirse a ella con una reserva que permita el uso tradicional de la hoja de coca. La decisión se vio desencadenada por la necesidad de Bolivia de conciliar las obligaciones que tiene en virtud del sistema internacional de control de drogas con sus compromisos constitucionales y otros deberes jurídicos internacionales.
La nueva Constitución boliviana reconoce los derechos de los pueblos indígenas a utilizar la hoja de coca para usos tradicionales, en su estado natural y como parte de su patrimonio cultural. La prohibición que dispone la Convención Única plantea a Bolivia un conflicto jurídico que se debe resolver. Por ese motivo, en 2009, el gobierno boliviano inició un proceso para acabar con la prohibición proponiendo una modificación formal al artículo 49, con lo que se eliminarían las referencias a la abolición de la masticación de la hoja de coca.
En 2013, Bolivia se readmitió en la Convención, aprobándose una reserva sobre la hoja de coca y sus usos tradicionales, siguiendo el procedimiento establecido en el artículo 50.

*En lo referido al SCATASM en la atención de las adicciones, debemos señalar especialmente, la importancia de uso de masticado de hoja de coca, dentro de las medidas de mitigación del daño por el consumo de pasta base de coca especialmente, que se quieren promover mediante estudios controlados.*
*Por otro lado, en lo referido al ámbito de tratamiento en privados de libertad, debemos incidir aquí en que se debe hacer cumplir las convenciones y la ley acerca de la presencia de drogas dentro de las prisiones. Un interno que posea y haga microtráfico de droga dentro de la prisión, comente el mismo delito que si estuviera en libertad. De hecho, hay protocolos de actuación de la FELCN en centros de educación en caso de tenencia de droga y*

*microtráfico que se aplican, en embargo no así en Centros penitenciarios. La presencia de microtráfico dentro de las prisiones dificulta enormemente el tratamiento exitoso, y por ello se está apostando por una política de constituir programas de internamiento en módulos separados dentro de las prisiones*

## Convención Marco de la OMS para el control de Tabaco (Refrendada por la Ley 3029, y su reglamento de acuerdo con el decreto supremo Nº 29376 de 12 de diciembre de 2007).

Es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y está basado en el derecho de todas las personas al máximo nivel de salud posible. Representa un hito para la promoción de la salud pública y proporciona nuevas perspectivas jurídicas de cooperación internacional en materia de salud.

Supone un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia que reglamente el abordaje de las sustancias adictivas; a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT OMS establece la importancia de la reducción de la demanda, además de cuestiones relacionadas con el suministro.

Se elaboró en respuesta a la globalización de la epidemia de tabaco. La propagación de esta epidemia se ve facilitada por una diversidad de factores complejos con efectos transfronterizos, incluidas la liberalización del comercio y la inversión extranjera directa. Otros factores como la publicidad, la promoción y el patrocinio transnacionales del tabaco y el movimiento internacional del contrabando y falsificación de cigarrillos han contribuido también al incremento en el consumo de tabaco.

Los Estados miembros que han firmado el Convenio, se comprometen a esforzarse de buena fe para ratificarlo, aceptarlo o aprobarlo y adoptan el compromiso político de no socavar los objetivos en él establecidos.

El convenio entró en vigor el 27 de febrero de 2005.

El convenio fue ratificado por Bolivia mediante el DECRETO SUPREMO N° 29376, que tiene por objeto reglamentar la Ley N° 3029 del 22 de abril de 2005 "CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL TABACO", para controlar y reducir el consumo de todos los productos de tabaco y la exposición al humo de tabaco, en cualquiera de sus formas, a fin de prevenir de conformidad con los principios de la salud pública, la incidencia de las enfermedades, la discapacidad prematura y la mortalidad, atribuidas al consumo del tabaco y a la exposición al humo del tabaco.

## UNODC (oficina para las naciones unidas contra la droga y el delito) - programa país para Bolivia 2016-2020.

En los últimos años, los factores de riesgo macrosocial, microsocial e individual que derivan en el consumo de drogas ilícitas han aumentado. Entre estos factores se encuentran el fácil acceso a las drogas, la percepción de la población juvenil de que el

consumo de drogas representa una actividad de bajo riesgo y la reducción progresiva de la edad promedio en la que los adolescentes prueban drogas por primera vez. Esto ha generado una situación de vulnerabilidad en poblaciones juveniles que se contempla en el SCATASM.

La vulnerabilidad se vincula con el problema de adicciones y la delincuencia. La entrada al sistema penal es sin aplicación de medidas de rehabilitación y alternativas de carácter educativo, lo que incide en el hacinamiento en prisiones.

La reforma del sistema de justicia constituye un punto importante y prioritario en la agenda del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia. Poco después de su reelección en diciembre de 2014, el Presidente Evo Morales inició un proceso participativo en todo el país con el fin de transformar el sistema de justicia y de atacar de raíz el problema. La Cumbre de Justicia, celebrada entre el 10 y el 11 de junio de 2016, representó un hito en este proceso, sentando las bases para una reforma integral de la justicia y aportando soluciones estructurales basadas en reuniones preparatorias y en una diversidad de contribuciones recibidas por el Ministerio de Justicia entre 2015 y 2016.

En lo referido al sistema judicial UNODC analiza la situación de partida actual de ese periodo de modo que se señala que la legislación penal boliviana padece de lagunas estructurales y sustanciales, así como de una falta de coherencia. Contiene disposiciones excesivamente represivas y contradictorias, adoptadas como respuesta a prioridades de corto plazo en la lucha contra el crimen. Estas respuestas a fenómenos criminales complejos se han amplificado en los últimos años, con un trasfondo de creciente inseguridad. No se está prestando la suficiente atención a enfoques preventivos, estrategias de rehabilitación y políticas dirigidas a las víctimas del delito. Ante esta situación, el Gobierno está trabajando en un proyecto de Código Penal Integral, el cual se espera responda a las preocupaciones mencionadas.

Más allá del aspecto normativo, el sistema penal boliviano se enfrenta a modelos culturales profundamente arraigados. Los profesionales del derecho y la sociedad en general hacen un **uso excesivo del derecho penal para resolver conflictos de casi toda índole.** Por lo tanto, la adopción de políticas criminales tendría que ir de la mano con el

empoderamiento de las jurisdicciones no penales y con la promoción de mecanismos de resolución alternativa de litigios, como el arbitraje y la conciliación orientados a reducir la congestión de casos y a **fortalecer la contribución del sistema de justicia penal a la prevención del delito** *(recomendaciones adoptadas por el SCATASM en lo referido la mejora de los programas comunitarios que incidan en este hecho)*.

La población nacional de privados de libertad se ha duplicado durante la última década, con una proporción de detenidos preventivos que alcanza el 68% de la población penitenciaria en abril de 2016.
A pesar de medidas de corto plazo que permitieron algún progreso en esta área, la proporción de detenidos en espera de juicio sigue siendo una de las más altas en el hemisferio occidental. El personal penitenciario es demasiado escaso y poco capacitado para poder responder a los retos que supone tal nivel de hacinamiento. Como resultado de estas múltiples deficiencias, el **sistema penitenciario boliviano no logra el objetivo de reintegrar en la sociedad a las personas privadas de libertad**. Entre los múltiples desafíos que tiene el sistema penitenciario boliviano, se encuentran el hacinamiento**, el uso excesivo de la detención preventiva, las altas tasas de detención de mujeres, así como la falta de aplicación de medidas alternativas al encarcelamiento.**

*(El SCATASM, toma en consideración el fomento De programas comunitarios de calidad que apoyen el uso de las alternativas a la prisión, la prevención de delito como eje fundamental de trabajo para este colectivo y que se engarce con el Sistema Integral de tratamiento para personas privadas de libertad (SITAPPL), que da un impulso decidido por el reforzamiento de la reinserción de los PPL a su salida en libertad; el trabajo especial necesario con la situación de la mujer en prisión en clara situación de vulnerabilidad respecto al varón)*

Resaltar el apoyo de UNODC al Estado de Bolivia en la justicia penal en estos resultados que se vincula estrechamente con el SCATASM y el mencionado SITAPPL (Sistema Integral de tratamiento de adicciones de personas privadas de libertad) referido a la prevención y tratamiento de adicciones para privados de libertad, especialmente en lo referido a los enfoques preventivos, restaurativos y de derechos humanos:

Pilar 5 – Reforma de la Justicia Penal

Resultado 5.1
El Estado Plurinacional de Bolivia ha fortalecido su sistema de justicia penal para administrar la justicia de manera efectiva, equitativa y justa.

Producto 1

Acceso a una justicia penal pronta, oportuna, gratuita, imparcial y equitativa ampliado para las víctimas de violencias y de las violaciones más graves de los derechos humanos, con **enfoque en los grupos más vulnerables.**

Producto 2

Legislación penal y política criminal fortalecida, con **enfoque integral, preventivo y restaurativo, en base a los derechos humanos,** a las convenciones de las Naciones Unidas y a los estándares internacionales.

Producto 3

Capacidad fortalecida de las instituciones del Estado para prevenir y luchar contra la corrupción en el sistema de justicia.

Producto 4

Capacidad fortalecida de las instituciones del Estado para implementar el **Sistema Penal para Adolescentes y prevenir la participación de los jóvenes en el delito.**

El Plan de Desarrollo Social y Económico 2016-2020 del Estado Plurinacional de Bolivia establece como prioridades el consolidar "centros con un nuevo enfoque penitenciario, respetando los Derechos

Humanos de los privados de libertad en coordinación con instituciones del Órgano Ejecutivo, las Entidades Territoriales Autónomas y los Organismos No Gubernamentales" y el **"elaborar e implementar un programa de rehabilitación y reinserción social para privados de libertad".** Cabe señalar que las conclusiones de la Cumbre de Justicia brindan orientaciones específicas para cumplir con este mandato, a través de seis lineamientos relativos a la ejecución de las penas:

- "Humanización de los centros penitenciarios con el aporte del nivel central y de las entidades territoriales autónomas, en infraestructura, equipamiento, servicios básicos, y personal penitenciario especializado. • Reestructuración y reforma integral del sistema penitenciario y de seguridad penitenciaria.
- Trato diferenciado de las personas privadas de libertad previa clasificación.
- **Aplicación efectiva de medidas de rehabilitación y reinserción social por medio de programas laborales y educativos y asistencia post penitenciaria con participación social.**
- **Implementación de otras medidas alternativas a la privación de libertad, diferenciadas de acuerdo a su naturaleza y gravedad.**
- Convertir los centros penitenciarios en centros productivos en diversas áreas."

En relación específicamente al apoyo en medio penitenciario señalan los siguientes resultados y productos con los que el SCATASM y SITAPPL se alinean y ha recogido en sus propuestas:

Resultado 5.2.

La reforma penitenciaria en el Estado Plurinacional de Bolivia se implementa en línea con los **estándares internacionales y las buenas prácticas.**

Producto 1

Sistema penitenciario en proceso de reestructuración para mejorar las condiciones de reclusión y reducir el hacinamiento carcelario, en base a los **derechos humanos y a los estándares internacionales**.

Producto 2

Formación fortalecida del personal del sistema penitenciario, mediante programas de **capacitación** institucionalizados.

Producto 3

**Prácticas restaurativas y medidas alternativas a la privación de libertad** promovida y efectivamente implementada, con especial atención a grupos vulnerables.

Producto 4

**Programas de reinserción social** de personas privadas de libertad fortalecidos y en proceso de institucionalización.

Producto 5

**Percepción mejorada de la población boliviana sobre las personas privadas de libertad**, mediante programas de abogacía y sensibilización

## ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS SESIÓN ESPECIAL (UNGASS) 2016

El SCATASM se alinea con las recomendaciones de UNGASS 2016, en lo referido a la prevención y el tratamiento de las adicciones. En concreto:

**Recomendaciones operacionales sobre la reducción de la demanda y medidas conexas, incluida la prevención y el tratamiento, así como otras cuestiones relacionadas con la salud**

1. Reiteramos nuestro compromiso de promover la salud y el bienestar de todas las personas, familias y comunidades y la sociedad en general, y de facilitar modos de vida saludables mediante iniciativas de reducción de la demanda eficaces, amplias y basadas en datos científicos, a todos los niveles, que, de acuerdo con la legislación nacional y los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, abarquen medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, así como iniciativas y medidas destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas en los ámbitos social y de la salud pública, y recomendamos las siguientes medidas:

Prevención del uso indebido de drogas:

a) Adoptar medidas de **prevención primaria eficaces y prácticas para proteger a las personas, en particular a los niños y jóvenes,** de la iniciación en el consumo de drogas, proporcionándoles información

precisa sobre los riesgos del uso indebido de drogas, promoviendo competencias y oportunidades que permitan elegir modos de vida saludables y promover un desempeño positivo de las funciones parentales y entornos sociales saludables, y garantizando el acceso a la educación y la formación profesional en condiciones de igualdad;

b) Adoptar también medidas **eficaces y prácticas para prevenir la evolución a trastornos graves relacionados con las drogas mediante intervenciones tempranas debidamente dirigidas a las personas que corren ese riesgo;**

Tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, rehabilitación, recuperación y reinserción social; prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la hepatitis viral y otras enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea

i) Reconocer que **la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores**, que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente

con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar, por ejemplo mediante programas de tratamiento, atención y rehabilitación eficaces basados en datos científicos, incluidos programas de base comunitaria, y fortalecer la capacidad de postratamiento, **rehabilitación, recuperación y reinserción social de las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, entre otras, según proceda, mediante asistencia para su reincorporación efectiva al mercado laboral y mediante otros servicios de apoyo;**

j) Alentar la participación voluntaria de personas con trastornos relacionados con las drogas en programas de tratamiento con su consentimiento informado, cuando ello sea compatible con la legislación nacional, y preparar y llevar a cabo campañas y programas de divulgación en los que participen consumidores de drogas que hayan logrado la recuperación a largo plazo, cuando proceda, a fin de **prevenir la marginación social y promover actitudes no estigmatizantes, así como alentar a los consumidores de drogas a que soliciten tratamiento y atención, y adoptar medidas que faciliten el acceso al tratamiento y amplíen la capacidad;**

k) Promover y fortalecer la cooperación regional e internacional en la formulación y ejecución de iniciativas relacionadas con el tratamiento, mejorar la asistencia técnica y el desarrollo de la capacidad y garantizar el acceso sin discriminación a una amplia variedad de intervenciones, incluidas intervenciones de tratamiento psicosocial,

conductual y asistido por medicación, según proceda y de conformidad con la legislación nacional, **así como a programas de rehabilitación, reinserción social y apoyo a la recuperación, incluido el acceso a esos servicios en las cárceles y tras la excarcelación, prestando especial atención a las necesidades específicas de las mujeres, los niños y los jóvenes a este respecto;**

q) Intensificar, según corresponda, el apoyo y la **capacitación que se ofrecen a las organizaciones y entidades de la sociedad civil que**

**intervienen en los servicios de tratamiento sanitario y social relacionado con las drogas** y su participación productiva en ellos, de conformidad con la legislación nacional y en el marco de políticas nacionales sobre drogas integradas y coordinadas, y alentar los esfuerzos de la sociedad civil y el sector privado encaminados a **establecer redes de apoyo a la prevención y el tratamiento, la atención, la recuperación, la rehabilitación y la reinserción social de manera equilibrada e inclusiva;**

Prevención de la delincuencia relacionada con las drogas

a) Fortalecer las medidas multidisciplinarias adoptadas a nivel internacional, regional, nacional y local y comunitario para **prevenir la delincuencia, la violencia, la victimización y la corrupción relacionadas con las drogas y fomentar el desarrollo e inclusión sociales, incorporar esas medidas en los esfuerzos generales de aplicación de la ley** y en políticas y programas amplios, y promover la cultura de legalidad que se describe en la Declaración de Doha sobre la Integración de la Prevención del Delito y la Justicia Penal en el Marco Más Amplio del Programa de las Naciones Unidas para Abordar los Problemas Sociales y Económicos y Promover el Estado de Derecho a Nivel Nacional e Internacional y la Participación Pública.

b) Promover esfuerzos de **reducción de la oferta amplios que incluyan medidas preventivas** para abordar, entre otras cosas, los factores de la justicia penal y los **factores socioeconómicos conexos que pudieran facilitar, impulsar, propiciar y perpetuar la delincuencia** organizada y la delincuencia relacionada con las drogas;

**Recomendaciones operacionales sobre cuestiones intersectoriales: las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, los niños, las mujeres y las comunidades**

Las drogas y los derechos humanos, los jóvenes, las mujeres, los niños, los miembros vulnerables de la sociedad y las comunidades

b) Asegurar el acceso **no discriminatorio a servicios de salud y atención y servicios sociales en el marco de programas de prevención, atención primaria y tratamiento, incluidos los que se ofrecen a las personas**

**encarceladas o en prisión preventiva, cuyo nivel ha de ser equiparable al de los servicios que se ofrecen en la comunidad, y asegurar el acceso de las mujeres, incluidas las mujeres privadas de libertad, a servicios de salud y orientación adecuados,** incluidos aquellos que se necesitan especialmente durante el embarazo;

c) Promover la supervisión eficaz de las instalaciones de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes por las autoridades nacionales
competentes para **asegurar la debida calidad de los servicios de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes** y evitar que se inflijan tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, de conformidad con la legislación nacional y el derecho internacional aplicable;

e) Promover, de conformidad con la legislación nacional, la coordinación eficaz entre los sectores de justicia, educación, aplicación de la ley y servicios sociales a fin de **asegurar que se atiendan debidamente las necesidades específicas, incluidas las necesidades mentales y físicas, de los infractores de la legislación sobre drogas menores de edad y los niños afectados por la delincuencia relacionada con las drogas, incluso en los procesos judiciales penales**, según proceda, entre otros medios proporcionando tratamiento antidrogas y servicios conexos de apoyo a quienes los necesiten;

g) **Incorporar la perspectiva de género en los programas y políticas en materia de drogas** y asegurar la participación de las mujeres en todas las etapas de su elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación, formular y difundir medidas que tengan en cuenta las necesidades y circunstancias específicas de las mujeres y las niñas en relación con el problema mundial de las drogas y que sean adecuadas a su edad y su género, y, en cuanto Estados partes, aplicar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Políticas y respuestas proporcionadas y eficaces, así como garantías legales y salvaguardias relativas al proceso penal y el sector de la justicia

j) **Alentar la formulación, adopción y aplicación,** teniendo debidamente en cuenta los sistemas nacionales, constitucionales, jurídicos y administrativos, **de medidas sustitutivas o complementarias en lo que respecta a la condena o la pena en los casos en que proceda**, de conformidad con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, y teniendo en cuenta, según proceda, las reglas y normas pertinentes de las Naciones Unidas, como las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las Medidas No Privativas de la Libertad (Reglas de Tokio)

l) **Promover políticas, prácticas y directrices nacionales proporcionadas en lo que respecta a la imposición de penas a los delitos relacionados con las drogas, de modo que la severidad de las penas sea proporcional a la gravedad de los delitos** y que se tengan en cuenta factores tanto atenuantes como agravantes, incluidas las circunstancias enumeradas

en el artículo 3 de la Convención de 1988 y otras disposiciones aplicables del derecho internacional, y de conformidad con la legislación nacional;

m) **Mejorar el acceso de las personas encarceladas al tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas y promover una supervisión efectiva y alentar, según proceda, la autoevaluación de los centros de reclusión, teniendo en**

**consideración las reglas y normas de las Naciones Unidas en materia de prevención del delito y justicia penal**, incluidas las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), aplicar, cuando proceda, medidas encaminadas a acabar con el hacinamiento y la violencia en las cárceles y prestar asistencia a las autoridades nacionales pertinentes para desarrollar su capacidad;

n) Alentar a que se **tengan en cuenta las necesidades específicas y los posibles múltiples factores que hacen vulnerables a las mujeres encarceladas por delitos relacionados con las drogas**, de conformidad con las Reglas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de las Reclusas y Medidas No Privativas de la Libertad para las Mujeres Delincuentes (Reglas de Bangkok)

## ESTRATEGIA HEMISFÉRICA SOBRE DROGAS 2016-2020

El Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2016-2020 constituye una guía de apoyo para continuar la implementación de los lineamientos establecidos en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas (2010) y los compromisos asumidos por los Estados Miembros en la Declaración de Antigua Guatemala "Por una política integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas" (2013); en la Resolución de Guatemala "Reflexiones y lineamientos para formular y dar seguimiento a las políticas integrales frente al problema mundial de las drogas en las Américas" (2014); y en el documento final del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, celebrado del 19 al 21 de abril de 2016 en la ciudad de Nueva York, titulado "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas" (2016), entre otras resoluciones relevantes aprobadas en la materia durante los últimos cuatro años. Asimismo, el Plan de Acción acoge la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y observa que los esfuerzos encaminados para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y para abordar eficazmente el problema mundial de las drogas son complementarios y se refuerzan mutuamente.

El SCATASM y el SITAPPL se apoya en los lineamientos establecidos en relación con la prevención y tratamiento de las adicciones:

Eje 1: Fortalecimiento Institucional

Objetivo 2. Formular, implementar, evaluar y actualizar políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas, que sean integrales y equilibradas, **basadas en la evidencia, que incorporen una perspectiva transversal de derechos humanos,** consistente con las obligaciones de las partes conforme al derecho internacional, **con enfoque de género y enfatizando el desarrollo con inclusión social.**

Acciones prioritarias

2.1 Compilación y utilización de **evidencia como base para la formulación y actualización de las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas**

2.3 **Promoción de una gestión territorial/local de las políticas y/o estrategias sobre drogas** a través de una mayor coordinación y/o derivación de competencias, donde proceda, entre las instancias nacionales y subnacionales, cuando corresponda.

2.4 Formulación y/o actualización de políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas, tomando en **consideración los objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.**

2.5 **Integración de la perspectiva de derechos humanos, el enfoque de género y el desarrollo con inclusión social** en el proceso de formulación, implementación y actualización de las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas.

Objetivo 3. Articular las políticas y/o estrategias nacionales sobre drogas con otras políticas y/o estrategias sociales del Estado, que permitan atender las causas y consecuencias fundamentales del problema de las drogas.

Acciones prioritarias

3.2 Diseño, implementación y evaluación de **planes y programas multisectoriales orientados a prevenir y contrarrestar las causas y consecuencias socioeconómicas** del problema de las drogas desde una perspectiva de **derechos humanos, salud pública y desarrollo.**

3.3 Promoción de **medidas transversales** que fomenten políticas públicas integrales para **la prevención de la delincuencia,** la violencia, la victimización, la exclusión social y la corrupción.

3.4 Implementación de medidas que **promuevan el acceso equitativo y con enfoque de género en la impartición de justicia** y al debido proceso.

Objetivo 5. **Alentar la formulación, adopción y aplicación de alternativas al encarcelamiento para delitos menores relacionados con las drogas**, teniendo en cuenta los sistemas nacionales, constitucionales, jurídicos y administrativos y de acuerdo con los instrumentos internacionales relevantes.

Acciones prioritarias

5.1 Evaluación de la viabilidad de la aplicación de **medidas alternativas al encarcelamiento para los delitos menores relacionados con las drogas,** donde proceda, salvaguardando la soberanía de los Estados, observando la no promoción de la impunidad y respetando los derechos humanos.

5.2 Desarrollo de mecanismos de **monitoreo y evaluación de las distintas medidas alternativas al encarcelamiento para delitos menores relacionados con drogas,** en colaboración, según corresponda, con entidades académicas y de investigación

Objetivo 6. Promover e implementar, cuando corresponda, de conformidad con las políticas, legislaciones y necesidades de cada país, **programas integrales que propicien la inclusión social, especialmente de aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad**, con diferentes niveles y formas de afectación.

Acciones prioritarias

6.1 Formulación e implementación, conforme a las necesidades de cada país, de **programas interinstitucionales y multisectoriales que**

**promuevan la inclusión social de las personas y poblaciones afectadas por el problema de las drogas**, **especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad.**

6.2 Difusión de mejores prácticas de gestión que mejoren los mecanismos de respuesta institucional ante las necesidades de la población, particularmente aquellas en situación de vulnerabilidad.

Objetivo 7. **Promover penas proporcionales**, cuando corresponda, que respondan a la gravedad de los **delitos de drogas** y a la lesión del bien jurídico tutelado.

Acciones prioritarias

7.1 Promoción, cuando corresponda, en el marco de las políticas nacionales de drogas, del respeto por el **principio de proporcionalidad de la pena de los delitos menores relacionados con las drogas**.

7.2 **Fomento de reformas legales**, cuando corresponda, que promuevan la proporcionalidad de las penas diseñadas por los Estados Miembros **para los delitos menores relacionados con drogas**.

Eje 2. Reducción de la demanda

Objetivo 2. Establecer y/o fortalecer un **sistema integrado de programas de prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada del uso indebido de drogas, priorizando poblaciones vulnerables** y en situación de riesgo, basados en la evidencia e incorporando un enfoque de derechos humanos, género, edad y multiculturalidad.

Acciones prioritarias

2.4 Implementación de **programas de prevención selectiva dirigidos a niños y niñas, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo**.

2.5 Desarrollo de **programas de prevención indicada orientada a personas con consumo problemático de drogas.**

Objetivo 3. Establecer y fortalecer, según corresponda, un **sistema nacional de tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas con consumo problemático de drogas,** incorporando un enfoque de **derechos humanos y género, y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente.**

Acciones prioritarias

3.1 Implementación y fortalecimiento de programas y dispositivos integrales de atención, tratamiento**, rehabilitación e inclusión social en las redes de salud pública y/o de protección social, garantizando el acceso sin discriminación.**

3.2 Monitoreo y **evaluación de resultados de los programas de atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, tomando en cuenta criterios de pertinencia de género**, de cultura y grupo etario, según corresponda.

3.3 Promoción de medidas de protección de los derechos de las personas en los programas y servicios de tratamiento.

3.4 Exploración de **vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas,** como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.

3.5 **Establecimiento de programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a la población penal con consumo problemático de drogas.**

3.6 Diseño e implementación de **mecanismos de colaboración entre los actores involucrados, para proporcionar servicios de apoyo social y comunitario que coadyuven a la integración social**, en particular a aquellas poblaciones más vulnerables, de manera continua y sostenible.

Objetivo 5. Establecer y/o fortalecer capacidades institucionales gubernamentales para **regular, habilitar, acreditar y supervisar los programas de prevención y los servicios de atención y tratamiento.**

Acciones prioritarias

5.1 Establecimiento y aplicación de medidas de regulación, que **incluyan criterios de calidad, para la acreditación de programas de prevención y servicios de atención y tratamiento.**

5.2 Establecimiento de mecanismos de supervisión para garantizar el **cumplimiento de los criterios de calidad de los programas de prevención y servicios de atención y tratamiento.**

5.3 Elaboración de diagnósticos sobre las necesidades nacionales y la oferta de servicios de atención y tratamiento.

## PLANES Y PROGRAMAS INTERNACIONALES SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

### PLAN DE ACCIÓN DE SALUD MENTAL 2015-2020. OMS/OPS

Las líneas estratégicas de la salud mental comunitaria recogidas en el Plan, y se han tenido en cuenta para diseñar el SCATASM son:

- Línea estratégica de acción 1: Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.

- Línea estratégica de acción 2: Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.
- Línea estratégica de acción 3: Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental y para la atención de los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
- Línea estratégica de acción 4: Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

*Este plan es uno de los marcos esenciales de referencia para el SCATASM en lo referido al enfoque comunitario. Pero no solo eso: se refiere al reforzamiento de la respuesta de los servicios de salud (SUS) a la salud mental y las adicciones desde la perspectiva comunitaria que es la que guía este sistema de atención y tratamiento. Por otro lado, nos alineamos plenamente con el énfasis en la promoción y prevención de la salud mental y adicciones en toda vida de las personas. Por último, el sistema de información forma parte de la segunda parte de la propuesta de este SCATASM* como eje fundamental del mismo.
La capacitación y la investigación aplicada son parte inseparable de un sistema público de salud mental y adicciones.

## PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL (mhGAP, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS), OMS, 2008; GUÍA DE INTERVENCIÓN DEL MHGAP (mhGAP-IG), OMS, 2010

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede

atribuirse a los trastornos MNS. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son insuficientes, se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos.

Dado que la mayoría de la carga mundial corresponde a los países con ingresos y medios bajos, y debido a que los mismos cuentan con recursos humanos y económicos limitados, una estrategia centrada en estos países tiene el potencial para alcanzar un máximo impacto.

El Programa mhGAP proporciona criterios para identificar cuáles países sufren la mayor parte de la carga por trastornos MNS y cuáles presentan un gran déficit de recursos. Este programa se basa en los mejores datos científicos y epidemiológicos acerca de los trastornos MNS que han sido identificados como prioritarios.

Pretende brindar un conjunto integrado de intervenciones y tiene en cuenta las barreras existentes y las posibles barreras a la ampliación de la atención. Las condiciones prioritarias se identificaron teniendo en cuenta que representan una carga elevada (en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad), que causan grandes costos económicos o que se asocian a violaciones de los derechos humanos. Estas afecciones prioritarias mpGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental son: la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos debidos al consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. El paquete del mhGAP consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de estas condiciones prioritarias, basándose en la evidencia disponible sobre la eficacia y factibilidad del
mejoramiento a mayor escala de estas intervenciones. El mhGAP proporciona un modelo para un conjunto o paquete de intervenciones que será preciso adaptar a los países, o a regiones dentro de los países,
teniendo en cuenta el contexto local.

El programa es especialmente relevante para el SCATASM porque uno de los ejes fundamentales de él en el trabajo desde la Atención Primaria de Salud (médicos y enfermeras, trabajadores sociales, educadores de calle y familiares), para conformar una red de recepción de este tipo de problemas, detección, valoración y derivación a CAIFC. Este nivel de atención tanto de salud, como de otros programas comunitarios es

la puerta de entrada para el tratamiento y rehabilitación y reinserción. Además de que se trata de ir incrementado el número de pacientes no tratados que no llegan al sistema de salud mental y adicciones.

## ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL. OMS 2010

Para el SCATASM las acciones sobre el alcohol son esenciales por el daño que producen socialmente y sobre la seguridad y la salud de las sociedades. No siempre reconocido a pesar de que los datos de su impacto son concluyentes, necesitas se ubicado dentro de las prioridades de la Salud Comunitaria.

El documento de la estrategia de la OMS es antiguo, pero es el que está vigente a día de hoy. Entre sus objetivos que se alinean con el SCATASM son:

**Fines y objetivos**

7. Los esfuerzos desplegados a nivel nacional y local pueden ser más fructíferos si se ven respaldados por iniciativas regionales y mundiales en el contexto de marcos normativos previamente acordados. Así pues, la finalidad de la estrategia mundial es apoyar y complementar las políticas de salud pública de los Estados Miembros.

8. La visión que anima a la estrategia mundial es la mejora de los resultados sanitarios y sociales de los individuos, las familias y las comunidades, reflejada en particular en una reducción considerable de la morbilidad y la mortalidad atribuibles al uso nocivo del alcohol y de sus consecuencias sociales. Se prevé que la estrategia mundial
promoverá y respaldará las iniciativas locales, regionales y mundiales destinadas a prevenir y reducir el uso nocivo del alcohol.

9. La estrategia mundial tiene por objeto ofrecer orientación para actuar a todos los niveles; determinar esferas prioritarias para una acción mundial, y recomendar una serie de opciones de política y medidas que podrían estudiarse para su posible aplicación, adaptándolas según proceda, a nivel nacional, teniendo en cuenta las circunstancias de los países, como el contexto religioso y cultural, las prioridades de salud pública y los recursos y capacidades.

10. La estrategia tiene cinco objetivos:

(a) aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol;
(b) consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños;
(c) incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados;
(d) fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol;
(e) mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

11. El uso nocivo del alcohol y los problemas de salud pública que conlleva están determinados por el nivel general de consumo de alcohol entre la población, las pautas de consumo y los contextos locales. Para alcanzar los cinco objetivos señalados será necesario adoptar medidas de ámbito mundial, regional y nacional con respecto a los niveles, las pautas y los contextos del consumo de alcohol y otros determinantes sociales más amplios de la salud. Se debe hacer hincapié en reducir los daños sufridos por las personas del entorno del bebedor y por las poblaciones expuestas a un mayor riesgo en caso de uso nocivo del alcohol, como niños, adolescentes, mujeres en edad fecunda, mujeres gestantes y lactantes, poblaciones indígenas y
otros grupos minoritarios o con un estatus socioeconómico bajo.

## PLAN DE ACCIÓN SOBRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y LA SALUD PÚBLICA. OPS/OMS. 2011-2021

El plan de acción propuesto para el período 2012-2021 abordará cada una de las áreas estratégicas incluidas en la estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.

**Área estratégica 1:** Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en materia de salud pública y asignación de recursos compatibles con la magnitud del

problema del consumo de sustancias psicoactivas.

**Objetivo 1.1:** Tener políticas y planes sanitarios nacionales en materia de consumo de sustancias psicoactivas en todos los países como parte de las políticas, planes y leyes sobre la salud en general.

**Objetivo 1.2:** Fortalecer la prevención, la detección sistemática y la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y los servicios afines de apoyo mediante la promoción del bienestar sanitario y social de las personas, las familias y las comunidades y la reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas, en especial entre los grupos de alto riesgo.

Facilitar la recopilación y difusión de modelos innovadores de prevención y atención, las mejores prácticas en varios aspectos de la reducción de la demanda, en especial, la disminución de las consecuencias perjudiciales del consumo de sustancias psicoactivas y la integración de los sistemas de salud.

1.2.2 Establecer una red regional sobre consumo de sustancias psicoactivas y salud pública para intercambiar información y conocimientos en toda la Región y facilitar la colaboración entre los países.

Actividades a nivel nacional

1.2.3 Ejecutar programas de detección sistemática e intervención temprana en una gama de establecimientos de salud, en especial los de atención primaria.
1.2.4 Concebir y evaluar métodos innovadores para la prevención, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reintegración social.
1.2.5 Documentar y difundir las mejores prácticas y las lecciones aprendidas de la evaluación de las políticas, programas y servicios.

**Objetivo 1.3:** Movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para ejecutar las actividades planificadas y para procurar que esos recursos se utilicen principalmente en los servicios ambulatorios comunitarios de atención primaria y se integren en el sistema general de atención de salud.

**Área estratégica 2:** Promoción de la prevención universal del consumo de sustancias, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de los niños y la población joven.

***Objetivo 2.1:*** Promover modelos de prevención universal basados en datos probatorios y prácticas óptimas que apoyen el desarrollo psicosocial y económico de los jóvenes en especial y que mejoren el acceso a la información y a servicios de salud apropiados y basados en datos probatorios.

Actividades a nivel nacional

2.1.4 Examinar y evaluar los programas de prevención con respecto a su capacidad de retrasar o reducir el consumo de sustancias a corto y largo plazo, incluida su eficacia en función de los costos.
2.1.5 Elaborar y ejecutar programas de prevención universal dirigidos al desarrollo saludable de hombres y mujeres jóvenes.

**Objetivo 2.2:** Promover la concientización a nivel comunitario con respecto al consumo de sustancias y los trastornos asociados por medio de programas de educación, capacitación y concientización.

**Área estratégica 3:** Promoción de las intervenciones tempranas en los entornos de atención primaria y desarrollo de sistemas de tratamiento vinculados a la atención primaria de salud y servicios conexos.

**Objetivo 3.1:** Proporcionar un conjunto de intervenciones esenciales basadas en datos probatorios, en los diferentes niveles del sistema de atención de salud, que pueda ser adaptado por los Estados Miembros, poniendo de relieve la atención primaria de salud.

**Objetivo 3.2:** Suministrar herramientas para la capacitación y la certificación de la fuerza laboral sanitaria para que pueda abordar el consumo de sustancias y los problemas conexos, lo que incluirá las mejores prácticas para recetar medicamentos.

**Objetivo 3.3:** Proporcionar herramientas, capacitación y respaldo a los proveedores de atención sanitaria no remunerados y a los familiares.

**Objetivo 3.4:** Examinar y actualizar los programas de estudios de las profesiones dedicadas a la salud y otras afines a nivel de grado o posgrado y de los programas de educación continua sobre los temas relacionados con el consumo de sustancias.

**Objetivo 3.5:** Promover la disponibilidad adecuada de medicamentos psicoactivos fiscalizados a nivel internacional con fines terapéuticos y científicos, previniendo al mismo tiempo su desvío y uso con fines no terapéuticos.

**Área estratégica 4:** Investigación, seguimiento y evaluación.

**Objetivo 4.1:** Crear la capacidad para investigación y el seguimiento y la evaluación de los servicios de prevención del consumo de sustancias, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y servicios de apoyo conexos orientados a la reducción de las consecuencias negativas del consumo de estas sustancias.

**Objetivo 4.2:** Mejorar los datos en los sistemas nacionales de información de salud sobre el consumo de sustancias, procurando recopilar y analizar regularmente los datos básicos pertinentes para la adopción de decisiones y la vigilancia de cambios con el transcurso del tiempo.

**Objetivo 4.3:** Promover la investigación y la vigilancia en los Estados Miembros a fin de crear una base de datos de estrategias eficaces de intervención y vigilar las tendencias del consumo de sustancias en la Región.

**Objetivo 4.4:** Compilar y difundir información y materiales basados en datos probatorios sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias, como evaluaciones de políticas y programas a nivel nacional y local.

**Área estratégica 5:** Alianzas estratégicas.

**Objetivo 5.1:** Crear y fortalecer alianzas con otros interesados directos a fin de lograr una respuesta integral de salud pública a los problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas en la Región.

## PLAN DE ACCIÓN PARA REDUCIR EL CONSUMO NOCIVO DE ALCOHOL. OPS/OMS. 2011

En mayo del 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (resolución WHA63.13). En el presente documento se propone adoptar la estrategia mundial de la OMS como el marco para la acción y se presenta un plan regional de acción para aplicar la estrategia mundial. El plan regional de acción se centra en los cinco objetivos y las diez esferas de acción propuestos en la estrategia mundial.

Los objetivos que propone son:

**Objetivo 1:** Concientización y compromiso político

- Actividad relevante para el SCATASM: Incluir temas relacionados con el consumo de alcohol en la celebración de los días existentes dedicados a temas como la violencia, la violencia doméstica, la seguridad vial, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las drogas, la promoción de la salud, la salud de trabajadores, los derechos humanos y la salud mental.

**Objetivo 2:** Mejorar la base de conocimientos acerca de la magnitud de los problemas y la eficacia de las intervenciones, desglosando la información por sexo y grupo étnico.

- Actividad relevante para el SCATASM: Utilizar los datos existentes, incluidos los datos sobre la producción y la venta, así como los datos relativos a la atención de salud y los sistemas de aplicación de la ley, a fin de mejorar el conocimiento acerca de las tendencias en cuanto al consumo, los modos de beber y los daños para hombres y mujeres.
  Llevar a cabo investigaciones en las áreas prioritarias para la salud pública en cuanto al consumo de alcohol, desglosadas por sexo y grupo étnico, como: el consumo de alcohol en la población general; modos de consumo; producción ilícita o informal de alcohol; costos sociales y económicos para la sociedad por el consumo nocivo de alcohol, incluidas las repercusiones del alcohol sobre el capital humano y el desarrollo económico; eficacia de las intervenciones de salud pública para reducir el consumo nocivo de alcohol; estrategias de comercialización y publicidad utilizadas para las bebidas alcohólicas,
  especialmente las que se dirigen a los menores de edad y las mujeres; el alcohol y el desarrollo infantil, incluidos los trastornos fetales causados por el consumo de alcohol; el alcohol y las enfermedades infecciosas, en particular la infección por el VIH/sida y la tuberculosis; los efectos del consumo de alcohol en las personas que rodean al bebedor, incluida su repercusión sobre niños, mujeres y los que sufren traumatismos causados por los bebedores; el alcohol y los determinantes sociales de la salud; y el consumo de alcohol en las poblaciones indígenas, los jóvenes y otros grupos de alto riesgo.

**Objetivo 3:** Aumentar el apoyo técnico a los Estados Miembros.

Respuesta de los servicios de salud:

• Elaborar programas de detección sistemática y de intervención breve para los bebedores de alto riesgo dentro de la atención primaria de salud, y brindar apoyo a su introducción y ejecución.

- Fortalecer la capacidad de los prestadores de atención sanitaria de detectar, prevenir, tratar y rehabilitar a los hombres y mujeres, incluidas las embarazadas, que consumen alcohol de manera perjudicial o que padecen trastornos debidos al consumo de alcohol, en la atención primaria de salud y en todo el sistema de salud.

- Fortalecer la capacidad de los prestadores de atención sanitaria que tratan con las víctimas de la violencia intrafamiliar y sexual

- para detectar el consumo nocivo de alcohol como un factor de riesgo e intervenir para reducirlo, según corresponda, con intervenciones breves o derivación a servicios de tratamiento de los trastornos debidos al consumo de alcohol, junto con otras intervenciones no relacionadas con el alcohol.

Acción en la comunidad:

- Promover los programas de prevención e intervención en el lugar de trabajo, en los recintos universitarios y otros entornos con una concentración alta de consumo de bebidas alcohólicas o problemas relacionados con el alcohol.
- Proporcionar ambientes propicios en las escuelas, las comunidades y otros entornos sociales que protejan a las personas del consumo nocivo de alcohol, como programas de apoyo familiar, de apoyo en la comunidad o la escuela, y un mayor acceso a las bebidas no alcohólicas.
- Suministrar información a nivel local sobre el vínculo de la violencia intrafamiliar y la violencia sexual con el consumo nocivo de alcohol, y promover la prevención y el tratamiento integrado de estos problemas.

**Objetivo 4:** Fortalecer las alianzas.

- Promover una colaboración estrecha entre el sector de la salud y el sector encargado de garantizar al cumplimiento de la ley a fin de que se pueda aplicar un enfoque de salud y seguridad públicas con respecto al consumo nocivo de alcohol.

- Promover que el sector encargado de garantizar el cumplimiento de la ley aumente el cumplimiento de las leyes existentes y las nuevas para responder al consumo nocivo de alcohol.

**Objetivo 5:** Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia y la difusión de información para la concientización, la formulación de políticas y la evaluación.

- Incorporar los indicadores del consumo nocivo del alcohol y los daños conexos en el sistema nacional de información sanitaria básica.

# 3. TRATADOS Y ACUERDOS SOBRE MENORES, SALUD MENTAL (CONDUCTA ANTISOCIAL), USO DE DROGAS Y ENFOQUES DE SALUD PUBLICA

## 3.1.- OBSERVATORIO INTERNACIONAL DE JUSTICIA JUVENIL (OIJJ).

En un documento sobre la prevención del delito juvenil (2016) señala conceptos que se alienan completamente con lo que propone el SCATASM, en concreto:

**1. Prevención ambiental**

• Prevención primaria:

Objetivo: centrarse en factores sociales y económicos bajo la responsabilidad del Gobierno (asuntos sociales, educación, sanidad, empleo, etc.), no en manos del poder judicial.

Aborda factores a nivel individual y familiar, correlacionados con un riesgo de actividad delictiva. Es bien conocido que los factores a nivel individual, tales como la asistencia escolar y la implicación en actividades sociales, tienen un importante impacto preventivo, especialmente para los niños y adolescentes, y disminuyen la probabilidad de participación delictiva. No obstante, también es importante destacar la necesidad de involucrar a la familia (la familia nuclear o bien la familia ampliada si es necesario) para reducir los riesgos individuales.

La prevención, en su dimensión primaria, debe abordar no solo los asuntos individuales y familiares, sino también la violencia que subyace en la vida social diaria, que es difusa y parece ser aceptada como destino.

**2. Prevención Selectiva**

• Prevención orientada a los grupos vulnerables

Objetivo: evitar que un acontecimiento no deseado, que ya haya ocurrido antes, se reproduzca. En términos de delincuencia, significa prevenir la repetición de una infracción.
Este es el motivo por el cual la prevención primaria utilizará más instrumentos técnicos, centrándose en situaciones de riesgo, como los jóvenes que abandonan la escuela, a través de la adopción de programas sociales al nivel del Gobierno. Para el sistema de justicia, esto también implica el uso de medidas alternativas y respuestas educativas y de apoyo, con preferencia sobre la privación de libertad o la institucionalización.

**3. Reinserción**

• La lucha contra la reincidencia

Objetivo: evitar que personas que ya han cometido infracciones las repitan de manera recurrente y crónica y se conviertan en reincidentes.
Responsabilidad del sistema de justicia para encontrar soluciones que permitan al infractor asumir la responsabilidad de sus numerosos actos, sin ser totalmente excluido de la comunidad y que favorezcan, al final de la intervención penal, la reintegración en la comunidad.
Es especialmente importante para los adolescentes, a quienes es necesario evitar calificar como "desesperados" delincuentes y excluirlos totalmente de actividades sociales.

Recomienda utilización de técnicas de mediación entre iguales por su eficacia en algunos proyectos en medio abierto en Lituania, o el modelo sueco de intervención en comisarías como se propone en el SCATASM Y el SITAPPL. En cualquier caso, los resultados evaluados de proyectos son altamente eficaces.

## 3.2. REGLAS MÍNIMAS DE NACIONES UNIDAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA DE MENORES (REGLAS DE BEIJING).

Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing) fueron adoptadas por la Asamblea General en su resolución 40/33 del 29 de noviembre del 1985 por recomendación del séptimo congreso. Anteriormente, por recomendación de la resolución 4 del sexto congreso, el Comité de las Naciones Unidas sobre Prevención y Control del Crimen había contribuido al desarrollo de estas Reglas en colaboración con los institutos de las Naciones Unidas regionales e interregionales.
Representan un mínimo de condiciones aceptadas internacionalmente para el tratamiento de jóvenes que entran en conflicto con la ley. En las Reglas de Beijing se expone que los objetivos de justicia juvenil son de promover el bienestar del joven y de asegurar que cualquier respuesta a los delincuentes juveniles será siempre en proporción a las circunstancias tanto del joven como del delito. En las Reglas se prevén medidas específicas que cubren las varias fases de justicia juvenil. Ponen hincapié en que el ingreso en instituciones sólo será utilizado como último recurso y durante el plazo más breve posible.
Nos alienamos en concreto con los siguientes principios:

### I. Objetivos de la justicia de menores

El sistema de justicia de menores hará hincapié en el bienestar de éstos y garantizará que cualquier respuesta a los menores delincuentes será en todo momento proporcionada a las circunstancias del delincuente y del delito.

*[Este principio en lo que respecta al SCATASMM y las acciones en el medio comunitario de prevención sobre entornos delictivos o predelictivos, indica la necesidad de tratar el abuso de drogas y el «principio de la proporcionalidad» como un instrumento para restringir las sanciones punitivas, y se expresa principalmente mediante la fórmula de que el autor ha de llevarse su merecido según la gravedad del delito. La respuesta a los jóvenes delincuentes no sólo deberá basarse en el examen de la gravedad del delito, sino también en circunstancias personales. Las circunstancias individuales del delincuente (por ejemplo, su condición social, su situación familiar, el daño causado por el delito u otros factores en que intervengan circunstancias personales) han de influir en la proporcionalidad de la reacción (por ejemplo, teniendo en consideración los esfuerzos del delincuente para indemnizar a la víctima o su buena disposición para comenzar una vida sana y útil]*

## II. Remisión de casos

- Se examinará la posibilidad, cuando proceda, de ocuparse de los menores delincuentes sin recurrir a las autoridades competentes, mencionadas en la regla 14.1, para que los juzguen oficialmente.
- La policía, el Ministerio fiscal y otros organismos que se ocupen de los casos de delincuencia de menores estarán facultados para fallar dichos casos discrecionalmente, sin necesidad de vista oficial, con arreglo a los criterios establecidos al efecto en los respectivos sistemas jurídicos y también en armonía con los principios contenidos en las presentes Reglas.
- Toda remisión que signifique poner al menor a disposición de las instituciones pertinentes de la comunidad o de otro tipo estará supeditada al consentimiento del menor o al de sus padres o su tutor; sin embargo, la decisión relativa a la remisión del caso se someterá al examen de una autoridad competente, cuando así se solicite.
- Para facilitar la tramitación discrecional de los casos de menores, se procurará facilitar a la comunidad programas de supervisión y orientación temporales, restitución y compensación a las víctimas.

  *[Aquí se apoya la propuesta del SCATASM y el SITAPPL en lo referido a promover esta medida, que, de hecho, es la supresión del procedimiento ante la justicia penal y la reorientación hacia servicios apoyados por la comunidad. En muchos sistemas jurídicos se practica habitualmente con carácter oficial y oficioso. Esta práctica sirve para mitigar los efectos negativos de la continuación del procedimiento en la administración de la justicia de menores (por ejemplo, el estigma de la condena o la sentencia). En muchos casos la no intervención sería la mejor respuesta. Por ello la remisión desde el comienzo y sin envío a servicios sustitutorios (sociales) puede constituir la respuesta óptima. Así sucede especialmente cuando el delito no tiene un carácter grave y cuando la familia, la escuela y otras instituciones de control social oficioso han reaccionado ya de forma adecuada y constructiva o es probable que reaccionen de ese modo].*

## III. Especialización policial

- Para el mejor desempeño de sus funciones, los agentes de policía que traten a menudo o de manera exclusiva con menores o que se dediquen fundamentalmente a la prevención de la delincuencia de menores, recibirán

instrucción y capacitación especial. En las grandes ciudades habrá contingentes especiales de policía con esa finalidad.

**IV. Prisión preventiva**

- Sólo se aplicará la prisión preventiva como último recurso y durante el plazo más breve posible.
- Siempre que sea posible, se adoptarán medidas sustitutorias de la prisión preventiva, como la supervisión estricta, la custodia permanente, la asignación a una familia o el traslado a un hogar o a una institución educativa.

## 3.3. REGLAS MÍNIMAS DE NACIONES UNIDAS SOBRE MEDIDAS NO PRIVATIVAS DE LIBERTAD (REGLAS DE TOKIO).

El instrumento internacional más importante son las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la Libertad, adoptadas por la Asamblea General en diciembre de 1990 y conocidas también por las Reglas de Tokio. Las Reglas estipulan protecciones legales para asegurar que penas no-privativas están siendo aplicadas con imparcialidad, dentro de un sistema legal claro, asegurando la protección de los derechos del delincuente y el recurso a un sistema de queja formal cuando sienten que en algún momento sus derechos hayan sido vulnerados.
La introducción de medidas no privativas de libertad tiene como objetivo reducir la aplicación de las penas de prisión y racionalizar las políticas de justicia penal, siempre teniendo en cuenta el respeto de los derechos humanos, las exigencias de la justicia social y las necesidades de rehabilitación del delincuente.
Se planificarán y aplicarán sistemáticamente programas de medidas no privativas de la libertad como parte integrante del sistema de justicia penal en el marco del proceso nacional de desarrollo. Se efectuarán evaluaciones periódicas con miras a lograr una aplicación más eficaz
de las medidas no privativas de la libertad. Se realizarán estudios periódicos para evaluar los objetivos, el funcionamiento y la eficacia de las medidas no privativas de la libertad.

## 3.4.- DIRECTRICES DE NACIONES UNIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE DELINCUENCIA JUVENIL (DIRECTRICES DE RIAD).

Las Directrices fueron adoptadas por la Asamblea General en su resolución 45/112 del 14 de diciembre del 1990.

Las Directrices establecen las normas para la prevención de la delincuencia juvenil e incluso medidas de protección de personas jóvenes quienes han sido abandonadas, descuidadas, abusadas o quienes se encuentran en situaciones marginales – en otros términos, en "riesgo social". Las Directrices incluyen la fase pre-conflicto, es decir, antes de que los jóvenes entren en conflicto con la ley. Se concentran en el niño y se basan en la premisa de que es necesario contrarrestar aquellas condiciones que afectan e influencian desfavorablemente el desarrollo sano del niño. Para ello, se propusieron medidas exhaustivas y multidisciplinarias para asegurar a los jóvenes una vida libre de crímenes, victimización y conflictos con la ley. Las directrices se enfocan en modalidades de intervención preventiva y protectora y tienen como objetivo la promoción por un esfuerzo conjunto de un papel positivo de parte de varios organismos sociales, incluyendo la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación y la comunidad, así como las personas jóvenes mismas.

Las directrices tocan prácticamente todos los ámbitos sociales: los tres principales entornos en el proceso de socialización (familia, escuela, comunidad); los medios de comunicación; la política social; la legislación y administración de la justicia de menores. La prevención general (art.9) debe consistir en "planes generales de prevención en todos los niveles de gobierno" y debería incluir entre otras cosas mecanismos para coordinar los esfuerzos realizados por los organismos gubernamentales y no gubernamentales; supervisión y evaluación continuas; participación comunitaria mediante un amplio abanico de servicios y programas; cooperación interdisciplinaria; participación de los jóvenes en las políticas y procesos de prevención.

## 4. CONSIDERACIONES NORMATIVAS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SCATASM)

El SCATASM se desarrolla dentro de un conjunto de leyes y normas que delimitan el alcance de las acciones previstas esta propuesta. Dichas regulaciones son de obligada observación por parte de la administraciones y entidades colaboradoras que van a trabajar en las acciones previstas.

Las más relevantes por su relación directa con Objetivos previstos en el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental (SCATASM) son:

## 4.1. NORMATIVA ESTATAL SOBRE SALUD MENTAL

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.
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 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 con 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.[2]

## DECRETO SUPREMO N.º 18886, de 1982,

por el que se aprueban los Reglamentos que a continuación se detallan, concernientes al Código de Salud vigente por Decreto Ley No 15629 de 18 de julio de 1978 para su ejecución en todo el territorio de la República. Entre ellos está uno referido a salud mental, otro sobre enfermedades no transmisibles, otro sobre investigación en salud pública y otro sobre uso del tabaco ya derogado.[3]

El reglamento sobre salud mental de 1982 señala:

ARTICULO 1º.-
La Autoridad de Salud está facultada para determinar los principios y normas de salud mental como parte de la salud pública en general, tanto en sus aspectos de promoción y fomento cuanto, en la prevención de las enfermedades, en la asistencia y rehabilitación de los enfermos; asimismo, en los aspectos que comprenden cuestiones médico-jurídicas y médico-sociales.

ARTICULO 5º. -
La Autoridad de Salud fomentará:

a) La formación de profesionales en salud mental

b) La educación del público en materia de salud mental

[2] INFORME IESM-OMS SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN BOLIVIA.2008

[3] Reglamento de Salud Mental, aprobado por DS 18886 de 15/03/1982

c) Estimulará los programas de investigación en todos los aspectos de la salud mental

d) Contribuirá en el permanente desarrollo de eficientes servicios de asistencia psiquiátrica públicos en la comunidad.

CAPITULO II

DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL

ARTICULO 7°. -
Comprenden: servicios de

a) Prevención primaria

b) prevención secundaria

c) prevención terciaria

ARTICULO 8°. -
Al objeto de lograr el óptimo desarrollo de los programas de salud mental a la colectividad y la mejor asistencia al enfermo mental es indispensable la coordinación de acciones de los diferentes servicios o instituciones de asistencia y tratamiento:

a) Hospitales Psiquiátricos

b) Servicios de Psiquiatría en Hospitales Genérales

c) Clínicas Psiquiátricas en general

d) Servicios especiales para retardados mentales

e) Servicios especiales para alcohólicos

f) Servicios especiales para fármaco dependientes

g) Servicios especiales para epilépticos

h) Granjas y colonias de rehabilitación

i) Hogares de rehabilitación

j) Talleres protegidos

k) Servicios de Psiquiatría en Instituciones penales y de justicia

l) Centros de Orientación psicológica

m) Centros de Orientación familiar

n) Centros de Higiene Mental Escolar

o) Centros de Higiene Mental en la Industria

p) Centros de Higiene Mental Infantil

q) Servicios de Foniatría y para enfermos con desventajas físicas que alteran la salud mental del individuo.

r) Servicios de Terapia Ocupacional para enfermos mentales

DEL PERSONAL PROFESIONAL

ARTICULO 18°. -
El equipo básico de profesionales en los establecimientos de salud mental está conformado por:

a) Médico Psiquiatra

b) Enfermera con formación en psiquiatría

c) Psicólogo clínico con formación universitaria

d) Trabajador Social

ARTICULO 19°.-

Los establecimientos de salud mental y salas de psiquiatría de hospitales generales deben contar con personal médico, profesional, y técnico, y auxiliar en número suficiente para que puedan garantizar el desarrollo de sus programas.

### LEY N° 1678, DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, DEL 15 DE DICIEMBRE DE 1995

En su artículo 2. La presente ley regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, estantes y habitantes en el territorio de la República. Tiene la finalidad normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social, con seguros de corto y largo plazos.

Dentro de esta ley se entiende que cualquier persona con una discapacidad derivada de un problema de salud mental o de un problema de consumo de drogas, es de aplicación esta ley.

En concreto lo referido a la rehabilitación de funciones físicas y sociales. En ella se dice es su capítulo III, referido a los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 6. Se dice:

d) A su rehabilitación en centros especializados públicos y privados, con prestaciones especiales de salud, de acuerdo con el tipo y grado de impedimento o discapacidad.

e) Participar en las decisiones sobre su tratamiento, dentro de sus posibilidades y medios.
f) A ser habilitados y rehabilitados profesional y ocupacionalmente.

## 4.2. NORMATIVA ESTATAL SOBRE DROGAS

### CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

El Título I, Capítulo Segundo: Principios, Valores y Fines del Estado, en el Artículo N° 9, establece como fines y funciones del Estado, entre otros, el numeral 5 "Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la **salud** y al trabajo".

En el Título II "Derechos fundamentales y Garantías", Capítulo Segundo: Derechos Fundamentales, en el Articulo N° 18, se detallan tres incisos relacionados con la salud:

1) Todas las personas tienen derecho a la salud.
2) El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
3) El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y
4) control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Asimismo, en el Capítulo Quinto: Derechos Económicos y Sociales, en la Sección II referida al Derecho a la Salud y a la Seguridad Social, se cita:

***Artículo N° 35.*** I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

***Artículo N° 36. I***. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

***Artículo N° 37***. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

***Artículo N° 38***. I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

***Artículo N° 40***. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Por último y no menos importante, en la Sección V: Deporte y Recreación, hace referencia:

***Artículo N° 105***. El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles

preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios para su efectividad.

## PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020

La planificación para los próximos años del Estado Plurinacional de Bolivia incluye acciones concretas en relación al abordaje de las drogodependencias y personas en situación de calle desde diferentes dimensiones.

El pilar de Bolivia Digna, en el área de Salud y Deporte, cita: "En el período 2006 – 2014, se implementaron acciones que permitieron mayor acceso de la población a la salud, entre las que destacan las siguientes: i) el Programa "Mi Salud", orientado a eliminar barreras administrativas, económicas y geográficas, para llevar los servicios de salud a las familias bolivianas a través de visitas domiciliarias, actividades preventivas y promocionales de salud; y ii) el fortalecimiento de los seguros públicos de salud, con la ampliación de prestaciones y la incorporación de las personas con discapacidad, permitiendo ampliar el acceso gratuito a la salud de grupos vulnerables con financiamiento de recursos públicos".

Por otro lado, en el Pilar 1 "Reducción de la pobreza extrema" tiene como resultados:

- En el acápite 1.1. Erradicación de la pobreza material, la meta No. 1 "Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada":
  - Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios.
  - Se ha promovido la incorporación de niñas y niños en situación de calle en familias sustitutas.
- En el acápite 1.3. Erradicación de la pobreza espiritual y construcción del ser humano integral, la meta No. 5 "Combatir la pobreza espiritual":
  - Se ha reducido el consumo de bebidas alcohólicas que genera violencia y el expendio de otras bebidas nocivas para la salud.

Por último, en el Pilar 11: Soberanía y transparencia en la gestión pública, se hace a la reducción de la prevalencia del consumo de drogas:

- El acápite 11.3. Seguridad Ciudadana para una vida sin violencia, en la meta 3, cita como resultado:
  - Se ha incrementado en un 20% los operativos de interdicción al tráfico ilícito de sustancias controladas y se ha reducido en 5% la prevalencia de

consumo de alcohol y otras drogas. Además, propone "Prevenir y reducir drásticamente el consumo de drogas y alcohol en el ámbito educativo, familiar y comunitario".

El Estado boliviano reconoce el consumo de alcohol y otras drogas ya como un problema que requiere de atención y que se propone atender en el quinquenio 2016 – 2020, por lo que las líneas generales del accionar público ya se han establecido.
Es de este Plan que se deben desprender otros planes que por niveles bajen desde el nivel político normativo al nivel operativo según las competencias de cada Institución o unidad territorial.

## PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020

La visión del sector Salud hacia el 2020 es "Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad" y el objetivo de "Lograr el acceso universal, gratuito y equitativo a servicios de salud al 2020".
Asimismo, cuenta con nueve objetivos estratégicos:

- "OE1. Se ha mejorado la situación de salud de la población"
- "OE2. Se ha implementado el Sistema Único de Salud (SUS) familiar Comunitario
- Intercultural"
- "OE 3. Se ha fortalecido la Rectoría de la Autoridad Sanitaria"
- "OE 4: La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud"
- "OE 5: Se han disminuido las Brechas de Recursos Humanos en salud"
- "OE 6. Se ha mejorado el estado nutricional de la población"
- "OE 7: Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico"
- "OE 8: La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos
- naturales tradicionales en el Sistema Único de Salud."
- "OE 9: Gestión Pública eficaz, eficiente y transparente"

De manera específica, el Plan contempla acciones destinadas a poblaciones con las que el Programa debe trabajar.

- El Pilar 1: erradicar la pobreza extrema, la Meta 1: erradicar la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada; el Resultado 6: Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios, tiene como acciones:

- Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica.

- Apoyo a las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle en materia de salud, nutrición, educación, formación laboral y psicológica.

## ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO Y CONTROL DE CULTIVOS EXCEDENTARIOS DE COCA 2016-2020

La Estrategia se redacta con el objetivo estratégico de Fortalecer la Lucha contra el narcotráfico y delitos conexos en todo el territorio nacional de manera integral en reducción de la oferta, reducción de la demanda y control de cultivos excedentarios de coca, con responsabilidad internacional compartida para precautelar el vivir bien de la sociedad.

En su Pilar 2 se centra en la Reducción de la demanda. Este pilar tiene como objetivo, fortalecer y consolidar las políticas públicas y programas en reducción de la demanda de drogas, a través de la implementación de la **Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno**, **priorizando poblaciones de mayor riesgo**, desarrollando programas integrales con **un enfoque biopsicosocial-educativo y de salud pública**, de manera intersectorial, intercultural y participativo para vivir bien.

Y se expresa literalmente el objetivo de en los 5 años siguientes a su entrada en vigor, en lo relativo al tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependencias, **se construirá e implementará el Sistema Nacional de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Drogodependientes, el mismo que normará el accionar de los servicios, públicos y privados, mejorando e incrementando el acceso y la atención de personas con consumo problemático de drogas.**

Es en este mandato, dentro de un sistema nacional de tratamiento de adicciones y de reinserción donde que inmerso el SITAPPL (Sistema Integral de Tratamiento de Adicciones en Personas Privadas de Libertad).

Marca como resultados esperados:

Prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas, reducida en 5%.

Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones, creada e implementada.

Comités departamentales de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración, conformados.

Sistema de tratamiento, rehabilitación y reintegración, implementado.

Normativa para servicios de drogodependientes y personas en situación de calle, aprobada.

Se son la base del SITAPPL en lo referido a la fase de prevención de delito y alternativas a la prisión.

Por último, se señalan dos programas:

**Programa 2.1 Prevención**

El objetivo es promover valores, principios y estilos de vida saludables fortaleciendo los factores de protección para motivar el cuidado de la salud y del entorno; a fin de evitar el consumo de drogas y retrasar la edad de inicio, priorizando poblaciones de mayor riesgo, con la participación activa de instituciones públicas y de la sociedad civil organizada.

**Acciones**

- Elaboración de **planes departamentales de prevención, tratamiento y reintegración de drogodependientes** aprobados bajo la dirección del comité departamental.
- Gestión y sensibilización, interinstitucional e intersectorial, **con las ETA's para la incorporación e implementación de acciones de prevención, tratamiento y reintegración en los Planes Municipales de Salud y Educación, en el marco de los planes departamentales de prevención, tratamiento y rehabilitación**.
- Elaboración e implementación de metodologías y protocolos de prevención de consumo de drogas y otras adicciones por tipo de población (laboral, familias, comunidad, escolares, universitarios y poblaciones vulnerables); por nivel de prevención (universal, selectiva e indicada) y por tipo de prevención (especifica e inespecífica).
- Implementación **de Centros Integrales de Prevención, diagnóstico y derivación de consumo de drogas en las ETA's**. En las ciudades del eje troncal. La Paz, Cochabamba, Santa Cruz.

**Programa 2.2 Tratamiento, rehabilitación y reintegración**

El objetivo es **incrementar y fortalecer la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación y reintegración para personas con adicciones** mediante programas y proyectos integrales, intersectoriales

y multidisciplinarios, **asegurando la equidad en el acceso** a una atención oportuna, integral, con calidad y calidez.

**Acciones**

- Elaboración y aprobación de **la normativa para los servicios destinados a drogodependientes y personas en situación de calle.**
- Creación e implementación del **Sistema Nacional de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Drogodependientes y Personas en Situación de Calle.**
- **Implementación y fortalecimiento de servicios integrales** a instituciones públicas y privadas que trabajan con drogodependientes y **personas en situación de calle.**
- **Estudios especializados** en tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; y personas en situación de calle**.**

## LEY 913, 16 DE MARZO DE 2017.- LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS. DECRETO SUPREMO N° 3434 ÁLVARO MARCELO GARCÍA LINERA PRESIDENTE EN EJERCICIO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

*[Como norma más específica en materia de tratamiento y reinserción para el Sistema Comunitario de Atención y tratamiento de Adicciones y Salud Mental, en lo referido a: creación de una red integral de prevención y tratamiento con enfoque comunitario y con la misión de trabajar en red de programas y dispositivos y coordinados. Tanto nivel estatal, departamental, municipal, y ONG y centros públicos. Y se desarrolla reglamentariamente las competencias de cada departamento de Gobierno.*

*Igualmente, lo referido a programas de prevención del delito y de consumo de drogas. Se apoya la reinserción socio laboral en el nivel departamental y municipal.]*

En sus capítulos y artículos de la Ley que siguen:

### CAPÍTULO V PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO

**ARTÍCULO 29. (RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO).**

I. En el marco de las competencias concurrentes que se ejercen entre el Nivel Central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas establecidas en los numerales 2 y 13 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, se crea la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana.

II. El Ministerio de Salud coordinará la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, con el fin dirigir y articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; en el marco de las políticas del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas - CONALTID.

III. Además de las instituciones mencionadas en el artículo precedente, la Red de Prevención Integral estará conformada por:

a) Instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollan actividades de prevención integral al consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes e investigación científica sobre adicciones o sustancias psicoactivas.

b) Todas las instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollen actividades de prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación, reintegración de drogodependientes y de investigación científica sobre el fenómeno de las drogas, deben registrarse y acreditarse, bajo regulación específica emitida por el Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 30. (ATRIBUCIONES DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).**

1. Aprobar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.

2. Realizar seguimiento a la implementación de la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.

3. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial para la prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno.

4. Promover la articulación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, así como con las entidades privadas sin fines de lucro.

5. Otras establecidas mediante reglamento.

**ARTÍCULO 31. (FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).**

I. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, funcionará bajo la coordinación del Ministerio de Salud a través de su entidad operativa.

II. La entidad operativa, tiene como principal atribución elaborar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, para su aprobación por la Red y otras que serán establecidas mediante reglamentación.

III. La entidad operativa ejecutará las acciones necesarias en coordinación con los establecimientos de salud, centros educativos, los Consejos de Seguridad Ciudadana, e iniciativas públicas y privadas, con o sin fines de lucro; en el marco de sus competencias.

IV. La entidad operativa coordinará la implementación de programas integrales de prevención de adicciones y del consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes.

**ARTÍCULO 32. (LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO).**

a) Promover el bienestar y seguridad de las personas, familias, comunidades y la población en general.

b) Promover y proteger la salud bajo un enfoque bio – psico – social.

c) Establecer los mecanismos de coordinación y respuesta intersectorial y participativa.

d) Incorporar perspectivas de género y generacional.

e) Incorporar directrices para la implementación, acceso, supervisión y evaluación de programas de tratamiento para personas privadas de libertad.

f) Incorporar directrices de prevención en los ámbitos: familiar, comunitario, educativo, laboral, deportivo, comunicativo, de salud y de seguridad.

g) Otros establecidos mediante reglamentación.

**ARTÍCULO 33. (POBLACIONES ALTAMENTE VULNERABLES AL TRÁFICO ILICITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).**

**I.** La Dirección General de Régimen Penitenciario del Ministerio de Gobierno, en coordinación con la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en los centros y recintos penitenciarios e implementará acciones necesarias para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de libertad.

**II.** La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en poblaciones en situación de calle para implementar acciones de tratamiento, rehabilitación, reintegración y reinserción social.

**ARTÍCULO 34. (REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).**

El Estado Plurinacional de Bolivia a través de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, debe garantizar el acceso a programas de tratamiento médico y terapéutico de los consumidores de sustancias controladas, desde un enfoque de salud pública.

**ARTÍCULO 35. (INGRESO DE LAS PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO A PROGRAMAS).**

El ingreso a los programas de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, procede por:

a) Orden judicial, previo informe médico forense.

b) Solicitud familiar, previo informe médico.

c) Solicitud voluntaria.

**ARTÍCULO 36. (MEDIOS DE COMUNICACIÓN).**

**I.** Los medios de comunicación social, en el marco de la Ley N° 264 de 31 de julio 2012, del Sistema de Seguridad Ciudadana, y el Decreto Supremo N° 1436 de 14 de diciembre de 2012, deben contribuir en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, a través de:

a) Campañas de prevención del consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, y contra delitos de sustancias controladas.

b) La no difusión de mensajes o contenidos que promuevan el

consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, salvo el uso médico o terapéutico.

c) La disposición obligatoria de espacios publicitarios con carácter gratuito para dar a conocer a la población mensajes educativos preventivos del consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas.

**II.** El Ministerio de Comunicación verificará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el presente Artículo.

**ARTÍCULO 37. (PREVENCIÓN SOCIAL Y SITUACIONAL EN EL NIVEL SUBNACIONAL).**

En el marco de las competencias concurrentes entre el nivel central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas, establecidas en los numerales 2 y 13 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, se promoverá la participación de los mismos en el diseño e implementación de acciones de prevención social. Para este efecto se enuncian las siguientes responsabilidades:

**I.** El Nivel Central del Estado definirá las políticas y estrategias del sector brindando los lineamientos generales.

**II.** Las Entidades Territoriales Autónomas desarrollarán y operativizarán:

a) Planes y proyectos de Desarrollo Social y Humano para prevenir el involucramiento de poblaciones vulnerables en materia de narcotráfico.

b) Formular e implementar planes y proyectos para la mejora de oportunidades laborales y económicas como alternativas para poblaciones vulnerables frente al riesgo de involucramiento en ilícitos.

c) Generación de áreas y actividades alternativas para el desarrollo de capacidades para la vida y brindar seguridad en actividades de recreación saludable.

d) Promoción de la participación social para la reducción de factores de riesgo del narcotráfico y su prevención.

*[La Ley tiene especial relevancia por el empuje en el abordaje preventivo y asistencial y de reinserción de las adicciones. Establece las directrices de la nueva política para el abordaje de los problemas de adicciones en Bolivia, de modo que habla de una red de amplia que abarca todos los procesos implicados en las adicciones, que engloba la administración pública además de ONG y entidades privadas de lucro. Asimismo, establece un registro de entidades pertenecientes a las Red que debe operativizar el Ministerio de Salud.*

*Por otro lado, la Red establecida habla expresamente de establecer mecanismos de coordinación intersectorial tanto en prevención, tratamiento y reinserción de las personas con estos problemas, que sin duda integra al sistema penitenciario como parte de la red antes comentada. Por último, señalar en carácter descentralizador de la propuesta en cuanto al ámbito territorial y administrativo que opera, mediante una articulación en tres niveles y el ámbito público y privado sin lucro o sin él.*

*Se habla de una entidad operativa que será la encargada de la coordinación de la Red y se ubica en el Ministerio de salud, que formulara la política en la material y la ejecutara coordinando actores públicos y privados, de modo que la política para el tratamiento de adicciones en prisiones deberá ser formulada por la entidad operativa del Ministerio de salud y ejecutada por todos los actores implicados que se marquen como agentes para la prevención, tratamiento y reinserción de jóvenes, adultos y mujeres con adicciones dentro de las prisiones.*

*Por último, se menciona la población vulnerable de prisiones que consume drogas y que se deben caracterizar en sus formas de consumo y otros riesgos sicosociales, y realizar estudios en este caso expresando claramente la coordinación de la administración penitenciaria y la de salud. Hay que destacar la competencia expresa de Salud en estudios poblaciones de calle en riesgo de abuso de drogas. Hay que destacar*

*cómo se establece también la obligatoriedad de garantizar el acceso a los tratamientos de las adicciones con perspectiva de salud pública a cualquier persona afectada. La perspectiva de salud pública señala precisamente la necesidad de que las opciones terapéuticas por adicciones de dentro de las prisiones deben ser iguales que las de fuera, porque lo usuarios internos son sujetos de derecho del mismo modo que los de fuera salvo en la privación de libertad derivada de sus delitos y condenas.]*

## PLAN NACIONAL DE REDUCCION DE LA DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA 2013-2017 (NO VIGENTE)

El Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, instancia encargada de proponer, desarrollar y aplicar políticas, leyes, reglamentos e instructivos para la lucha

contra el tráfico ilícito de drogas a través de la Interdicción, el Control Social y la Defensa Social, tiene en sus competencias el hecho Preventivo. Desde esta perspectiva, esta Cartera de Estado, asumió el desafío de elaborar un Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, a partir de una Comisión Intersectorial compuesta por el Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación, a la cabeza del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, con el propósito de "Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol y otras drogas en la población boliviana, focalizando a grupos de mayor riesgo a partir de estrategias integrales de prevención universal, selectiva e indicada; asegurando el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración familiar, social y laboral de las personas afectadas; fortaleciendo capacidades institucionales para mejorar los servicios y las respuestas oportunas y efectivas a los desafíos del Plan Nacional, con una visión de género y generacional, de manera intersectorial y asumiendo la interculturalidad".

Aunque no está vigente en este momento, merece la pena señalar los aspectos que se plasmaron en él con relación al tratamiento de adicciones en prisión, y, en general, en colectivos vulnerables. Porque en global fue un documento de referencia, aunque no se ha implementado apenas por diferentes motivos de carácter institucional y operativo.

Por otro lado, sienta las bases de un enfoque acorde al adoptado por el SCATASM, basado en la vulnerabilidad, y la perspectiva de salud pública de las adicciones y la salud mental.

Textualmente se dice en la introducción que: "El Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, es un instrumento de gestión que cohesiona la intervención del Estado y la sociedad en función de los principales ejes temáticos, buscando fortalecer la institucionalidad en los niveles nacional y sub nacional, fortaleciendo e institucionalizando las políticas y programas de prevención, tratamiento y reintegración social de drogodependencias, privilegiando a grupos en situación de riesgo y de mayor vulnerabilidad, con un enfoque biopsicosocial.

El proceso de formulación del Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013 – 2017, se concibe en un momento histórico de ruptura con las políticas, nociones y paradigmas del pasado y el emergente desarrollo de comprensiones y tendencias nacionales e internacionales que demandan enfoques integrales y sistémicos."

El Plan está estructurado a partir de cinco ejes temáticos: prevención, poblaciones altamente vulnerables, tratamiento y rehabilitación, reintegración y desarrollo institucional. Asimismo, cada eje temático contiene programas definidos de acuerdo a la problemática priorizada por los actores involucrados.

Es enriquecedor lo que se recoge sobre un eje específico en poblaciones vulnerables que incide directamente en los cometidos del SCATASM, y también traza una línea de trabajo sobre reinserción (global) por primera vez en documento de planificación. El SCATASM adopta los criterios establecidos en este Plan.

4.2 Eje temático población altamente vulnerable

Objetivo

• Involucrar e integrar esfuerzos y recursos gubernamentales y privados para el desarrollo de programas dirigidos a poblaciones altamente vulnerables.

Resultados

• Programas implementados y en funcionamiento dirigido al fomento de capacidades, habilidades sociales en niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de calle.

• Programas implementados de tratamiento y rehabilitación para población privada de libertad con dependencia al alcohol y otras drogas.

• Seguro universal para la atención integral y gratuita de la población en situación de calle.

Población meta

Población en situación de calle

Población privada de libertad

Este eje temático tiene el propósito de atender las necesidades y requerimientos de la población en situación de calle y la población privada de libertad. En este escenario, este eje plantea la implementación de programas que fomenten el desarrollo de capacidades y habilidades sociales, conformación y fortalecimiento de redes hacia la des-estigmatización de esta población.

Lineamientos Generales

- Implementar programas para resolver de manera sostenible la situación de la población privada de libertad.

- Desarrollar estrategias y acciones comunicacionales, destinadas a conseguir los fines deseados de manera coherente, integrada y no dispersa.

- Establecer líneas base a partir de diagnósticos del estado de situación para la formulación de los programas

- Trabajar intersectorialmente a partir de equipos interdisciplinarios con enfoque de género e interculturalidad.

En concreto se propone para esta línea de vulnerabilidad:

Programa: Desarrollo de capacidades y habilidades personales y sociales dirigidas a la rehabilitación, reducción de daños y acceso a la salud

Objetivo:

· Promover programas para el fomento de capacidades y habilidades sociales para niños, niñas, adolescentes y jóvenes con problemas de conducta en espacios educativos, laborales y comunitarios.

Resultado: Crear una Comisión para población altamente vulnerable, conformada y fortalecida, para diseñar programas y proyectos intersectoriales. Diagnósticos y estudios sistematizados sobre la problemática permiten establecer líneas de base para el desarrollo de los programas diseñados.

Objetivo:

· Implementar sistemas integrados de tratamiento y rehabilitación para población privada de libertad

Resultado: Proyecto piloto implementado en un centro penitenciario que desarrollan programas de tratamiento y rehabilitación integral con la población privada de libertad.

Objetivo:

· Promover el seguro universal para la atención integral y gratuita de la población en situación de calle.

Resultado: NO CONSTA

Objetivo:

· Crear red de información sobre población vulnerable

Resultado: Una red conformada y en funcionamiento hasta finales de la gestión 2011

4.3 Eje temático Tratamiento y Rehabilitación

Objetivos

• Mejorar la calidad en la atención y la oferta de tratamiento y rehabilitación a poblaciones que presentan particularidades y necesidades que requieran intervenciones específicas y diferenciadas. Asegurando la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral y de calidad para la población con dependencia de las drogas, para desarrollar vidas más libres y saludables.

Lineamientos Generales

Se facilitará el acceso a un sistema de tratamiento que ofrezca varios modelos integrales de intervenciones terapéuticas basadas en evidencia y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente. Los modelos de tratamiento deben considerar las necesidades de los distintos grupos de población, teniendo en cuenta factores tales como el género, la edad, el contexto cultural y la vulnerabilidad.

Es necesario explorar vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.

4.4 Eje temático Reintegración

Objetivo

• Capacitar, reforzar y reparar aspectos de las distintas dimensiones de la vida en sociedad: autonomía, autoestima, empleo, familia, participación, y todos los necesarios para la plena integración.

Resultados

· Programas de formación, capacitación, fortalecimiento de redes sociales, que promuevan la reintegración familiar, laboral con inclusión social y que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo para niñas, niños y adolescentes en situación de calle y población carcelaria, implementados y/o fortalecidos.

· En el proceso de reintegración se destinará un conjunto de recursos, para responder adecuadamente a las necesidades transitorias o permanentes que presentan las personas con problemas debidos al uso de drogas, teniendo en cuenta sus potencialidades de desarrollo y participación. La reintegración social (familiar,

educativa, laboral), solo será posible si existe un entorno favorable que apoye este proceso con efectivas políticas públicas.

· En este eje se plantea la formación y capacitación permanente, la conformación y fortalecimiento de redes sociales y familiares y los proyectos de vida, que contribuirán a la reorientación de los objetivos en la vida de estas personas.

Lineamientos generales

• Reconstruir los lazos sociales que posibilitan la inserción social a través de múltiples acciones: evaluación del nivel de integración social, evaluación de las competencias en empleabilidad y la capacidad laboral.

• Los programas terapéuticos deben estar divididos en áreas bien delimitadas y articuladas entre sí.

• La duración de cada modalidad debe ser acorde a las necesidades y requerimientos de las personas.

• Implementar programas para resolver de manera sostenible la situación de la población que está en proceso de reinserción social.

• Establecer líneas base a partir de diagnósticos del estado de situación para la formulación de los programas.

• Trabajar intersectorialmente a partir de equipos interdisciplinarios con enfoque de género e interculturalidad.

Programa: Reintegración familiar, social y laboral para personas en la última etapa de tratamiento.

Objetivo: Implementar programas de formación y capacitación que contribuyan a la inclusión, social, familiar y laboral de personas con problemas debidos al uso de drogas.

Resultado: Programas de formación y capacitación implementados a nivel intersectorial

Objetivo: Fortalecerlas redes sociales, familiares y de protección que permitan el acceso y/o la permanencia en el empleo.

Resultado: Una comisión intersectorial entre instituciones públicas y privadas conformada.

Objetivo: Implementar proyectos de vida que faciliten la inclusión social y educativa para niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Resultado: Un programa para niños, niñas y adolescentes en situación de calle en funcionamiento a partir de redes conformadas entre instituciones públicas y privadas.

## LEY N.ª 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. DECRETO SUPREMO N° 1347, DE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2012, REGLAMENTO A LA LEY N° 259 DE EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

El consumo de bebidas alcohólicas es uno de los problemas de acciones y salud mental que mayor carga de enfermedad conlleva. Por esto es un eje central del SCATASM. La propuesta se alinea con esta ley plenamente. En su objeto se señala que es: regular el expendio y consumo de bebidas alcohólicas, las acciones e instancias de prevención, protección, rehabilitación, control, restricción y prohibición, estableciendo las sanciones ante el incumplimiento de las mismas.

Así mismo el decreto sobre el reglamento desarrolla especialmente la competencia de régimen de sanciones y de actuaciones previstas en le ley.

Es de destacar lo referido al control de la publicidad especialmente dirigida a menores legales en lo referido a la promoción y prevención.

Pero nos interesa resaltar él lo referido al SCATASM lo que se dice en el apartado: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN AL CONSUMO Y REHABILITACIÓN.

En su Artículo 10. (MEDIDAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN).

Se dice que el Gobierno Nacional, las Entidades Territoriales Autónomas y las Instituciones Públicas y Privadas; implementarán medidas de promoción de la salud y prevención del consumo de bebidas alcohólicas en el ámbito de sus competencias, señalándose de manera enunciativa y no limitativa las siguientes:

1. Incorporar en su planificación estratégica de desarrollo y su programación operativa anual, actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de bebidas alcohólicas con enfoque integral, intersectorial e intercultural; que signifiquen movilización de la familia y la comunidad; de acuerdo a la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

2. Promover el diseño e implementación de políticas y programas institucionales de prevención del consumo de bebidas alcohólicas, en el Sistema Educativo Plurinacional.

3. Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, el desarrollo de programas especiales de prevención y control del consumo de bebidas alcohólicas, en el sistema educativo plurinacional.

Artículo 11. (MEDIDAS DE ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN). Las Entidades Territoriales Autónomas, Instituciones Públicas y Privadas implementarán las siguientes medidas de atención y rehabilitación basada en la comunidad:

1. Fortalecer las Redes de Servicios de Salud y a las Comunidades Terapéuticas Especializadas, en cuanto a la capacidad de respuesta y atención del personal de salud, en lo que se refiere al tratamiento de la dependencia al alcohol.

2. Promover el fortalecimiento de instituciones específicas de rehabilitación, basadas en la comunidad a través de la conformación de grupos de autoayuda.

3. Diseñar e implementar programas, proyectos y acciones dirigidas a la rehabilitación y reinserción a su medio familiar, comunitario-social y sobre todo laboral y/o educativo, a través de centros psicosociales y psicopedagógicos.

## 4.3. NORMAS REFERIDAS AL MODELO Y LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

### DECRETO SUPREMO N.º 29601, NUEVO MODELO SANITARIO DE BOLIVIA

**"MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL"**

El Estado Plurinacional de Bolivia, acorde a los lineamientos internacionales en materia de Reducción de la Demanda de Drogas, tiene una visión de Salud Pública en el

abordaje de la prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes.
El Ministerio de Salud se constituye en Cabeza de Sector del Gobierno Nacional en lo que se refiere a la reducción de la demanda de drogas, con el mandato de abordar de manera integral la prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos o drogodependientes.
El accionar del Ministerio, centrado en la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) ; cuyo objetivo es el de "Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población", contempla cuatro principios fundamentales para su aplicación:
1) intersectorial dad;
2) Integralidad;
3) Intercultural; y
4) participación comunitaria.
Considerando que "La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de nuestro país y de su diversidad: el proceso salud/enfermedad no tiene solamente causas, sino más bien determinantes. Esta conceptualización permite avanzar respecto a la definición que limita a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"; el abordaje integral de salud desde el Estado, involucra todo el hecho integral preventivo de las adicciones.

El objetivo de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

Uno de los principios de la SAFCI es la Participación Comunitaria, considerada como "la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo

integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos".

Sobre la Atención Integral de Salud, se define como "las acciones de promoción de la salud, Prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades con tecnología sanitaria existente en el país y de acuerdo con capacidad resolutiva de los establecimientos de salud".

El modelo de atención de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, de manera eficaz, eficiente y oportuna, en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

## LEY No 031, DE 19 DE JULIO DE 2010, MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN "ANDRÉS IBÁÑEZ"

En su capítulo III, alcance de las competencias, articulo.81 (salud),
en lo referido a las competencias en materia de salud de los departamentos y municipios, materia de planificación de los servicios de prevención y tratamiento de las adicciones y la salud mental previstos en el SCATASM, lo referido a la acreditación de servicios de salud previsto en el SCATASM, la coordinación de recursos con los municipios, en la implementación de programas preventivos de adicciones y de salud mental, lo referido al control de la calidad de los Servicios de salud privados y públicos,

**1. Objetivos departamentales autónomos: (en relación con el SCATASM)**

a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.
c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.

d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.
f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo con la norma del nivel central del Estado.
i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
ll) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
n) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.
o) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.
p) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para

garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.
q) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios de comunicación masiva, asimismo las emisiones sonoras en general.

**2.- Gobiernos municipales autónomos (en relación con el SCATASM)**

a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.
e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.

g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.
j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.

## DECRETOS DEPARTAMENTALES DE CREACIÓN Y FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD (SEDES)

*En lo referido a las competencias en la prevención de adicciones y la salud mental e incorporación de en la cartera de servicios de los dispositivos de prevención y tratamientos a las adicciones y salud mental.*

## LEY 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY 1096 DE 28 DE MAYO DE 2018, HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO.

*En lo referido al Sistema Nacional de tratamiento de adicciones, en la inclusión en el SUS (en su caso en los Sistemas de prestaciones de salud departamentales y municipales) de las prestaciones de atención a las adicciones y salud mental.*

## DECRETO SUPREMO No 3813 que regula parcialmente la Ley 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY 1096 DE 28 DE MAYO DE 2018, HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO.

*Sobre la progresividad de aplicación de la ley, y sobre los mecanismos de financiación para los hospitales de tercer nivel.*

## LEY Nª 475, DE PRESTACIONES SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, 30 DE DICIEMBRE DE 2013

*En las partes no derogadas, aún está vigente en su articulado, las prestaciones generales del sistema público de salud, en concreto ARTÍCULO 6. (PRESTACIONES DE SALUD), señala la prevención y la promoción de la salud, y los niveles de prestación desde el ambulatorio al hospitalario. En concreto se dice:*

*I. La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.*

*Y de especial relevancia es lo señalado en el artículo 7 (ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD), que señala expresamente que la entrada al sistema integral de salud se realiza obligatoriamente por el primer nivel de atención, que al segundo nivel de atención se accede a través del primer nivel, y que al tercer nivel se accedo a través del segundo nivel.*

**ARTÍCULO 2.- (DEFINICIONES).**

Apartados

**c) Red funcional de servicios de salud**

Es aquella conformada por establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores público, de la seguridad social a corto plazo y el privado con o sin fines de lucro, articulados mediante el componente de referencia y contra referencia, complementados con la medicina tradicional ancestral boliviana y la estructura social en salud;

**g) Centros de Rehabilitación**

Son unidades prestadoras de servicios en rehabilitación integral, con extensión comunitaria, que permiten a las personas con deficiencias, obtener una máxima independencia, capacidad física, intelectual, mental, social y vocacional;

**ARTÍCULO 3.- (RESPONSABILIDADES).**

Se establecen las siguientes responsabilidades:

a) Ministerio de Salud.- Es responsable de ejercer la rectoría, política, regulación y control de la aplicación de la LeyN°475;

b) Establecimientos de Salud.- Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, tienen la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud

determinados en la Ley N° 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.

**ARTÍCULO 5.- (REGISTRO DE BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS).**

Con fines de control. El Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES, determinara procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que lean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo con el área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud.

**ARTICULO 6.- (ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES E INTERCULTURALES).**

El Ministerio de Salud, en coordinac16n con los SEDES y los gobiernos autónomos municipales, realizara la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo con la normativa vigente.

**DECRETO SUPREMO N°1984, de 30 abril 2014: REGLAMENTO A LA LEY Nº 475, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.**

Se recoge aquí en articulo 3 sobre Responsabilidades, lo referido a lo que se entiende por Establecimientos de Salud.- Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, tienen la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud determinados en la Ley N° 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.

En el artículo 6, se establece la posibilidad de organizar redes funcionales de establecimientos, en coordinación entre Ministerio de Salud, SEDES y gobiernos municipales.

Y quizás, lo más importante sobre la propuesta de integración de las adicciones al S.U.S, es lo que se dice en el ARTÍCULO 7.- (PRESTACIONES DE SALUD)., sobre la obligación de renovar las prestaciones del S.U.S, al menos cada dos años; la obligación de que las prestaciones de salud que sean otorgadas a los beneficiarios, deben enmarcarse en las Normas Nacionales de Atención Clínica y de Promoción de la Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud.

En ARTÍCULO 12.- (PROVISIÓN DE PRESTACIONES), se determina que las prestaciones del S.U.S son de carácter universal y no precisan de convenios para prestación de estas. Las prestaciones a beneficiarias y beneficiarios que se brinden en establecimientos de salud privados estarán sujetos a la suscripción de convenios con los gobiernos autónomos municipales, en caso de no disponer de medios suficientes o carecer de ellos por completo.

### RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº- 0039 DE 30 DE ENERO DE 2013 PARA LA "APROBACIÓN E IMPRESIÓN DE LA NORMATIVA DE LA UNIDAD REDES DE SALUD Y CALIDAD"

Publica las normas de caracterización de los dispositivos de salud y de su coordinación:

- Norma Nacional de caracterización de Establecimientos de salud del Primer Nivel.
- Norma Nacional de caracterización de Hospitales de Segundo Nivel.
- Norma Nacional de Referencia y Contrarreferencia.

*[En lo referido al Sistema Nacional de tratamiento de adicciones para, para la inclusión en cartera de servicios de primer nivel, segundo nivel las prestaciones de atención a las adicciones y salud mental (para la población general y para la población penitenciaria privada de libertad) Y tercer nivel en cuanto que este redactada dicha normal. Así como lo referido a aplicar los protocolos de referencia y contrarreferencia establecidos por norma nacional para este tipo de patologías].*

## 5.- CONTEXTO GENERAL DEL IMPACTO DE LOS TRASTRONOS MENTALES Y DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOLIVIA

### 1.- LA AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018-2030: UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS DE LA OPS-OMS, (160A SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO WASHINGTON, D.C., EUA, DEL 26 AL 30 DE JUNIO DEL 2017),

Deja un panorama del impacto de los problemas más relevantes en salud de las Américas. La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (la Agenda o ASSA2030) constituye el marco de políticas y planificación estratégica de más alto nivel en la Región de las Américas. Es un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la Región en su conjunto y en los Estados Miembros, teniendo en cuenta el nuevo contexto regional y mundial. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que cuenta con representación de todos los países del continente americano, aprobó esta Agenda.

Los principios que rigen la agenda son muy relevantes para la implantación del SITAPLL, de modo que son los que se han puesto como base para su formulación. Estos principios son:

- ✓ La equidad en la atención sanitaria: Como afirma la OMS, "un enfoque de salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permiten afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios. El objetivo de un enfoque basado en los derechos humanos es que todas las políticas, estrategias y programas se formulen con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas. Las intervenciones para conseguirlo se rigen por principios y normas rigurosos que incluyen: la no discriminación, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la calidad, la rendición de cuentas y la universalidad.

  La aplicación de estos principios en personas privadas de libertad es totalmente justificada ya que son, sin duda, uno de los colectivos que más sufre la inequidad de la atención dentro de los Sistemas Penitenciarios, y en el ámbito de las adicciones

  aún se agrava más el problema. De ahí que nos apoyemos en este principio de modo firme en esta propuesta.

- ✓ La universalidad: Los derechos humanos, entre ellos el derecho al goce del grado máximo de salud, son universales e inalienables. Todas las personas, en cualquier lugar del mundo, deben poder ejercerlos y disfrutarlos. Las personas privadas de libertad con más razón, para que no queden fuera del sistema de prestaciones de salud.

- ✓ La inclusión social: En el ejercicio de los derechos humanos, entre ellos el derecho al goce del grado máximo de salud, se debe incluir a todas las personas, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, lugar de nacimiento o cualquier otra condición. Y en nuestro caso las personas privadas de libertad y evitar al máximo su exclusión social y estigmatización.

Las enfermedades no transmisibles, entre las que está en consumo de drogas legales o ilegales, son la principal causa de muerte en toda la región, con el 78% frente a otras causas de enfermedad.

La mortalidad por enfermedades no transmisibles comprende a la salud mental y las adicciones. Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas son los principales factores que contribuyen a la morbilidad, la discapacidad, los traumatismos, la mortalidad prematura y un riesgo mayor de padecer otras enfermedades. La prevalencia de estos trastornos estimada en 12 meses varía del 18,7% al 24,2% en la Región de las Américas (los trastornos de ansiedad varían del 9,3% al 16,1%; los trastornos afectivos, del 7,0% al 8,7%; y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, del 3,6% al 5,3%).

Los cuatro principales factores de riesgo por comportamientos modificables para las enfermedades no transmisibles son: a) el consumo del tabaco, b) el consumo perjudicial de alcohol, c) la alimentación poco saludable y d) la inactividad física; aunque no se pueden dejar de lado los cambios fisiológicos y metabólicos, como la presión arterial elevada, el sobrepeso y la obesidad, el incremento de la glucosa en sangre y los niveles altos de colesterol. En la Región, el promedio anual de consumo de alcohol por persona en mayores de 15 años fue de 8,4 litros.

En el año 2013, la prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco estimada en las personas de 15 años o más en la Región fue del 17,5%. En los estudiantes de 13 a 15 años de edad, la prevalencia del consumo actual de tabaco fue del 13,5% (14,7% en los hombres y 12,3% en las mujeres)

## 2.- LA CARGA DE ENFERMEDAD DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES Y DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN BOLIVIA.

Las ENT (enfermedades no transmisibles) resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Y, básicamente, tienen que ver

con los hábitos de vida como alimentación, ejercicio físico, y el consumo de sustancias. En las Américas supone una carga de enfermedad por ENT, mayor que la media mundial y se sitúa en el 78% de los fallecimientos y mortalidad. Según el análisis del informe de OPS_OMS (2018) con datos de 2015 regionales, la carga de la enfermedad de los trastornos por uso de sustancias es una de las causas de discapacidad y de fallecimiento prematuro más altas de entre todas las enfermedades no transmisibles. En concreto, los años perdidos por discapacidad (APD) un indicador que proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante, en las Américas suponen la tercera parte de años perdidos por enfermedad, en el conjunto de todas las enfermedades no transmisibles y transmisibles. El otro gran indicador de carga de enfermedad son los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) proporcionan una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada. En las Américas supone la quinta parte de la mortalidad y discapacidad unidas, de todas las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

En el caso concreto de los trastornos por uso de sustancias y por uso de alcohol la suma del porcentaje de AVAD de ambos, se sitúa en un 2.12% que es la segunda causa de pérdida de calidad de vida y mortalidad dentro de todos los trastornos mentales.

En el caso de Bolivia el 14% de todas las causas de discapacidad y de muerte son debidas a uso de sustancias más trastornos mentales (AVAD) y un 32% de años de vida perdidos con discapacidad (APD) del total de enfermedades. En el caso separado del consumo de alcohol, en Bolivia produce una pérdida de años de vida con

discapacidad del 0,9% y un 1,2% en el caso de consumo del resto de drogas. En comparación con el resto de las Américas Bolivia se sitúa en la zona media-baja. Sin embargo, los años de vida perdidos son considerables en el caso del alcohol.

Por último, señalar que Bolivia se encuentra a la cola de recursos de atención a adicciones y salud mental en las Américas, con un enorme desequilibrio entre la carga de enfermedad de este tipo de trastornos y el presupuesto asignado a ello a nivel público. Este hecho genera que sean suplidas por servicios privados las

necesidades de tratamiento y abriendo una brecha de desigualdad en el tratamiento, como se ve más adelante en los datos de usuarios de programas de rehabilitación cerrados en Bolivia. Los que tienen recursos de tratan los que no tienen no. Se calcula con los datos de carga de enfermedad y los recursos públicos destinados a adicciones y salud mental que solo se trata el 4,7% de todos los que lo necesitan.

## 3.- POBLACIÓN ATENDIDA Y SALUD MENTAL Y CONSUMO DE DROGAS.

Retomando la frase final del apartado anterior, sólo el 4,7% de los que necesitan tratamiento son tratados, partiendo de la carga de enfermedad de las adicciones. Por el lado de los datos de demanda de tratamiento, según los datos recogidos en el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de drogas en Bolivia 2013-2017, no existe información sistematizada de las personas que acuden a estos centros. Los pocos datos extraídos de los propios centros señalan que el alcohol es la principal sustancia que genera la demanda de atención: el 55% de casos ingresan en estos centros con problemas exclusivos de consumo de alcohol, el 13% alcohol y alguna droga, 6% alcohol y drogas (poli consumo) y 5% droga y alcohol. El consumo de alcohol está presente en el 79% de los casos de población que admite iniciar un proceso de rehabilitación.

Hay muy poca fiabilidad de los datos y muchas dispersiones de los mismos, pero parece concluirse que el perfil de los usuarios es: un nivel de escolaridad medio alto. Según estos datos, el 62% de la población de este centro de rehabilitación ha cursado estudios del ciclo medio y universitarios, un 20% el nivel intermedio y el 11% el nivel básico. Este hecho se pone en relación muy clara con lo comentado de las conclusiones del Informe sobre carga de enfermedad de la salud mental y las adicciones 2018 de OPS_OMS, que apunta a que la falta

de inversión pública en recursos para atención de la salud mental y adiciones en Bolivia aumenta los servicios de tratamiento privados. Estos centros, por ende, atienden un perfil muy específico de usuarios que dispone de recursos para ello, dejando fuera usuarios que no disponen de recursos económicos. El perfil de usuarios de trabajadores autónomos y profesionales como perfil laboral más importante refuerza lo señalado antes.

El grupo diana demandante de tratamiento es desde los 16 años hasta los 34 con un 64% del total de demandas, seguido por la población entre los 35 y 44 años (20%). La

atención a adolescentes y jóvenes entre 16 y 25 años, se lleva un tercio aproximadamente del total. Este dato es significativo

Respecto a la perspectiva de género, hay que señalar que el 83% de la población que ingresa son varones y únicamente el 17% son mujeres. Este hecho pone énfasis en la insuficiente accesibilidad de la mujer a los centros que debe mejorarse. Por otro lado, se señala en el documento referido antes que el trabajo con mujeres implica unas consideraciones especiales como son: la presencia de los hijos, por los problemas de violencia física y sexual que acompaña la adicción en muchos casos.

Desde otra perspectiva, del ingreso psiquiátrico por abuso o adicción de drogas o alcohol, de acuerdo al estudio "Panorama de la Salud Mental en Bolivia", realizado por el Dr. Rivera en 2004, la primera causa de morbilidad en pacientes internados en centros psiquiátricos de todo el país, son los "trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas" (CIE-10: F10-F19). Analizando la composición de este grupo - concluye el informe - encontramos que el 88% corresponden a consumo de alcohol, 7% a consumo de cocaína - marihuana y 5% a consumo de múltiples drogas.

## 4.- ESTADÍSTICAS SOBRE EPIDEMIOLOGIA Y CARGA DE ENFERMEDAD DE SALUD MENTAL Y DE CONSUMO DE DROGAS EN BOLIVIA.

Presentamos a continuación los datos más relevantes por estadísticas de consumo de drogas ilegales y alcohol y tabaco.

Se comenta en notas de columna izquierda los resultados más relevantes sobre el consumo de drogas.

| TABLA Nº 1 PREVALENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS EN BOLIVIA SEGÚN MES, AÑO Y VIDA, POBLACIÓN DE 12 A 65 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **TIPO DE SUSTANCIA** | **PREVAL. DE MES** | **PREVAL. DE AÑO** | **PREVAL. DE VIDA** | **NÚM. APROX. ULTIMO AÑO BOLIVIA 2017** |
| Alcohol | 23.02 | 48.53 | 69.38 | 3.3 millones |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tabaco | 14.81 | 25.05 | 45.31 | 1.7 millones |
| Tranquilizantes | 0.95 | 1.87 | 4.62 | 127 mil |
| Estimulantes | 0.05 | 0.26 | 0.64 | 17.6 mil |
| Marihuana | 0.66 | 1.27 | 3.61 | 86.3 mil |
| Inhalables | 0.20 | 0.30 | 0.99 | 20.4 mil |
| Cocaína | 0.04 | 0.32 | 0.83 | 21.7 mil |
| Pasta Base de Cocaína | 0.04 | 0.05 | 0.19 | 3 mil |
| Éxtasis | 0.00 | 0.00 | 0.04 | 2.7 mil (alguna vez) |
| Fuente: "II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto", CONALTID, 2014. | | | | |

| **CONSUMO DE DROGAS EN UNIVERSITARIOS (18 A 25 AÑOS)** | | |
|---|---|---|
| **ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA 2016 UNODOC (ÚLTIMOS 30 DÍAS)** | | |
| ALCOHOL | 32% | H: 38.2%; M: 26,4% (15,2% de riesgo; mujeres han duplicado el riesgo 2009. 2016 (6,5→12,4%) |
| TABACO | 15,3% | Mujeres 8,1% |

| | | |
|---|---|---|
| TRANQUILIZANTES SIN RECETA | 3,1% | |
| MARIHUANA | 5% (último año) | |
| COCAINA | 0,41% | |
| LSD | 0,8% | Aumento muy significativo en últimos años, junto con drogas nuevas, de la prueba 17,4% |

| CONSUMO EN ADOLESCENTES Y JOVENES TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) CONALTID | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **SUSTANCIA** | **FRECUENCIA DE CONSUMO** | **EDAD DE INICIO** | **TENDENCIA** | **COMENTARIOS** |
| ALCOHOL | 16% | 16 Años | 2004 – 2017 | 17,5 H – 14,26 M. Importante consumo de riesgo 25% de los consumos de último mes. Muy igualado entre chicos y chicas 4,79 H – 3,14 M. 16 – 19 años y clase media alta. |
| TABACO | 7,95% | 14,6 Años | 2004 - 2017 | |
| TRANQUILIZANTES SIN RECETA | 2,68% | | 2004 - 2017 | 2,40 H – 2,96 M |
| ESTIMULANTES SIN RECETA | 1,60% | | 2004 - 2017 | 1,95 H – 1,27 M |
| | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| MARIHUANA | 2,30% | 15 Años | | Consumidores de riesgo 1 de cada 5,22% de los consumidores mensuales. |
| COCAINA | 10% | 14,94 Años | 2004 - 2017 | Consumen semanal o diario, un 20, 50% de los que consumen mensual. Último mes 0,61%, último año 1,12% (1,60 H – 0,64 M) |
| PASTA BASE | 0,50% | | 2004 - 2017 | |
| INHALABLES | 1,97% | 13 Años | 2004 - 2017 | Uso poco frecuente |
| MDMA DROGAS SINTÉTICAS | 1,58% | | | 2,08 H – 1,08 M |
| | SÓLO UN 5% HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO POR ALCOHOL O DROGAS. HAY UNA BAJA ACCESIBILIDAD A LOS TRATAMIENTOS PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES. | | | |

La magnitud del daño provocado por el consumo de drogas se hace patente en los 28 millones de años de vida "sana" (años de vida ajustados en función de la discapacidad) (AVAD) que, según las estimaciones, se perdieron en 2015 en todo el mundo de resultados de la muerte prematura y la discapacidad causadas por el uso de drogas. *(UNODC, INFORME SOBRE LAS DROGAS 2017)*. Según la OMS, el consumo de drogas son la 18ª y 19ª causas de más mortalidad y morbilidad en la región de 88 evaluadas.

En Bolivia los trastornos mentales, se miden del modo más aproximado según el informe **"La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018" (OPS-OMS).** En él se trata conjuntamente de trastornos mentales, neurológicos, debidos al consumo de sustancias, y el suicidio (TMNS). Por el momento no hay estudios epidemiológicos sobre salud mental en Bolivia que nos permitan tener una idea de cuáles son los problemas más prevalentes en la población. Los indicadores del impacto sanitario se miden por tres parámetros:

- **Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) proporcionan** una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada.
- **Los años de vida perdidos (AVP)** ofrecen una medida de la mortalidad por causas específicas ponderada en función de la esperanza de vida en el momento de la muerte.
- **Los años perdidos por discapacidad (APD)** proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante.

Del total de años perdidos por discapacidad los TMNS son causantes del 32% de años de vida perdidos en total (respecto a enfermedades no transmisibles, lesiones y enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales). Los problemas depresivos son causantes del 7,7% de la perdida de años; los trastornos por ansiedad el 4,9%; suicidio y autoagresión el 1,7%; por psicosis un 1,4%; por el consumo de alcohol un 0,9%; trastornos por uso de sustancias (no alcohol) 1,2%; los trastornos de comienzo en la infancia y adolescencia el 2,9%. La conclusión general es que, por el peso de la enfermedad mental y adicciones, el gasto publico en Bolivia tiene un muy amplio margen de mejora, respecto al resto de países de la región.

## 5.- IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES. COMPORTAMIENTO DELICTIVO Y CONSUMO DE DROGAS.

| **IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES** | | |
|---|---|---|
| **VIOLENCIA SEXUAL Y VIOLENCIA VERBAL Y FISICA A MUJERES BOLIVIA** | | |
| **El 70% de agresores sexuales bebió mucho o se drogó al cometer el delito de abuso o violación. El 26% de mujeres agredidas sexualmente había bebido mucho.** | | |
| VIOLENCIA SEXUAL (abuso o violación) | 3.700.00 mujeres han sufrido alguna vez en su vida. | 1.600.000 lo sufren actualmente (INE 2016) |
| VIOLENCIA VERBAL O FÍSICA | 2.000.000<br>500.000<br>1.200.000 | Violencia verbal<br>Encerradas<br>Violencia física |

| IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES | | |
|---|---|---|
| **IMPACTO CONSUMO DE DROGAS TRANSITO Y MEDIO LABORAL** | | |
| ACCIDENTES DE TRÁNSITO (atropellos y colisiones) | 20.000 (INE 21015, fuente Policía Nacional) | Un 50% debido al alcohol y otras drogas. |
| Accidentes Laborales | 22 trabajadores / 100.000 fallecen (15-30% se relaciona con alcohol y drogas) Bolivia. | 50% en construcción. OIT: 10% trabajadores tienen problemas de adicciones. El 80% de problemas laborales de personal. |
| Ausentismo laboral | 2 a 3 veces mayor con consumos de alcohol y drogas. | |

| IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES | |
|---|---|
| **DELITOS (ROBOS, HOMICIDIOS Y CONTRA INTEGRIDAD Y SALUD) FALTAS** | |
| **Hasta un 40% de delitos reiterados de producen bajo efectos del alcohol y otras drogas (estudio de SENDA Chile 2006)** | |
| POBLACIÓN PENITENCIARIA (Fuente: INE 2013) | 14.415 INTERNOS |
| NARCOTRÁFICO | 4.000 |
| VIOLACIÓN | 2.500 |
| ROBOS Y DELITOS COMUNES | 5.600 |

| IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES |
|---|
| **DELITOS (ROBOS, HOMICIDIOS Y CONTRA INTEGRIDAD Y SALUD) FALTAS** |
| **Hasta un 40% de delitos reiterados de producen bajo efectos del alcohol y otras drogas (estudio de SENDA Chile 2006)** |

| | |
|---|---|
| DELITOS (FUENTE: INE 2016, BOLIVIA) | 16.500 |
| FALTAS (FUENTE INE: 2014, BOLIVIA)<br>● LEY 259 LEY DE CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS<br><br>● ORDEN PÚBLICO | 25.700<br><br>50.431 |

| **IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LAS ADICCIONES** | |
|---|---|
| **COMPORTAMIENTO DELICTIVO EN POBLACIÓN PENAL BOLIVIA** | |
| **Hasta un 40% de internos declaran haber delinquido con el propósito de comprar droga o proveerse de ella (Estudio SENDA Chile, 2006, sobre expedientes judiciales)** | |
| POBLACIÓN PENITENCIARIA (Fuente: INE 2013) | 14.415 INTERNOS |
| NARCOTRÁFICO | 4.000 |
| VIOLACIÓN | 2.500 |
| ROBOS Y DELITOS COMUNES | 5.600 |

## 6.- RATIOS DE ITEMS PARA SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Para tener una idea de la situación general en cuanto a los ítems de atención para las adicciones y la salud mental comparada con los estándares del OMS en la materia, tenemos el siguiente cuadro:

| TASA OPTIMA DE PERSONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES . OMS. INSTRUMENTO DE EVALUACION DE SISTEMAS DE SALUD MENTAL. 2013 | | | |
|---|---|---|---|
| PROFESIONAL | TASA OPTIMA | TASA BOLIVIA | COBERTURA OPTIMA POB. BOLIVIA |
| MEDICOS, ENFERMERAS | 23/100 MIL HAB. | 14/100 MIL HAB. | 2.600 DE CADA GRUPO PROFES. |
| PSIQUIATRAS | 8-10/100 MIL HAB. | 1,06/100 MIL HAB. | 904 |
| PSICOLOGOS | 6,5/100 MIL HAB. | 0,46/100 MIL HAB. | 735 |
| T. SOCIAL | 0,8/100 MIL HAB. | 0,25/100 MIL HAB. | 52 |

Aquí queda más patente la insuficiencia de ítems en todo el país para adicciones y salud mental. Es patente que el margen de mejora es muy amplio en la parte de los ítems.

## 6- CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES A CONSIDERAR PARA IMPLANTAR EL SCATASM, SEGÚN LOS DATOS DE SITUACIÓN.

A modo de consideraciones generales de estos datos, cabe destacar los siguientes aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de implantar las acciones propuestas para el SCATASM:

1.- Carencia de ítems dentro de la atención a la salud mental y adicciones para trabajar en condiciones de calidad suficiente. Aunque la coordinación con el SUS, Gobernaciones, Municipios y ONG puede resolver muchas necesidades en este sentido.

2.- Es esencial la puesta en marcha de la Atención a la Salud Mental y Adicciones Comunitaria por el Ministerio de salud en colaboración con la SG-CONALTID para implementar los CAIFC (Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria) de cobertura por todo el país, como

Ejes centrales de la atención en materia de adicciones y salud mental por el sistema público, así mismo, y de gran relevancia, en los procesos de rehabilitación y reinserción socio laboral.

3.- Es imperioso iniciar una política de prevención de salud mental y adicciones desde salud publica en todos los entornos: escolar, familiar, comunitario, laboral, y trabajar por la mitigar la estigmatización y la carga de enfoques punitivos que imperan en muchos casos y no enfoque rehabilitadores y de salud.

4.- Es necesario realizar un esfuerzo en varios años para incrementar el gasto público en salud mental y adicciones, muy especialmente a nivel comunitario.

5.- Especialmente en alcohol y en consumos en prisiones se precisa una acción tendente a la reducción de daños con el fin de evitar problemas más graves de salud y sociales.

6.- Se hace patente la necesidad de un enfoque de género en todos los programas de prevención y promoción, así como en los tratamientos, especialmente para facilitar la accesibilidad de la mujer eliminando barreras.

7.- Es un punto de primera urgencia poner en marcha programas de formación continuada para profesionales del SCATASM, dado que se observan necesidades en este campo para una adecuada actualización.

8.- Se deben hacer esfuerzos en poner en marcha por procesos de cartera de servicios, de acreditación y de calidad dentro del SCATASM, para asegurar un adecuado nivel técnico en las prestaciones. Así como lo protocolos de referencia y contrarreferencia.

9.- Se debe potenciar la coordinación mediante la creación de órganos con ese fin con departamentos y municipios para la atención de las adicciones y de otros problemas de salud general y salud mental.

11.- Es prioritario pone en marcha programas de rehabilitación y reinserción sociolaboral con enfoque comunitario, de modo que se creen itinerarios personalizados para cada usuario que lo necesite.

# 7.- PROGRAMAS E INICIATIVAS DE ESPECIAL INTERÉS PARA EL SCATASM: BASES TEORICAS Y RECOMENDACIONES

## SUB PRODUCTO 1: ESTRUCTURA Y NIVELES DEL SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES.

### Concepto de Salud Mental y adicción del Sistema Comunitario de Atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM)

La Organización Mundial de Salud define la salud mental como el estado completo de bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (…) Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2016) De esta forma la salud mental no se refiere solamente a la ausencia de problemas o trastornos mentales, sino más bien al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social. La salud mental se relaciona con los distintos grados de posibilidad que tienen las personas para participar e influir sobre su ambiente, ya sea para modificarlo, contribuir, establecer relaciones y proyectar su vida y la de su comunidad. Esta concepción trae implicancias importantes, tanto para el abordaje de la enfermedad mental como del bienestar mental y permite explicar por qué algunas personas que no presentan una enfermedad mental, tiene un bajo nivel de salud mental (si es que no tienen oportunidades de realización, relaciones sociales nutritivas ni competencias personales para lidiar con los problemas cotidianos) y, a la inversa, por qué es posible que personas con una enfermedad mental, incluso severa, puedan gozar de un nivel alto de salud mental (si, además de recibir un tratamiento adecuado, cuentan con acceso a vivienda, trabajo y educación dignos, formas de protección social adecuadas, y un clima social y cultural de aceptación y respeto por las diferencias).

Asimismo, el concepto de adicción que se baraja en este documento es en un modo amplio. La OMS entiende la adicción, a las drogas o alcohol como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme

dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio. A los efectos de este documento, la adicción se trata como un problema de salud mental, con entidad propia. Se entiende como un hábito que va desde el uso de la sustancia hasta la dependencia. La actividad de promoción y prevención de adicciones interviene en individuos, comunidades y contextos para evitar tener problemas de salud y problemas sociales por el uso de alcohol y drogas. Y se barajan conceptos intermedios como consumo perjudicial, consumo excesivo, consumo problemático, consumo de riesgo, y otros en un continuo hasta a la adicción. El concepto de adicción se trata en el documento indistintamente como Trastorno por uso de sustancias (TUS). La adicción es un concepto más amplio, como se recoge en la clasificación americana DSM-V; por razones de simplicidad y claridad expositiva adoptamos el criterio de la CIE-10.

Dentro de la Psicología comunitaria vamos a considerar que Las primeras experiencias empíricas de la Modificación de Conducta en salud comunitaria tienen lugar en el contexto de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC).
De ellos y de la filosofía que los inspiró aparece el interés por la prevención y la promoción de la salud, perspectivas ambas que, como veremos más adelante, no eran irreconciliables teóricamente con el modelo conductual. Es más, este modelo viene a suplir algunas de las limitaciones teóricas de que adolecía el movimiento que inspiró la creación de dichos centros.

Cuadro 1. Dimensiones de la Salud Mental Comunitaria versus servicios orientados clínicamente
(Bloom, 1973)[4].

| DIMENSIONES DE COMPARACION | SALUD MENTAL COMUNITARIA | SERVICIOS CLINICOS TRADICIONALES |
|---|---|---|
| 1. Ubicación de la intervención. | Practica en la comunidad | Practica en contextos de salud mental |

[4] BLOMM, B. L. Community mental health: A historical and critica1 analysis. Morristown, N. J. General Learning Press, 1973.

| | | |
|---|---|---|
| | | institucional. |
| 2. Nivel de intervención. | Énfasis sobre una comunidad total o definida (Ej., una zona, o población de riesgo). | Énfasis sobre clientes individuales. |
| 3. Tipo de servicio. | Énfasis sobre servicios preventivos. | Énfasis sobre servicios terapéuticos. |
| 4. Cómo es distribuido el servicio. | Énfasis sobre servicios indirectos a través de la consulta y la educación. | Énfasis sobre servicios clínicos directos a los clientes. |
| 5. Estrategias del servicio. | Dirigidas a llegar a un gran número de personas incluyendo psicoterapia breve e intervención en crisis. | Énfasis sobre la psicoterapia prolongada. |
| 6. Clase de planificación. | Racional, dirigida a la especificación de necesidades, poblaciones de alto riesgo, | Servicios individuales no planificados sin coordinación comunitaria; un sistema de "libre empresa". |

| | | |
|---|---|---|
| | y coordinación de servicios. | |
| 7. Recursos humanos. | Profesionales de SM junto con nuevos recursos no profesionales, tales como estudiantes y usuarios o miembros de la comunidad. | Profesionales tradicionales de SM (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales). |
| 8. Lugar de la toma de decisiones. | Responsabilidad compartida en el control y la toma de decisiones con relación a los programas de SM entre la comunidad y los profesionales. | Control profesional de todos los servicios de salud mental. |
| 9. Asunciones etiológicas. Practica en la comunidad. | Causas ambientales del trastorno mental. | Causas intrapsíquicas del trastorno mental. |

**Limitaciones del modelo de Salud Mental comunitaria, en relación con el diseño de los dispositivos de prevención y tratamiento del SCATASM.**

Ya en la década de 10s años sesenta, surge en EE. UU. y en Europa un movimiento critico que cuestionaba básicamente la concepción clínico-individual de distribución de los servicios. A este movimiento se le ha denominado "Salud Mental Comunitaria" (SMC).
Blomm (1973) resume en el cuadro anterior las dimensiones básicas del mismo, comparadas con el modelo clínico de distribución de los servicios.
Las ocho primeras dimensiones tienen relación con el carácter y tipo de distribución de servicios. Tan solo la dimensión nueve delimita los aspectos conceptuales etiológicos de ambas concepciones. La Salud Mental Comunitaria enfatiza el factor ambiental por oposición a la concepción clínica tradicional, que destaca el componente intrapsíquico - individual en el origen de los desajustes psicológicos.

La Salud Mental Comunitaria supuso históricamente una llamada de atención sobre los aspectos preventivos y comunitarios de la salud mental, a la vez que fue uno de los primeros intentos organizados en plantearse la incorporación de recursos humanos no profesionales en las acciones terapéuticas y de salud. A pesar de estos aspectos positivos,
el balance crítico de la Salud Mental Comunitaria no es muy alentador (Rappaport, 1977)[5]. Una revisión crítica de los Programas de Salud Mental Comunitaria (G.Thornicroft; T. Deb; C.Henderson; 2016)[6] ofrece un panorama poco optimista en cuanto a los objetivos de prevención y participación comunitaria de la Salud Mental Comunitaria.
La contribución de la Salud Mental Comunitaria ha estado más en desarrollar nuevas actitudes en cuanto a la distribución de los servicios

que en desarrollar concepciones teóricas acerca del comportamiento humano. Este fue uno de los elementos débiles de la
Salud Mental Comunitaria: la ausencia de una concepción teórica científica de la conducta humana y acorde con los nuevos planteamientos comunitarios y ecológicos que el
nuevo movimiento demandaba. Hemos de recordar que la terapia en los años sesenta fue restringida casi exclusivamente a los psiquiatras, muchos de los cuales, si bien se identificaron con los postulados prácticos (dimensiones 1-8 de cuadro 1) de la Salud Mental
Comunitaria, mantuvieron sus iniciales concepciones intrapsíquicas y estaban muy lejos de dominar los principios, paradigma y técnicas de una psicología científica.

[5] RAPPAPORT, J. Community Psychology. New York: Holt. Rinehart y Winston. 1977

[6] G.Thornicroft; T. Deb; C.Henderson: Community mental health care worldwide: current status and further develoments. World Psychiatry. 2016 oct; 15(3): 276–286

La Salud Mental Comunitaria fracasa en desarrollar programas preventivos de salud. Una concepción intrapsíquica e individual del desajuste psicológico no podía ir más allá de las intervenciones terapéuticas. No sorprende, por tanto, que el énfasis principal de los Centros de Salud Mental Comunitaria en la práctica estuviera en el tratamiento de los ya identificados como "enfermos mentales". De acuerdo con esta concepción, el estilo de distribución de los servicios fue de espera (waiting mode) frente al de búsqueda (seeking
mode). Es decir, el profesional ha de esperar en el Centro de Salud Mental Comunitaria a que el usuario potencial acuda demandando un servicio, generalmente terapéutico. Una comunidad medicalizada, que solo percibe la necesidad de un servicio cuando está enferma o tiene problemas, no demandará servicios preventivos, sólo servicios terapéuticos cuando estos sean accesibles y haya información suficiente sobre ellos. De este modo,
importantes sectores de la población, posiblemente los más necesitados y menos informados, quedarán al margen de las acciones de salud. La prevención y la promoción de la salud se convierten en utopías lejos de alcanzar. La Salud Mental Comunitaria fracasa también en promover la participación de la comunidad. Cuando los problemas de salud son conceptualizados con formulaciones mentalistas e inaprensibles, la salud pasa a ser competencia exclusiva de los especialistas
(Costa, 1984) deviniendo así la ideología clínica tradicional en un fermento conceptual para la no participación.

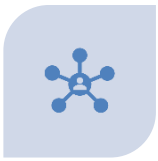
**Concepto de Salud mental Comunitaria dentro de Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental (SCATASM)**

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental recoge los conocimientos asociados a los avances experimentados en tecnologías, estrategias psicosociales y enfoque de derechos humanos, todo lo cual ha contribuido significativamente a superar la lógica de la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social. Este modelo propone una reorganización de servicios de salud mental integrados al sistema general de salud, organizados en niveles de intervención, con recursos especializados, diversificados, desconcentrados y territorializados, que otorguen atención integral, con énfasis en los servicios ambulatorios más que cerrados, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con el resto de estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades específicas y especiales de las personas que padecen trastornos mentales.

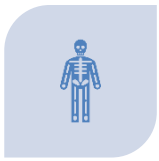
El Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud

mental. En la convergencia, ambos modelos reconocen a las personas como parte de un grupo familiar y de una comunidad, donde existen determinantes que condicionan su salud y su calidad de vida; son parte de un sistema de salud integrado que aborda los problemas de salud bajo principios compartidos de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de los cuidados.
Desde el enfoque centrado en la persona con trastorno mental, el Modelo Comunitario de Salud Mental se hace cargo de cómo el grupo familiar y el entorno comunitario contribuyen a la recuperación de la persona, favoreciendo la inclusión social y proveyendo condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de sus derechos y mejora en su calidad de vida.

El sistema de tratamiento de adicciones y salud mental es un conjunto de dispositivos de atención y de prevención y promoción y de interrelaciones entre ellos conforme a unos criterios de derivación. El sistema tiene como eje de intervención la comunidad.
El concepto central del Sistema Nacional de tratamiento de las adicciones y la salud mental es la intervención Comunitaria. Desde el punto de vista de Bolivia el punto de apoyo a esta estrategia comunitaria es el Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008, cuyo objeto es: Establecer el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural — SAFCI.
El modelo se sustenta en los Principios del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Estos son:



***INTERSECTORIALIDAD:*** A TRAVÉS DEL TRABAJO EN RED Y COMPLEMENTARIO ENTRE LOS DIFERENTES ACTORES, SEAN ESTOS PÚBLICOS O PRIVADOS.



***INTEGRALIDAD:*** POR UN LADO, CONCIBIENDO A LA PERSONA COMO UN SER BIO-PSICO-SOCIAL Y ESPIRITUAL; Y POR OTRO PROCURANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS.



***INTERCULTURALIDAD:*** RESPETANDO LOS USOS Y COSTUMBRES DE TODAS LAS NACIONES.



***PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:*** PROMOVER LA PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA DE LA POBLACIÓN DESDE EL DISEÑO, ELABORACIÓN, GESTIÓN, CONTROL SOCIAL Y EVALUACIÓN DEL PNPTA, PROMOVIENDO SU VINCULACIÓN EFECTIVA PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE SUS NECESIDADES, FORTALECIENDO Y REFORZANDO SUS REDES E INICIATIVAS.

tos principios entroncan directamente con el concepto de la salud mental comunitaria: trabajo en red con recursos de la comunidad, enfoque integral de la salud desde la salud pública, atención a la diversidad y la participación de la sociedad civil a través de redes de colaboración.

El modelo SAFCI prevé la acción en forma de ejes transversales que son:

***EQUIDAD DE GÉNERO:*** A PARTIR DE ESTE PRINCIPIO SE DEBE PROFUNDIZAR LA COMPRENSIÓN DE LOS FACTORES FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE HOMBRES Y MUJERES EN SU RELACIÓN CON LA REALIDAD DE LA SALUD MENTAL Y LAS DROGAS Y ELIMINAR LAS DESIGUALDADES QUE EL GÉNERO ESTABLECE EN LO QUE RESPECTA AL ACCESO A LOS SERVICIOS Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS.

***TERRITORIALIDAD:*** PARA LOGRAR UN DISEÑO GLOBAL CON IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y DROGAS ES NECESARIO QUE EL GOBIERNO CENTRAL Y LAS ENTIDADES TERRITORIALES AUTÓNOMAS TRABAJEN DE COMÚN ACUERDO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN TODO EL TERRITORIO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

La consideración del Género de modo específico en las adicciones y la salud mental y la implantación del modelo en todo el territorio son también ejes considerados esenciales en le SINTA.

**Historia de la salud mental Comunitaria en América Latina.**

Repasamos los principales hitos de cómo se ha ido fraguando el modelo de salud mental Comunitaria impulso desde la OMS-OPS, fundamental mente, y continuando con la reforma psiquiátrica en Europa que se fraguó a partir de la segunda guerra mundial. Tanto se refiere a la salud mental como a las adicciones como parte de la salud mental, en un todo.

**1987-1999: la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina.**

La OPS lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que tuvo como punto de partida la Conferencia de Caracas, Venezuela, celebrada en noviembre de 1990
PRINCIPIO: Declaración de Caracas enfatizó que la atención convencional, centrada en el hospital psiquiátrico, no permitía alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

**1997, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) reiteró el apoyo al proceso de reestructuración de la atención psiquiátrica. La Resolución CD 40/R19 del Consejo Directivo de ese año instó a los Estados Miembros a:**

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- Reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios).
- Desarrollar acciones de control de los trastornos afectivos, las epilepsias y las psicosis.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental.
- Mejorar la legislación y las regulaciones para la protección de los Derechos Humanos.

**1999-2005: la salud mental en el nuevo milenio**

El 2001 fue un año de importantes acontecimientos. En el mes de septiembre, el Consejo Directivo de la OPS discutió y aprobó un documento técnico y una resolución sobre el tema que, entre otros puntos, instaba a los Estados Miembros a:

Incluir la salud mental entre las prioridades de la salud pública.

- Intensificar las acciones para reducir el estigma y la discriminación contra las personas con trastornos mentales.
- Continuar desarrollando esfuerzos y estrategias para lograr que la atención de salud mental se desplace de los hospitales psiquiátricos a la comunidad.
- Promover y apoyar la puesta en práctica de programas de rehabilitación psicosocial.
- Desplegar esfuerzos para crear y/o actualizar las disposiciones jurídicas que protejan los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.
- Fortalecer los servicios y programas para grupos poblacionales con necesidades específicas (mujeres, ancianos, niños, refugiados, víctimas de los desastres e indígenas).
- Reforzar el enfoque multisectorial de la salud mental.
- Promover la participación familiar y comunitaria.

**2005 se celebró en la capital del Brasil, la "Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas".**

Asuntos emergentes, de gran impacto social y sanitario, demandaban en ese momento, y aún demandan, respuestas apropiadas del Sector Salud:

- La necesidad de atención de salud mental para los grupos vulnerables, como las poblaciones indígenas y las comunidades afectadas por desastres naturales.
- Los trastornos mentales y la problemática psicosocial de la niñez y adolescencia.
- La conducta suicida.
- Los problemas relacionados con el alcohol y/o abuso de sustancias.
- El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, que exige una participación activa de los servicios de salud mental.

**2006- 2010. Hacia metas más ambiciosas en la cooperación técnica de salud mental de la OPS**

Entre los elementos más importantes del periodo 2006-2009 se destacan los siguientes:

- Difusión de los Principios de Brasilia, documento programático que marca un ajuste importante en cuanto al enfoque de la restructuración de los programas y servicios de salud mental en la Región.
- Evaluación de los sistemas de salud mental de los países usando la metodología del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS o WHO-AIMS, por sus siglas en inglés).
- Énfasis en el apoyo técnico a los países para que alcancen niveles apropiados de implementación de sus Planes Nacionales de Salud Mental.
- Fortalecimiento de la cooperación técnica en el campo de la salud mental de la niñez y adolescencia.

**2010-2020 Hitos más significativos**

- Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), OMS, 2008; Guía de intervención del mhGAP (mhGAP-IG), OMS, 2010
- Estrategia y Plan de acción sobre salud mental, OPS, 2011
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, OMS, 2011; Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, OPS, 2010.
- Estrategia sobre uso de sustancias y salud pública, OPS, 2011; Plan de acción sobre uso de sustancias psicoactivas y salud pública, OPS, 2010.
- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, OMS. Plan de Acción de Salud Mental 2015-2020, OPS

En el momento actual está vigente en la Región el Plan de Acción de salud Mental 2015-2020 que sirve de guía y de referencia normativa internacional para EL SCATASM.

En 2010, los trastornos mentales y por consumo de sustancias representaban 7,4% de la carga mundial de morbilidad y 37% de los años de vida saludables perdidos a causa de enfermedades
no transmisibles, lo que confirma que esta es la principal categoría entre las enfermedades que causan el mayor número de años vividos con discapacidades y la quinta categoría más importante a nivel mundial (1). En el mismo año, los trastornos mentales y por consumo de sustancias ocasionaron 22,5 millones del total de 36,2 millones de AVAD atribuidos al suicidio. La depresión fue responsable de la mayor proporción de AVAD por suicidio (46,1%) y la anorexia nerviosa la menor
(0,2%) (2). Aunque las tasas de mortalidad a causa de trastornos mentales son relativamente bajas, con una prevalencia y cronicidad mayores en comparación con otras enfermedades, la depresión y los trastornos por consumo de sustancias guardan relación con más de 90% de todos los casos de suicidios. Se calcula que cada 40 segundos una persona se suicida. El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en las personas de 15 a 44 años, mientras que es la segunda causa de muerte (después de las lesiones por accidentes de tránsito), en el grupo etario de 10 a 24 años (3).
La comparación de la prevalencia de estos trastornos con los registros disponibles de atención en servicios de salud mental nos permite observar una brecha en el tratamiento. Una brecha en el tratamiento representa el porcentaje de personas con trastornos mentales graves que no reciben tratamiento (4). A nivel mundial, los datos de 2004 mostraron la amplitud de esta brecha: en los países desarrollados de 35,5% a 50,3% de los casos graves no habían recibido ningún tipo de tratamiento en el último año, mientras que en los países en desarrollo la proporción fue mucho mayor, de 76% a 85% de los casos no habían recibido ningún tipo de tratamiento. Estas cifras indican claramente cómo los retos en relación con la disponibilidad de servicios de salud mental no son solo una preocupación para los países en desarrollo (5).
Una explicación posible de esta brecha se relaciona con los recursos limitados que reciben los servicios de salud mental a nivel nacional, donde 70% de los países dedican solo 5% o menos de sus presupuestos de salud a la salud mental (una mediana de 2,3%). Además de esta asignación de fondos reducida, es importante resaltar que la mayoría de estos fondos, un promedio de 88% del presupuesto para la salud mental de los países de ingresos medios y bajos, se dedica al mantenimiento de los hospitales de salud mental (6).
Para abordar estas y otras inquietudes, los Estados Miembros de la Región pidieron a la OPS que formulara un Plan de acción sobre salud mental 2015-2020 (7). El Plan de acción

recoge la experiencia adquirida en nuestra Región y articula el compromiso de los gobiernos. Se basa en una visión general de la Región, aunque persisten diferencias marcadas entre los países e inclusive dentro de un mismo país.

**Modelo de atención sanitaria de las adicciones y la salud mental para la integración de dicha prestación en el Sistema Unificado de Salud (S.U.S.)**

El principio rector de esta propuesta de integración se sustenta en un principio que se apoya en la no discriminación de las personas por problemas de salud que puede generar estigmatización, y por ello un trato igualitario dentro de las prestaciones del sistema público de salud:
las adicciones y la salud mental son una patología más dentro de la salud mental y de la salud pública, y debe ser tratada sin discriminación y en igualdad de condiciones que el resto. Por ello, se integra dentro del sistema unificado de salud (sistema público de prestaciones)

Las líneas estratégicas de la propuesta son:
1.- La propuesta plantea una integración de la prevención del tratamiento y la reinserción de las adicciones y la salud mental en el S.U.S. conforme a las competencias del sistema de salud, y el resto de los sistemas implicados especialmente en la reinserción como son educación, Servicios sociales y empleo.

2.- La integración en el SUS de la salud mental y el uso perjudicial de alcohol y drogas, y su adicción, se aplicará a todas las patologías derivadas de este problema de salud pública conforme a la clasificación de enfermedades mentales de la OMS (CIE-10). Del mismo modo en lo referido a las patologías de Salud mental contempladas en la CIE-10.

3.- La integración se hará conforme a los niveles de atención en salud establecidos por ley: primer nivel, segundo y tercero; mediante una asignación de programas y recursos de atención a las adicciones a cada nivel en base al tipo de tratamientos de cada nivel.

4.- Las técnicas de intervención en salud para las adicciones y la salud mental dentro del Sistema Público serán de calidad contrastada por la
evidencia científica y teniendo en cuenta la eficiencia de estas en el sistema público (coste/efectividad).

5.- La reinserción de pacientes en tratamiento, incluidos los privados de libertad, es un proceso que va más allá del SUS e implica recursos de servicios sociales, de empleo y otros, que implicará una articulación entre sistemas de salud, servicios sociales,

educación, trabajo y cultura y deportes, para dar una continuidad de tratamientos de calidad.

6.- El Tratamiento de las personas con problemas de drogas y salud mental en régimen de privación de libertad, se considera que son sujetos con los mismos derechos que el resto de población, por ello los dispositivos de prevención y tratamiento intrapenitenciarios quedarán integrados en el SUS funcionalmente y forman parte del PNPTA.

7.- La perspectiva de género estará considerada de modo específico en todos los dispositivos y programas de salud mental y del PNPTA y en los programas de prevención y tratamiento. De igual modo, en los requisitos de acreditación.

8.- Tendrá una consideración especial el abordaje de adolescentes vulnerables con programas específicos para ellos y sus familias.

9.- Es esencial disponer de un Sistema de Información de los Casos que entran en el S.U.S. por problemas de adicciones y salud mental, que permita conocer diagnósticos, el tipo de intervención realizada y el tipo de cargas asistenciales que se genera en los tres niveles de atención. Todo ello con una adecuada interface con el resto de los sistemas de intervención (judicial, social, educativo, de trabajo, y otros)

**La atención de la salud mental y las adiciones en el primer nivel de salud.**

IDEA CLAVE: EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN ES LA PUERTA DE ENTRADA AL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL

. - Los pacientes entrarán por las consultas de médicos de familia y enfermería, que realizarán una tarea de detección de problema de salud mental y de la adicción, y una intervención breve con el paciente. Y posterior derivación a SEGUNDO ESCALON EN EL PRIMER NIVEL: los CAIF.

. - Para que el primer nivel de salud pueda ejercer su tarea de modo eficiente como puerta de entrada, se debe formar a todo el personal de primer nivel en salud mental y en adiciones, en especial en las tareas que se van a determinar cómo propias de este nivel: detección e intervención breve en adicciones y derivación a otros niveles.

IDEA CLAVE: SE PROPONE UN PROGRAMA NACIONAL DE CAPACITACIÓN PARA LA ACREDITACIÓN DE LA ATENCIÓN LA SALUD MENTAL Y DE LAS ADICCIONES EN EL S.U.S. (EL

PROGRAMA SE DEFINIRÁ EN UNA EXTENSIÓN MÁS ALLÁ DEL PRIMER NIVEL, Y EN LOS SISTEMAS SOCIAL, PENITENCIARIO JUDICIAL, DE TRABAJO Y OTROS)

. - Así mismo se elaborará un procedimiento administrativo y un protocolo técnico de referencia y contrarreferencia del primer nivel hacia los demás niveles de ámbito estatal, que ordene las relaciones entre niveles y sea de obligado cumplimiento.

**La atención de las adiciones y la salud mental en el primer nivel de salud segundo escalón: los CAIFC (Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria)**

IDEA CLAVE: EL EJE DEL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN ESPECÍFICA DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL DENTRO DEL S.U.S. SON LOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA (CAIFC)

. - Se ubican en el primer nivel de atención del SUS, si bien actúan como un segundo escalón de ese nivel, ya que no son puerta de entrada al sistema de tratamiento.

. - La relación con los centros de salud de primer nivel es íntima y en permanente coordinación, para ejercer una verdadera labor preventiva sobre adicciones y salud mental, y de cribado para otros niveles de atención. Para ello, se requiere un procedimiento de puesta en común de casos y sesiones clínicas entre médicos, enfermeras y trabajadoras sociales de primer nivel y los técnicos de CAIFC

. - El segundo nivel de atención de adicciones y salud mental dentro del SUS se caracteriza por el nivel de intensidad del tratamiento. Y es lo que le diferencia del primer nivel. Además de poder ofertar un nivel de contención del paciente que no es posible en el primer nivel.

. - El acceso al tercer nivel de atención se realiza por referencia del CAIF y en cumplimiento de los protocolos de coordinación formulados al efecto. Así mismo, por el carácter de los CAIFC en intima coordinación con primer nivel, las referencias hacia el resto de los dispositivos de segundo nivel se realizarán a través de ellos igualmente.

. - Los CAIFC llevarán a cabo una atención psiquiátrica, psicológica, de enfermería, social y de reinserción o inserción sociolaboral.

**ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCION A LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL.**

La relación de estructuras de tratamiento para la salud mental y adicciones que se presentan representa un objetivo de largo plazo de referencia hacia donde deben de ir los pasos para la implantación de una red completa.

**SERVICIOS AMBULATORIOS**

1.- Centros Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC)

- Son los dispositivos básicos de atención especializada a la enfermedad mental y las adicciones y constituyen el primer nivel de atención especializado, con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales.
- Están constituidos por equipos multidisciplinares especializados en la atención ambulatoria.
- Atienden a personas de cualquier edad y a todo el espectro de trastornos mentales y adicciones.
- La derivación a estos centros se produce fundamentalmente desde los equipos de Atención Primaria, aunque también se puede acceder a través de urgencias hospitalarias o a petición de otras especialidades.
- Se desarrollan programas de rehabilitación y reinserción psico social y laboral para trastornos de salud mental y adicciones.

**SERVICIOS DE DÍA**

2.- Hospitales de Día (HD)

- Son dispositivos intermedios de Hospitalización a tiempo parcial, con estancia limitada, encaminada a pacientes con trastorno mental grave en fase aguda o subaguda, mayores de 16 años.
- Los Hospitales de Día realizan programas alternativos al ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátrica y de tratamiento intensivo en la comunidad.
- La derivación a estos centros se realiza desde otros dispositivos sanitarios del sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.

**SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE**

3.- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

- Integradas en Hospitales Generales, para tratamiento en régimen de ingreso de 24 horas, y estancias cortas de pacientes con enfermedad mental grave en fase aguda y desintoxicaciones de alcohol y otras drogas.

- Incorporan la atención de Urgencias de Psiquiatría las 24 h. del día en los servicios de Urgencias del Hospital General de referencia.
- Realizan programas de Interconsulta y Psiquiatría de enlace con otros Servicios del Hospital de referencia.
- Se accede mediante derivación desde otros dispositivos sanitarios de sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental o desde el Servicio de Urgencias Hospitalaria.

**SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA/LARGA ESTANCIA**

4.- Unidad de Media Estancia (UME)

La finalidad de ellas es atender a pacientes procedentes de la Unidades de Hospitalización Breve que precisan ingresos más prolongados de los previstos en estos dispositivos para su estabilización y recuperación y en los que se persigue, junto con la mejoría sintomática, la rehabilitación funcional y social del paciente.

5.- Clínica de Rehabilitación (CR)

- Es un centro suprasectorial destinado a la rehabilitación de la enfermedad mental grave, diseñado para
media-larga estancia entre 6 y 18 meses. Atiende a toda la población mayor de 16 años con sintomatología cronificada, que afecta significativamente al funcionamiento general del paciente y es
susceptible de un programa de rehabilitación
- Ofrece tratamiento multidisciplinar de alta intensidad básicamente en torno a dos programas:
    - Centro de Día: recurso de hospitalización parcial, de 10:00 a 17:00, de lunes a viernes
    - Programa de Hospitalización de 24 h. de lunes a viernes.

**SERVICIOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL**

Estos servicios se dirigen a la población de 16 años o menos.
. Las personas de 17 años que precisan atención por trastorno mental son atendidas de forma flexible en recursos infanto-juveniles o de adultos según sus características y necesidades.

6.- Centros de Salud Mental Infanto – Juvenil (CSM-IJ)

- Estos servicios se dirigen a la población de 16 años o menos. Las personas de 17 años que precisan atención por trastorno mental son atendidas de forma flexible en recursos infanto-juveniles o de adultos según sus características y necesidades.
- El primer nivel de asistencia especializada en salud mental a la infancia y adolescencia se realiza en los CAIFC, donde está definido un programa de atención infanto-juvenil.
- El segundo nivel de asistencia lo constituye el CSMIJ, centro suprasectorial, que atiende a niños y jóvenes que precisan tratamientos de carácter más intensivo o especializado que el que se puede facilitar en los CAIFC. El acceso se realiza por medio de derivación desde los CAIFC de referencia. El CSMIJ está constituido por un equipo multidisciplinar especializado y funciona por programas.

7.- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ)

- La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil.
- El acceso se realiza desde el resto de los programas y/o dispositivos de salud mental infanto-juvenil o desde Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias.

8.- Hospital de día Infanto Juvenil (HDIJ)

- Hospital de día específico para población menor de 16 años, que permite el tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial.
- Los pacientes son derivados desde CSMIJ y UHPIJ.

**Dispositivos específicos de adicciones:**

. - **Los dispositivos específicos de atención a las adicciones que se encuadran en el segundo nivel son:**

- Hospitales de segundo nivel del SUS con programas de desintoxicación de alcohol y otras drogas,
- Hospitales de segundo nivel del SUS con programas hospitalarios de tratamiento de deshabituación y estabilización de las adicciones de corta duración,
- Consultas externas Hospitalarias de segundo nivel de salud mental y adicciones con mayor nivel de intensidad.
- Centros de Día para personas con problemas de adicciones.

. - En relación con estos dispositivos, es preciso poner en marcha de modo progresivo los programas hospitalarios de segundo nivel para llegar en un plazo a la máxima cobertura nacional. Del mismo modo crear si no hubiere, Centros de Día para personas con problemas de adicciones en rehabilitación, al menos uno por Departamento.

**. - Los dispositivos específicos de atención a las adicciones que se encuadran en el tercer nivel son:**

. - El tercer nivel de atención son dispositivos de tratamiento de adicciones de mayor complejidad técnica y dotación de personal de alta especialización.

. - La vía de entrada al tercer nivel se realiza a través del protocolo de referencia del CAIFC (segundo nivel), por ser el eje del sistema de tratamiento específico.

. - Los dispositivos de tercer nivel que forman parte de este nivel son:

1.- **Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA) (Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias).** Programas de tratamiento de adicciones en régimen cerrado, con objetivos de reconstrucción personal y social, y programas de preparación para el alta e itinerarios individualizados de reinserción.

. - Las Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones intra penitenciarias también formaran parte del S.U.S de modo que se le aplicaran los mismos requisitos de acreditación (con especificidades), y tendrán régimen de conciertos o acuerdos con los recursos extrapenitenciarios para no interrumpir los programas terapéuticos a la salida en libertad, y el proceso de reinserción.

. - En su caso para cumplimientos de penas en comunidades extra penitenciarias, Ministerio de Salud y Régimen Penitenciario firmaran convenios al efecto.

. - Se propone ayudar vía subvención a ONG con programas de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones, para el cumplimiento de los criterios de acreditación para su funcionamiento que les permitirá colaborar con el SUS., teniendo en cuenta la perspectiva de género en la convocatoria.

. - En régimen de Conciertos, se propone acordar con entidades privadas que disponen de Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA) la

utilización de plazas de ingreso para permitir cubrir necesidades en este tipo de programas.

. - Promover y crear si es preciso Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA) mixtas o para mujeres específicamente, o con módulos específicos para mujeres. Del mismo UNICRA intrapenitenciarias.

**La Reinserción de salud mental y adicciones desde la perspectiva de Salud.**

. - La reinserción es un proceso continuo que parte de la finalización de un programa terapéutico, no necesariamente en régimen cerrado.
. - Desde las necesidades del tratamiento de adicciones y salud mental y respecto al SUS, para asegurar la continuidad alta, con el proceso de reinserción se va a exigir en la acreditación, la existencia de programas de preparación para el alta de los pacientes, y la formulación de un itinerario de reinserción social y laboral personalizado.

. - Los programas de preparación para el alta de los pacientes se basa en el empoderamiento del paciente en capacidades personales y recuperación de autoestima y auto eficacias positivas. Se desarrollan trabajos especialmente grupales y familiares.

. - El itinerario personalizado se realizará conjuntamente entre el dispositivo de CAIFC si el paciente es atendido en este nivel, o desde la CT, junto con los SEDEGES y recursos laborales. Todo ello antes de la salida a la comunidad.

. - El programa de reinserción para PPL (privados de libertad) será coordinado con los CAIF para que el PPL a la salida en libertad tenga un punto de acogida inmediato que gestionara los recursos de reinserción en el exterior, junto con SEDEGES. Y pongan la acción el itinerario personalizado de reinserción que se ha elaborado previamente a la salida.

**Propuesta de estructura de servicios de rehabilitación:**

**SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIOS**

**Servicios de atención ambulatoria**,

de intensidad variable según necesidades de las personas con el objeto de facilitar la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.

**Equipos de Intervención Comunitaria.**

Ofrecen atención en medio abierto y acompañamiento social, durante todos los días laborables del año de
lunes a viernes, según las necesidades de las personas.

**Centros De Rehabilitación Psicosocial.**

Ofrecen dos modalidades diferenciadas:
- Programas de Rehabilitación Psicosocial (PRPS)
Con apertura del servicio, once meses al año, todos los días laborables del año de lunes a viernes.
- Centro de Día (CD)
Atención en régimen de hospitalización parcial de atención diaria, con apertura del servicio once meses al año, todos los días laborables de lunes a viernes, con horario de atención de 8 horas diarias.

**SERVICIOS RESIDENCIALES**

Los recursos de alojamiento suponen un modelo de atención alternativo a la familia con atención las 24 horas del día, todos los días de la semana. Las características de cada uno de ellos vienen condicionadas por la situación de enfermedad y el nivel de supervisión e intensidad de intervención que ofrece a la persona con enfermedad mental grave. La intensidad del recurso es inversamente proporcional a la autonomía de la persona que lo ocupa.

. - Residencia Asistida para Enfermos Mentales y adicciones.

Plazas residenciales en Centros sociosanitarios monográficos para la atención de personas con enfermedad mental grave que precisan atención intensiva sanitaria y social.

. – Pisos protegidos y supervisados para salud mental y adicciones.

Servicio residencial prestado en una vivienda normalizada, donde la dinámica de relación y convivencia es de tipo familiar, que ofrece atención integral a las necesidades

básicas y sociosanitarias para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la integración y participación social.

. - Vivienda con Apoyo para personas con enfermedad mental y adicciones, es la modalidad con mayor autonomía de
los pacientes.

**RECURSOS OCUPACIONALES**

Los centros ocupacionales ofrecen servicio de atención diaria, en días laborables once meses al año, prestado en un establecimiento específico para ofrecer programas de actividad ocupacional y de
desarrollo personal y social a personas con enfermedad mental y/o adicciones que no pueden integrarse en una actividad laboral de mercado, sea centro especial de empleo o empresa ordinaria.

## SUBPRODUCTO 2: PROPUESTA DE CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL DENTRO DE SISTEMA ÚNICO DE SALUD (S.U.S).

En este apartado se va a hacer una propuesta de procedimiento de establecimiento de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones para Salud Publica y el Sistema Único de Salud. La cartera de servicios en una condición que impone a cualquier tipo de técnica, tecnología o procedimiento de prevención tratamiento y rehabilitación y reinserción de los trastornos de la salud mental y las adicciones, para ser incluida dentro de los procedimientos de trabajo. Este hecho tiene por objetivo unificar las prestaciones, garantizar las mismas en todo el territorio y garantizar una adecuada relación entre costes y beneficios de dichas prestaciones que son cubiertas por el sistema público de salud mental y adicciones.
El objeto de una cartera de servicios de salud mental y adicciones es garantizar la equidad y la accesibilidad a una adecuada atención sanitaria en el Sistema Único de Salud. Para ello se proponen dos objetivos:
1.- Establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, en relación con la Salud mental y adicciones.
2. Fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud.

## CONCEPTO DE CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La cartera de servicios comunes del Sistema Único de Salud en salud mental y adicciones es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones en salud mental y adicciones.

## TITULARES DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Son titulares de los derechos a la protección de la salud mental y adicciones y a la atención sanitaria de tales patologías, a través de la cartera de servicios comunes en salud mental y adicciones que se describen aquí, los contemplados en las regulaciones sobre el Sistema Único de salud en la materia.

## ACCESO A LA CARTERA DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Los usuarios del Sistema Único de Salud tendrán acceso a la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones, siempre que exista una indicación clínica y sanitaria para ello, en condiciones de igualdad efectiva, al margen de que se disponga o no de una técnica, tecnología o procedimiento en el ámbito geográfico en el que residan.
Los servicios de salud que no puedan ofrecer alguna de las técnicas, tecnologías o procedimientos contemplados en esta cartera en su ámbito geográfico establecerán los mecanismos necesarios de canalización y remisión de los usuarios que lo precisen al centro o servicio donde les pueda ser facilitado, en coordinación con el servicio de salud que lo proporcione.

## CARACTERÍSTICAS DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1. Los servicios contenidos en esta cartera tienen la consideración de básicos y comunes, entendiendo por tales los necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Único de Salud.
2. La cartera de servicios comunes del Sistema Único de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independientemente del nivel asistencial en el que se les atienda en cada momento.

**PERSONAL Y CENTROS AUTORIZADOS.**

1. Las prestaciones sanitarias, detalladas en la cartera de servicios comunes que se establece en este real decreto, deberán ser realizadas, conforme a las normas de organización, funcionamiento y régimen de los servicios de salud, por los profesionales sanitarios titulados, regulados por la normativa en materia de ordenación de las profesiones sanitarias. Todo ello sin menoscabo de la colaboración de otros profesionales en el ámbito de sus respectivas competencias.

2. Los profesionales tienen el deber de hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, evitando su inadecuada utilización. Asimismo, los profesionales tienen el deber de respetar las características psicológicas de los pacientes, su cultural, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y su participación en las decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllas puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones, de acuerdo con lo regulado en la normativa vigente al efecto, que regule la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y
3. respetando la regulación sobre protección de datos de carácter personal.
4. Los profesionales deben mantener en todo momento la consideración de la perspectiva de género en aplicación de las prestaciones de esta cartera de servicio, teniendo en cuenta especialmente las barreras y problemas de accesibilidad a los centros de tratamientos, y a los procedimientos y técnicas terapéuticas. Así como el deber de considerar las especificidades terapéuticas aplicables en cada tipología de intervenciones por la condición de ser mujer.

**CRITERIOS Y REQUISITOS.**

1. Para la definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes se tendrá en cuenta la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos vulnerables y de riesgo y las necesidades comunitarias, y su impacto económico y organizativo. Del mismo modo se tendrá en cuenta la perspectiva multicultural en el proceso de actualización de la cartera de servicios.

2. Previamente a su inclusión en la cartera, las técnicas, tecnologías o procedimientos que para su realización precisen utilizar un medicamento de salud mental o adicciones, será preciso que:

a) Los medicamentos estén autorizados para su comercialización de acuerdo con la legislación vigente, y se utilicen conforme a las especificaciones de su ficha técnica autorizada.

3. Para ser incluidos como parte de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud, las técnicas, tecnologías o procedimientos deberán reunir todos los requisitos siguientes:

a) Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de los trastornos de salud mental y adicciones, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, y la calidad de vida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVADs).

b) Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada, respecto a otras alternativas facilitadas actualmente.

c) Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos.

4. No se incluirán en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones:

a) Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos para la prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones:

1.º Cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o curación de los trastornos, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y la calidad de vida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVADs), no esté suficientemente probada.

2.º Que se encuentren en fase de investigación clínica, salvo los autorizados para uso compasivo.

3.º Que no guarden relación con los trastornos de salud mental y adicciones.

4.º Que tengan como finalidad meras actividades índole espiritual, de ocio, descanso, deporte.

b) La realización de valoraciones psicológicas y psiquiátricas y exámenes o pruebas de dicho ámbito voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de terceros.

5. La exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento incluido en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones se llevará a cabo cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o eficiencia, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.

b) Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico o no haber demostrado su utilidad sanitaria.

c) Dejar de cumplir los requisitos establecidos por la legislación vigente.

**CONTENIDO DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES**

El contenido de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud correspondiente a las prestaciones de salud pública, atención primaria de primer nivel de salud, Salud mental comunitaria, atención especializada de salud mental y adicciones, atención de urgencia en salud mental y adicciones, y prestación farmacéutica psiquiátrica, se recogen en un apartado final.

**ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

1. La cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud, se actualizará mediante regulación del Ministerio de Salud.

2. Para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones, o excluir los ya existentes, será necesaria su evaluación por el Ministerio de Salud a través de la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud.

3. El procedimiento de evaluación para la actualización de la cartera de servicios comunes en salud mental y adicciones, las técnicas, tecnologías o procedimientos relevantes serán aquellos que reúnan, al menos, una de las siguientes características:

a) Representar una aportación sustancialmente novedosa a la prevención, al diagnóstico, a la terapéutica, a la rehabilitación y reinserción, a la mejora de la esperanza de vida o a la eliminación del dolor y el sufrimiento.

b) Modificar de modo significativo las formas o sistemas organizativos de atención a los pacientes.

e) Afectar a amplios sectores de población o a grupos de riesgo.

f) Suponer un impacto económico significativo en el Sistema Único de Salud.

g) Suponer un riesgo para los usuarios o profesionales sanitarios o el medio ambiente.

4. No se aplicará el régimen de actualización a la prestación farmacéutica de salud mental y adicciones, que se regirá por su propia normativa de actualización de fármacos.

5. Para llevar a cabo la actualización se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el coste, la eficacia, la eficiencia, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros. Teniendo en cuenta las evidencias científicas y las repercusiones bioéticas y sociales, el Ministerio de Salud, podrá limitar la incorporación de la técnica, tecnología o procedimiento a la cartera de servicios comunes para indicaciones concretas.

**PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

1. Las propuestas de actualización se harán por iniciativa del Ministerio de Salud y/o los órganos de coordinación y/o participación que se determinen reglamentariamente.

**2.** El régimen para la tramitación de los expedientes para la actualización de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones y los criterios para la selección y priorización de las técnicas, tecnologías y procedimientos se establecerán por normativa ministerial.

**3.** La propuesta de inclusión de una nueva técnica, tecnología o procedimiento en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud se acompañará de una memoria técnica que recoja los resultados de la evaluación de la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud, las repercusiones bioéticas y sociales y una memoria económica que

**4.** contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Si de acuerdo con las estimaciones económicas que se

**5.** realicen, la introducción de una nueva técnica, tecnología o procedimiento pudiera determinar un incremento del gasto con implicaciones presupuestarias significativas para el Sistema Único de Salud, se analizará por el Ministerio Competente para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Único de Salud o implicaciones económicas significativas, y emitirá un informe preceptivo.

El Ministerio correspondiente trasladará este informe al órgano encargado de velar por el equilibrio financiero del Sistema Único de Salud.

**6.** Finalizada la tramitación de los expedientes, se elevarán éstos a la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, contemplada más adelante, la cual acordará la propuesta que corresponda sobre la inclusión o exclusión de la técnica, tecnología o procedimiento de que se trate.

**7.** La aprobación definitiva de las propuestas que se formulen por dicha Comisión corresponderá al Ministerio de Salud.

**8.** La sistemática para la exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento de la cartera de servicios comunes, cuando concurra alguna de las circunstancias recogidas anteriormente, será la misma que la seguida para las inclusiones.
Cuando existan indicios de que una técnica, tecnología o procedimiento tiene un balance entre beneficio y riesgo significativamente desfavorable, el Ministerio de Salud procederá a su exclusión cautelar, poniéndolo en conocimiento de las gobernaciones y municipios de forma inmediata e informando de ello a la Comisión

de prestaciones, aseguramiento y financiación, para que adopten las medidas necesarias.

Simultáneamente, se iniciará la tramitación del expediente que permita ratificar la exclusión cautelar o proponer medidas sobre su utilización o sobre el seguimiento de los pacientes.

En el caso de que lleve aparejada la utilización de un medicamento, producto sanitario u otro tipo de producto sometido a regulación específica, se le aplicará el mecanismo de vigilancia y control de los incidentes que pudieran dar lugar a un riesgo para la salud de los pacientes que establezca la normativa que lo regule.

**7.** El Ministerio de Salud pondrá a disposición de la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud, un sistema de seguimiento informatizado de solicitudes de actualización de técnicas, tecnologías o procedimientos de salud mental y adicciones, en el que se recogerá la situación y las decisiones adoptadas sobre cada una de las solicitudes. El Ministerio de Salud mantendrá permanentemente actualizada la información de este sistema de seguimiento sobre las técnicas, tecnologías o procedimientos en fase de evaluación y sobre aquéllos que no se ha considerado adecuado incluir, por no reunir los requisitos exigidos.

**COMISIÓN DE PRESTACIONES, ASEGURAMIENTO Y FINANCIACIÓN.**

1. La participación de las gobernaciones y municipios, y la sociedad civil en la definición y actualización de las prestaciones y la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud se articulará a través de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, así como de los comités y grupos de trabajo de ella dependientes.

2. La Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación asumirá las siguientes tareas:

   a) El estudio y elevación de las correspondientes propuestas al Ministerio de Salud y órganos del Sistema Único de Salud, sobre las cuestiones que expresamente se le encomienden, relacionadas con el aseguramiento, la ordenación de prestaciones y su financiación.

   b) La valoración de las repercusiones de una técnica, tecnología o procedimiento sobre la salud mental y adicciones de la población, sobre la organización del sistema de atención a las adicciones y salud mental, de las repercusiones éticas, legales y sociales y su impacto económico, de modo que permita realizar las propuestas sobre

su posible inclusión en la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud.

c) La tramitación de las propuestas sobre actualización de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud.

d) El establecimiento de los requisitos de calidad metodológica y el contenido de los informes de evaluación y los de repercusión económica.

f) La regulación del acceso a la información del sistema de seguimiento informatizado de solicitudes de actualización.

g) La elaboración, aprobación y modificación del reglamento de régimen interior de funcionamiento de la Comisión.

h) La realización de las propuestas de uso tutelado, a iniciativa del Ministerio de Salud o de los órganos de coordinación y/o participación que se determinen reglamentariamente.

**SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE CARTERA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

En el Ministerio de Salud existirá un sistema de información de cartera de servicios en el que se recogerá el contenido de la cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del Sistema Único de Salud. Todo ello sin perjuicio de que los servicios de salud mental y adicciones informen a los usuarios de sus derechos y deberes, de las prestaciones y servicios del Sistema Único de Salud y de los requisitos necesarios para su uso.

**CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE SALUD PÚBLICA**

La prestación de salud pública es el conjunto de iniciativas organizadas por las administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Es una combinación de ciencias, habilidades y actividades dirigidas al mantenimiento y mejora de la salud de todas las personas a través de acciones colectivas o sociales. Las prestaciones de salud pública en salud mental y adicciones se ejercerán con un carácter de integralidad y desde la perspectiva de género, a partir de las estructuras de salud pública de las administraciones centrales y

descentralizadas y de la infraestructura de atención del primer nivel de salud y el segundo
escalón del primer nivel a través de sus Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC) del Sistema Único de Salud.
La cartera de servicios comunes de salud mental y adicciones del primer nivel de atención incluye los programas de salud pública cuya ejecución se realiza mediante acciones que se aplican a nivel individual por los profesionales de ese nivel asistencial.

Para hacer efectiva esta prestación, la cartera de servicios de salud mental y adicciones de salud pública tiene una doble finalidad:

a) Orientada al diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones, que engloba las siguientes funciones de salud pública: Valoración del estado de la salud mental de la población mediante el análisis de la información obtenida a través de los sistemas de información sobre salud mental y adicciones y la vigilancia en salud pública referida a este área; desarrollo de políticas de salud mental y adicciones; seguimiento y evaluación de riesgos para la salud mental y las adicciones; y la verificación, control e intervención en salud pública en materia de salud mental y adicciones en ejercicio de la autoridad sanitaria.

b) Orientada directamente al ciudadano: Definición de programas para la protección de riesgos para la salud mental y las adicciones, promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y el uso de drogas. El ámbito de ejecución de estos programas será definido por el Ministerio de Salud, los modelos organizativos y recursos. Comprende:

b.1. Programas intersectoriales sobre estilos de vida saludables y otros determinantes del entorno que comportan un riesgo para la salud mental y consumo de drogas.

b.2. Programas transversales que se agrupan en programas y actividades de promoción y prevención de la salud mental y adicciones en las distintas etapas de la vida, programas para grupos de poblaciones vulnerables y en situación de riesgo. Los programas deben estar basados en el mejor conocimiento científico, e incluir: Definición de los criterios de población objetivo, estrategias, actividades y métodos de actuación, calendarios, estándares de calidad, criterios de accesibilidad, efectividad y participación social, y evaluación de los mismos.

**1. Información y vigilancia epidemiológica.**

1.1 Sistemas de información sanitaria en salud mental y adicciones.
1.1.1 Análisis de los sistemas de información de salud mental y adicciones existentes. Desarrollo de mecanismos para establecer y utilizar los sistemas de información que se consideren necesarios para llevar a cabo las funciones de la salud pública en salud mental y adicciones.

1.1.2 Identificación, monitorización y análisis de los determinantes, problemas y necesidades de salud mental y uso de drogas.
1.1.3 Informes periódicos sobre el estado de salud mental de la población.
1.1.4 Informes específicos sobre problemas de salud mental y consumo de drogas emergentes o relevantes.

1.2 Vigilancia en salud pública y sistemas de alerta epidemiológica y respuesta rápida ante alertas y emergencias de salud pública en el ámbito de la salud mental y las adicciones.

1.2.1 Identificación y evaluación de riesgos para la salud mental y adicciones e identificación de situaciones epidémicas, alertas, crisis y emergencias sanitarias
1.2.2 Respuesta ante la aparición de situaciones epidémicas, alertas, crisis, emergencias y desastres sanitarios provocados por la salud mental y/o el uso de drogas.

**2. Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones y ejercicio de la autoridad sanitaria en la materia.**

2.1 Diseño e implantación de políticas de salud mental y adicciones para la protección de riesgos para la salud, prevención de trastornos mentales y por uso de drogas y alcohol, y promoción de la salud mental que incluyen:
2.1.1 Identificación de prioridades sanitarias y líneas de actuación. 2.1.2 Promoción y propuesta del desarrollo normativo correspondiente.
2.1.3 Supervisión, evaluación y actualización de normas, reglamentos, programas y protocolos.
2.2 Verificación y control del cumplimiento de la legislación vigente en la materia, criterios y estándares sanitarios, en ejercicio de la autoridad sanitaria.

**3. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y del uso de alcohol y otras drogas, así como de las adicciones comportamentales.**

3.1 Programas intersectoriales y transversales de promoción y educación para la salud mental y el uso de drogas orientados a la mejora de los estilos de vida.
3.2 Programas de carácter intersectorial de protección de riesgos para la salud mental y prevención de trastornos mentales y adicciones.
3.3 Programas transversales de protección de riesgos para la salud mental y el uso de drogas, de prevención de trastornos mentales y por uso de drogas y alcohol, y de educación y promoción de la salud mental dirigidos a las diferentes etapas de la vida y a la prevención de trastornos mentales y adicciones.
3.4 Programas de prevención y promoción de la salud mental y adicciones dirigidos a grupos de población vulnerables, con necesidades especiales y orientados a eliminar o reducir desigualdades en salud.

**4. Protección y promoción de la salud mental y el uso de drogas en el medio laboral.**

Programas intersectoriales de promoción de la salud mental y prevención de riesgos y problemas de salud mental y uso de drogas en el entorno laboral.

**CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención en salud, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.
Las actividades en el ámbito de la Salud mental y adicciones comprenderán la promoción de la salud mental, la educación sanitaria en salud mental y adicciones, la prevención de la enfermedad mental y del uso de drogas, detección de los problemas de salud mental y adicciones, valoración e intervención breve, y seguimiento de los procesos llevados juntamente con los CAIFC. Además de acciones de trabajo social desde este nivel de atención.
Todas estas actividades, todas ellas desde la perspectiva de género, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un
enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios de salud mental y adicciones y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La atención primaria, en el abordaje de los problemas de salud mental y adicciones y los factores y conductas de riesgo, comprende:

1 Atención sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio de los problemas de salud mental y adicciones.

2. Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos de detección, y terapéuticos básicos para los trastornos de salud mental y adicciones.

3. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud mental y hábitos nocivos, atención familiar y atención comunitaria en la materia. Comprende las actividades de promoción de la salud mental, educación sanitaria en salud mental y adicciones y prevención de dichos trastornos, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados. Las actividades de prevención y promoción de la salud se prestan, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por el Ministerio de salud en el ámbito de la salud pública en salud mental y adicciones, en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud mental y el consumo de drogas.

Comprende las siguientes actividades:

4.1 Información para el análisis y valoración de la situación de salud mental de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios de salud mental y adicciones.
4.2 Vigilancia epidemiológica, que incluye: 4.2.1 Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para los trastornos de salud mental y adicciones. 4.2.2 Participación en el sistema de farmacovigilancia para para psicofármacos, mediante la comunicación de efectos adversos.

5 Programas específicos de promoción y prevención de la salud mental y adicciones dirigidos a la mujer (violencia de genero), la infancia, la adolescencia, los adultos (familias), y los grupos de riesgo.

5.1 Programas de atención de salud mental y hábitos nocivos a la infancia y familia:

5.1.1 Consejos generales sobre desarrollo intelectual y psico afectivo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables. 6.1.2 Programas de dejar de fumar para embarazadas. 6.1.3 Programas de uso y abuso del alcohol. 6.1.4 Programas de juego patológico y uso de TICs.

5.2 Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la adolescencia:

5.2.1 Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes. 5.2.2 Valoración y consejo en relación con la conducta alimentaria y a la imagen corporal. 5.2.3 Promoción de conductas saludables con relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

5.3 Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la mujer (perspectiva de género):

5.3.1 Programa de violencia de género; 5.3.2 programas de promoción de la salud mental de la mujer, 5.3.3 Programas de detección precoz de abuso de alcohol en la mujer; 5.3.4 Anamnesis y consejo sobre hábitos de uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

5.4 Atención al adulto, familia y grupos de riesgo de salud mental y adicciones.

5.4.1 Atención a personas con conductas de riesgo: a) Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.

Incluye la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada. b) Atención al consumidor excesivo de alcohol. Incluye la detección y cuantificación del consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario.

c) Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas. 5.4.2 Detección precoz y abordaje

integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.

5.5 Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad. 5.5.1 Detección de situaciones de riesgo. 5.5.2 Anamnesis, y en su caso exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante sospecha de malos tratos. 5.5.3 Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales. 5.5.4 Establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso.

6. Atención específica a la salud mental en coordinación con los CAIFC y los servicios de segundo nivel y tercero.
   Incluye: 6.1 Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital. 6.2 Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria. 6.3 Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental. 6.4 Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente. 6.5 Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

## CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS

### 1.- Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC)

. - **FUNCIONES DE LOS CAIFC**

. - Este dispositivo tiene como Objetivo General abordar de manera integral la prevención, tratamiento y Reinserción de personas con problemas de salud mental y adicciones, con un abordaje Comunitario y con enfoque en RED.

. - Son dispositivos comunitarios de salud que trabajarán con programas conjuntos con los Gobiernos Autónomos departamentales y Municipales, con participación social y basado en el enfoque de salud pública.

Las funciones de Reinserción de personas con salud mental y adicciones en este nivel estarán íntimamente ligadas a los SEDEGES por su competencia en la gestión de recursos sociales y de empleo.

. - Los usuarios de los CIAFC son derivados de los médicos y enfermería de primer nivel de atención, no pudiendo tener una entrada directa, si no es previamente visto y atendido por el primer nivel y en su caso derivado al CAIFC para dar entrada al sistema.

. - La población destinataria del CAIFC serán, no de modo excluyente, ya que se podrá modificar la cartera de servicios en función de priorizaciones o situación de actuación urgente:

1.- Pacientes con trastornos por uso de sustancias, incluido el alcohol y el tabaco. Y todos los síndromes asociados. Excepto patologías orgánicas por uso de drogas y alcohol.
2.- Atención a la salud mental. Excepto patologías de índole mental por causas orgánicas.
3.- Niños, adolescentes y familias en riesgo social.
4.- Programa comunitario de prevención del delito en adolescentes consumidores de drogas y alcohol.
5.- Atención de las adicciones y el proceso de reinserción para egresados de la privación de libertad.
6.- Atención a las Personas Privadas de Libertad con programas de tratamiento intrapenitenciarios a fin de dar continuidad de tratamiento
a la salida en libertad, y como forma de posibilitar cumplimientos de penas alternativos en centros de tratamiento extra penitenciarios.
5.- Atención a la mujer víctima de violencia de género.
La atención en este nivel de atención básicamente consiste en dos procesos: uno de ellos y el principal, es la acción con enfoque comunitario en promoción y prevención de la salud mental y adicciones; en la coordinación de programas con los recursos comunitarios (ONG, prisiones, SEDES, SEDEGES, empleo, deportes …); acción comunitaria para impulsar mejoras estructurales que revierten en la salud mental y uso de drogas. El segundo proceso tiene que ver con el tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, y dentro de ello los procesos de rehabilitación y reinserción.

Conforme a esto, la cartera de servicios que se ofrecen en la intervención comunitaria comprende:
1.- Actividades de promoción y prevención de la salud mental comunitarios, con perspectiva de género.
2.- Actividades de salida a la comunidad para realizar diagnósticos de vulnerabilidad y definir prioridades de trabajo.
3.- Registro de actividad comunitaria.
4.- Actividades de evaluación de impacto de programas, un desglose por impacto en género.
5.- Reuniones de coordinación para crear y dinamizar redes de trabajo.
6.- Intervenciones comunitarias.

Respecto al tratamiento y rehabilitación y reinserción psicosocial comprende:

1.- Psicoterapia individual, familiar y grupal. Teniendo en cuenta las exclusiones en técnicas de eficacia no probada o de un coste excesivo: terapias alternativas, psicoanálisis, homeopatía, hipnosis clínica, y otras que deben ser evaluadas por la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud y emitir informes sobre ello.

2.- Consejo psicológico e intervenciones breves.

3.- Trabajo formalizado en perspectiva de género de los tratamientos, y emisión de informes de seguimiento.

4.- Programas de mejora de habilidades sociales y manejo de los estreses psicosociales.

5.- Programas de mejora de habilidades laborales.

## 7. Programas de rehabilitación y reinserción comunitarios.

La función básica de los dispositivos y programas de rehabilitación y reinserción es la recuperación de capacidades biopsicosociales de los afectados por un problema de salud mental y adicciones, y la facilitación de la adquisición o recuperación de hábitos laborales.
Se traba en componentes como lo siguientes:
- Auto cuidados y habilidades básicas para la vida.
- Actividades instrumentales para la vida diaria.
- Psicomotricidad.

- Educación para la salud y psicoeducación.
- Autocontrol y manejo del estrés.
- Habilidades sociales.
- Rehabilitación de déficits cognitivos.
- Educación en el uso del Ocio y Tiempo libre.

**CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (TERCER NIVEL DE ATENCIÓN)**

Atención a la salud mental en este nivel comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis, la hipnosis y terapias alternativas), la terapia
electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:
7.0 Desintoxicaciones hospitalarias por uso de alcohol y otras drogas.
7.1 Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios de salud mental y adicciones de otros niveles de atención sanitarios y no sanitarios. 7.2 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise. 7.3 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
7.4 Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
7.5 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/ adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables. 7.6 Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7.7 Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

**CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

La prestación farmacéutica de salud mental y adicciones comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad. Esta prestación se regirá por lo dispuesto en las regulaciones de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

1. Contenido

1.1 En el caso de pacientes no hospitalizados, la prestación farmacéutica:
1.1.1 Comprende la indicación, prescripción y dispensación de los siguientes productos: a) Los medicamentos para los que, de acuerdo con la normativa vigente, se resuelva su financiación y condiciones de dispensación en el Sistema Único de Salud y que hayan sido autorizados y registrados por la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud. b) Las fórmulas magistrales y los preparados oficinales elaborados por las oficinas de farmacia de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente sobre las normas para su correcta elaboración y control de calidad.
1.1.2 Excluye: a) Los medicamentos adscritos a los grupos o subgrupos terapéuticos excluidos de la financiación por la normativa vigente. b) Los medicamentos homeopáticos.

1.2 En el caso de pacientes hospitalizados en el tercer nivel de salud, la prestación farmacéutica de salud mental y adicciones comprende los productos farmacéuticos que necesiten los pacientes conforme se recoge en el apartado correspondiente a la cartera de servicios comunes de atención especializada.

3. Indicación, prescripción y dispensación La prestación farmacéutica de salud mental y adicciones, se ha de proporcionar de acuerdo con criterios que promuevan el uso racional de los medicamentos. De conformidad con la legislación vigente, los médicos, farmacéuticos y demás profesionales sanitarios legalmente capacitados son los responsables, en el ejercicio de su correspondiente actuación profesional vinculada al Sistema Único de Salud, de la indicación, prescripción, dispensación o del seguimiento de los tratamientos, en las dosis precisas y durante el periodo de tiempo adecuado, de acuerdo con la situación clínica de cada paciente. La prescripción de los medicamentos y demás productos incluidos en la prestación farmacéutica de salud mental y adicciones, en el caso de su dispensación a través

de oficinas de farmacia, se hará de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente.

## SUB PRODUCTO 3: HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM).

La habilitación y la acreditación son un proceso de control de la calidad de las prestaciones. El proceso de acreditación es el último escalón de calidad, y conlleva dos procesos administrativos previos de control de centros y servicios de salud mental y adicciones, que van a posibilitar acceder a la acreditación: la habilitación y la categorización de los centros o servicios.

**Clasificación de los centros de atención de salud mental y adicciones susceptibles de que les incumbe la habilitación, certificación y la acreditación.**

Los centros y servicios de atención a adicciones y salud mental públicos o privados (incluyendo los programas y unidades intrapenitenciarios) susceptibles de someterse a estos procesos, y que forman parte de SCATASM, son:

- **Unidades Asistenciales de Adicciones y salud mental**: Son centros, programas y servicios, públicos o privados, que prestan atención a la salud mental y las adicciones o ambas a la vez, que atienden a problemas de adicciones y/o salud mental en régimen ambulatorio, sea comunitario o vinculado a un hospital de modo externo, que realizan actividades de diagnóstico, vigilancia en salud mental y adicciones, y prevención y tratamientos de dichos trastornos. Incluye salud mental y adicciones infanto juvenil, y CAIFC.

- **Unidades hospitalarias de atención a trastornos de adicciones y/o salud mental**. Son las que, dentro de un hospital, realizan tratamiento de las salud mental y adicciones, en régimen de estancia breve (estancias medias de 14 días), que comprende también la atención a las urgencias, e interconsultas. En régimen de media estancia y rehabilitación para pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste clínica severa que impide su manejo ambulatorio y su adaptación a un entorno social normalizado.

- **Unidades de larga estancia de atención a trastornos de salud mental.**
  Destinada a pacientes con trastornos mentales severos y alta dependencia psiquiátrica que necesitan de forma prolongada de estabilización sintomática, además de contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial. Se trata de hospitales y centros de gerontopsiquiatria, retraso mental grave, y trastornos psiquiátricos cronificados.

- **Unidades de día**
  Son las que, en régimen de estancia de día, realizar tratamientos de salud mental y adicciones (deshabituaciones), terapias de rehabilitación y recuperación. Tratamientos de transición tras ingresos hospitalarios, tratamientos más intensivos. Aquí entran centros de rehabilitación, hospitales de día, centros de día, y otros que no son atención ambulatoria, tanto en el nivel comunitario como segundo nivel.

- **Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias).**

  Programas de tratamiento de adicciones en régimen cerrado, con objetivos de reconstrucción personal y social, y programas de preparación para el alta e itinerarios individualizados de reinserción.

**1. La Habilitación de Centros y servicios de atención a la Salud Mental y adicciones.**

**Concepto y órganos competentes**

La Habilitación constituye el paso inicial para autorizar el funcionamiento de un centro o servicio, estableciendo los requisitos mínimos o básicos para permitir la apertura y funcionamiento de este. Se orienta principalmente a
establecer criterios racionales de infraestructura, y equipamiento requerido de acuerdo con el nivel de atención destinado a ofrecer y controlar su aplicación.

Habilitación y acreditación está a cargo de la autoridad sanitaria, en nuestro caso, el Ministerio de Salud a través del órgano competente. En el caso de Bolivia los órganos competentes en esta materia son os SEDES Departamentales conforme a la regulación

al respecto[7],[8]. Como los centros o servicios de atención a salud mental y adicciones son centros sanitarios integrados en el SUS deben regirse por la normativa al respecto ya vigente. Será necesaria una adaptación de la normativa de habilitación y de acreditación a los dispositivos de atención que incumbe la autorización y acreditación.

El documento de referencia actualmente del SEDES SALUD de La Paz, es: REGLAMENTO DE HABILITACIÓN, APERTURA Y FUNCIONAMIENTO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ. SEDES LA PAZ. GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ.

## 2. La acreditación de Centros y servicios de atención a la Salud Mental y adicciones.

La acreditación es un proceso continuo que se inicia con la habilitación de los servicios de salud mental y adicciones, pasando por la caracterización y termina en la acreditación. El paso previo a la acreditación que se expone es la habilitación y caracterización.
La acreditación como centro específico de asistencia a las adicciones y salud mental supone el reconocimiento, por parte de la Administración competente en materia de

[7] La Ley Marco de Autonomías y descentralización "Andrés Ibáñez", prevé competencias concurrentes de los Gobiernos Departamentales Autónomos en Salud, como ser, proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel, Asimismo proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso, el Inc. ñ) numeral 1, párrafo III, Art. 81 de la cita norma prevé como una de sus competencias, el "Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales". Asimismo, la disposición transitoria décima segunda, párrafo II Numeral 3 dispone que la vigencia del Decreto Supremo Nº 25233, de 27 de noviembre de 1998 que crea el Servicio Departamental de Salud.

[8] El Decreto Supremo Nº 25233 de 30 noviembre de 1998, crea al Servicio Departamental de Salud, que desarrolla sus actividades en el marco del ordenamiento legal que rige el Sistema Nacional de Salud, dictado por el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud, asimismo el Director Técnico, se constituye el nivel superior de decisión, responsable de dirigir las actividades, articular el servicio con la estructura general de la Gobernación, integrar mecanismos de concertación y coordinación interinstitucional a nivel departamental, articular al Servicio con instancias técnicas del Ministerio de Salud; se dispone en su Art. 3º "(Misión Institucional) El SEDES, en cada Departamento, tiene como misión fundamental: Inc. a) Ejercer como Autoridad de Salud en el ámbito departamental. Inc. d) Velar por la calidad de los servicios de salud a cargo de prestadores
públicos y privados, entre sus principales funciones se establece en el Art. 9. Inc. c) Formular, normar, coordinar, supervisar y evaluar programas y proyectos de salud, que se ejecutan a nivel departamental, Inc. h) Supervisar y evaluar la gestión médico-administrativa de los servicios a cargo de hospitales generales, de especialidad y complejos hospitalarios del Departamento.

adicciones y salud mental boliviana, del cumplimiento de los requisitos que se establezcan y se regulen por normativa al efecto y, resultado de ello, se reconoce una mayor calidad en el tratamiento de las personas afectadas por problemas salud mental y de abuso y dependencia de drogas.

**Modelo propuesta del procedimiento de la acreditación**

**Condiciones para la acreditación.**

La condición de Centros acreditados se podrá obtener siempre que cumplan los requisitos establecidos en la normativa que lo regule. Estos serían:
a) Los centros específicos de asistencia salud mental y adicciones que hayan obtenido previamente la habilitación de funcionamiento en virtud del procedimiento establecido.
b) Los centros, servicios y establecimientos considerados habilitados para su funcionamiento previamente a la regulación normativa.
c) Aquéllos excluidos del ámbito de aplicación la normativa de acreditación, aquellos que, siendo centros específicos de asistencia a salud mental y adicciones, de titularidad pública o privada, estén integrados en centros sanitarios o de atención social y se rigen por la correspondiente normativa sectorial de autorización del centro donde se encuentran.

**Efectos de la acreditación**.

La acreditación como centro específico de asistencia salud mental y adicciones será el único título habilitante para que los centros que atienden estas patologías puedan formar parte el Sistema Nacional de Tratamiento de Adicciones y salud mental. Los centros privados al estar acreditados podrán, mediante la formalización de los correspondientes contratos o convenios formar parte del SINTA. En otro caso no podría contratar ni convenir con la administración pública. La acreditación como centro específico de asistencia salud mental y adiciones será requisito para que los referidos centros puedan, en su caso, recibir financiación para esta actividad asistencial con cargo a los

Presupuestos Generales del Ministerio de Salud u otro órgano competente.

**Período de vigencia y revocación de la acreditación.**

1. La acreditación tendrá una vigencia de tres años contados desde la fecha de su otorgamiento y podrá renovarse mediante solicitud presentada con, al menos, tres meses de antelación respecto a la fecha de terminación de su vigencia, siguiendo los

mismos trámites que para la solicitud inicial. La no solicitud de renovación de la acreditación determinará que, al término de su vigencia, el centro o servicio pierda la condición de centro acreditado a todos los efectos que sean pertinentes.

2. Los centros específicos de asistencia a salud mental y adicciones acreditados tendrán la obligación de informar al Coordinación de PNPTA del Ministerio de salud, de todos aquellos cambios que impliquen una modificación en las condiciones que posibilitaron el otorgamiento de la acreditación.

El incumplimiento de dichas condiciones conllevará la revocación de la acreditación que será acordada por el titular del Ministerio competente en materia de salud mental y adicciones, previa tramitación del oportuno procedimiento, que se iniciará como resultado de inspección previa realizada por la coordinación del PNPTA, de oficio, a instancia de otro departamento público o previa denuncia de particulares, y en el que, en todo caso, se garantizará la audiencia del interesado.

**Requisitos para la acreditación como centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental**

**Requisitos de organización.**

Los centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental que deseen obtener su acreditación como tales, deberán:

1. Contar con documentación escrita para la gestión de procesos y procedimientos que formen parte de su oferta asistencial y otros que se determinen reglamentariamente.
2. Disponer de protocolos estandarizados de actuación basados en la evidencia científica para desarrollar los principales procesos y procedimientos asistenciales.
3. Disponer de métodos e instrumentos de evaluación diagnóstica de fiabilidad y validez contrastada.
4. Contar con un sistema de información, evaluación y control de la actividad asistencial, basado en indicadores objetivos, incluyendo el grado de satisfacción de profesionales y usuarios.
5. Contar con un plan de capacitación y formación continua del personal en materias relacionadas con su actividad.
6. Disponer de sistemas de gestión informática de los procesos y procedimientos asistenciales que faciliten la coordinación en el SINTA.

**Requisitos relativos a los medios humanos.**

Los centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental que deseen obtener su acreditación como tales deberán cumplir los siguientes requisitos:
a) Todo el personal de plantilla deberá contar con formación especializada en adicciones y salud mental, y su dedicación en ningún caso será inferior a media jornada.
b) En ningún caso el personal voluntario asumirá las responsabilidades inherentes al personal de plantilla, rigiéndose su participación por la normativa vigente en materia de voluntariado, y realizándose bajo la supervisión y control de ese personal de plantilla.
c) Los centros y servicios de asistencia en régimen residencial (Comunidades terapéuticas) contarán con un educador, terapeuta o monitor por cada 10 pacientes, que garanticen el servicio con carácter permanente.

**Requisitos de las instalaciones.**

1. Los centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental que deseen obtener la acreditación contarán en todo caso con las siguientes instalaciones:
a) Área de asistencia especializada, dotada como mínimo con:
– Un despacho para cada titulado superior o de grado medio con el mismo horario de uso, cuya superficie útil no sea inferior a 8 metros cuadrados.
– Sala para reuniones de equipo.
– Sala de grupos.
– Zona para toma de muestras.
– Zona de seguridad para la custodia de medicamentos.
– Los centros específicos en régimen de día y ambulatorios, y en régimen de internamiento, deberán contar, además, con una sala para
la realización colectiva de actividades ocupacionales con una superficie útil como mínimo de 12 metros cuadrados.

b) Área administrativa y de servicios generales con espacios destinados a:
– Recepción, dirección, administración y gestión, con capacidad y medios para la debida custodia de historias clínicas, documentos, ficheros y demás soportes documentales propios del centro, servicio o establecimiento.
– Aseos para las personas usuarias, diferenciados por sexo, dotados de inodoro y lavabo.
– Aseos para el personal, dotados de inodoro y lavabo en todos los casos y, cuando se trate de centros de internamiento, además, ducha y vestuario con taquillas individualizadas.

2. Los Centros específicos en régimen de internamiento deberán contar, además de con lo exigido en el apartado anterior, con las siguientes instalaciones:
a) Área residencial:

El área residencial comprende las zonas donde el usuario desarrolla su vida individual y social, incluyendo los espacios destinados a alojamiento, manutención, convivencia y otras necesidades básicas. Su dotación mínima será la siguiente:
– Dormitorios individuales o dobles. Excepcionalmente, y en una proporción no superior al 20%, se podrá contar con dormitorios colectivos, que en ningún caso superará las cuatro plazas por dormitorio. La superficie útil de los dormitorios no será inferior a 8 metros cuadrados para habitaciones individuales, 12 metros cuadrados para habitaciones dobles, 16 metros cuadrados para habitaciones triples y 20 metros cuadrados para habitaciones cuádruples. Cada usuario dispondrá en su dormitorio de cama y armario para guardar sus enseres y objetos personales.
– Puesto de guardia para el profesional de control nocturno con línea telefónica externa.
– Aseos para los usuarios, diferenciados por sexo cuando sean colectivos, a razón como mínimo de un inodoro, lavabo y ducha para cada dos personas. Todos los aseos dispondrán de toma de corriente, espejo y cortina para la ducha.
– Comedor con capacidad y características que permitan el acceso de los residentes, en su totalidad o por turnos, a los servicios de desayuno, comida, merienda y cena. Estos servicios se realizarán mediante menús variados que garanticen, en todo caso, el aporte dietético y calórico adecuado y con posibilidad de regímenes especiales para los pacientes que lo precisen.
– Sala de estar con televisión, video, periódicos, revistas, libros y juegos de mesa.
– Gimnasio y/o zona equipada para la realización de actividades deportivas en instalaciones propias o externas.
– Teléfono público.
b) Área de servicios generales, que comprenderá espacios equipados para cocina, cadena de frío para la conservación de alimentos, lavandería, almacenes, limpieza y otros de características similares. Estos servicios se podrán prestar por medios externos al centro específico de asistencia a drogodependientes.
c) El centro residencial deberá disponer de servicio de transporte con objeto de poder trasladar a los residentes a centros sanitarios y órganos judiciales, cuando sea necesario.

**Procedimiento para el otorgamiento y renovación de la acreditación**

**Inicio.**

1. El procedimiento se iniciará mediante solicitud presentada por la persona titular o por el representante legal de la entidad gestora del centro o servicio específico de asistencia a adicciones y/o salud mental.

2. Las solicitudes deberán ajustarse al modelo normalizado que estará disponible según se determine.
3. Las solicitudes se acompañarán de los documentos que seguidamente se detallan, excepto aquellos que, conforme al a declaración que figura en el modelo de solicitud, obran
ya en poder de esta Administración, siempre que no hayan sufrido modificaciones:
a) Poder de representación del solicitante para la realización del procedimiento.
b) Relativa a la organización:
– Guía de gestión de procesos y procedimientos de aplicación en el centro asistencial, así como su documentación de desarrollo.
– Memoria asistencial del último año.
– Plan de formación continua del personal.
c) Relativa a los medios personales:
– Relación de profesionales del centro asistencial, según Anexo
, firmado por el director o representante legal de la entidad.
– Titulación y currículo formativo en materia de adicciones y salud mental del personal de plantilla.
d) Relativa a las instalaciones:
– Plano de superficies del centro asistencial, firmado por un técnico.

**Instrucción.**

1. Será órgano competente para la instrucción del procedimiento el Coordinador del PNPTA

2. Recibidas las solicitudes, verificará que las mismas reúnen los requisitos exigidos y que, asimismo, van acompañadas de la documentación requerida. Si se apreciase que la documentación presentada adolece de defectos formales por no cumplir los requisitos establecidos o por no ir acompañada de alguno de los documentos requeridos, de acuerdo con el procedimiento administrativo se requerirá al solicitante para que, en el plazo de diez días hábiles contados a partir del día siguiente al de la notificación del requerimiento, subsane la falta o acompañe
los documentos preceptivos, con indicación de que, si así no lo hiciere, se le tendrá por desistido de su petición, previa resolución dictada al efecto, conforme se determine, por el órgano competente.

**MODELO DE CONSENSO SOBRE REQUISITOS DE ACREDITACION DE SOBRE PROGRAMAS DE REDUCCION DE LA DEMANDA.**

Teniendo en cuenta las recomendaciones del ESTUDIO PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA Del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas –COPOLAD– 2014. En el mismo, se reunió un amplio consenso por países y entidades sobre los criterios mínimos y avanzados de la acreditación.

Se recomiendan los siguientes criterios para la acreditación de centros y servicios de reducción de la demanda, de modo que son guía para los desarrollos posteriores de normativa nacional al respecto. Se distingue entre criterios mínimos exigibles y los criterios avanzados que mayor calidad.

## CRITERIOS BÁSICOS DE ACREDITACIÓN

## INTRODUCCIÓN

Para la selección de los criterios "mínimos" que integran esta relación se han utilizado las siguientes normas:

- Que al menos el 70% de los socios y entidades colaboradoras que participaron en el Estudio (ver documento)[9] sobre la situación de los sistemas nacionales de acreditación consideren viable su incorporación a sus respectivos sistemas nacionales de acreditación.
- La exclusión de aquellos criterios que se vinculan específicamente con la mejora de la calidad de los programas.
- Se han eliminado aquellos criterios que se solapan o superponen entre sí o reformulado un nuevo criterio que sintetice ambos.

La aplicación de estas normas implica que los criterios de carácter mínimo para la acreditación de las distintas categorías de programas de RDD serían los siguientes:

### 1) Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda

**<u>Criterios mínimos comunes para la acreditación de los programas de RDD</u>**

### CRITERIOS ESTRUCTURALES

[9] Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas –COPOLAD– ESTUDIO PARA LA DEFINICIÓN DE CRITERIOS DE ACREDITACIÓN DE PROGRAMAS EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA. Tomo II. 2014

1) Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

1.1. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.

1.2. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a:

- La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo. o La seguridad y respeto a la dignidad humana.
- La salud, la integridad física, psicológica y moral.
- La no discriminación.
- La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones.
- La protección contra tratos degradantes e inhumanos.

1.3. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo con su situación personal y otras circunstancias asociadas.

1.4. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.

1.5. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.

1.6. Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.

2) Aspectos normativos.

2.1. El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.

3) Aspectos financieros

3.1. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.

4) Recursos humanos

4.1. Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.

4.2. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

5) Infraestructuras e instalaciones

5.1. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

6) Mecanismos de colaboración y coordinación

6.1. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

7) Sistemas de información y documentación

7.1. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.

7.2. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.

7.3. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de estos a las "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

7.4. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

8.1. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:

- El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.).
- Procedimientos e instrumentos para utilizar en la evaluación.
- Indicadores de evaluación.
- El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
- Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.).
- Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.

8.2. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.

**2) Criterios para la acreditación de los programas de prevención**

**Criterios mínimos para la acreditación de los programas de prevención**

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

1) Evaluación y análisis de necesidades

1.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable ("indicadores basales") sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.

1.2. Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.

1.3. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.

1.4. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psico-biológicos,

1.5. geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo a la evaluación de necesidades.

1.5. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el programa trata de modificar.

1.6. El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y problemas asociados que:

- Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante,
- Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención,
- Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas.
- Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.

1.7. Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.

2) Identificación e implicación de las partes interesadas

2.1. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.

2.2. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.

2.3. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar): la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y la información

proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.
3) Evaluación de recursos

3.1. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.

3.2. Si el personal no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.

4) Diseño/formulación del programa

4.1. Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados, describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa, informa sobre el modelo teórico adoptado, detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de
resultados y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.

4.2. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, nº de participantes previstos, duración de la intervención).

4.3. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.

4.4. Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar), son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos y son cuantificables, mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar y están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados, tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).

4.5. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

4.6. En la selección de las intervenciones existentes se considera:

- Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.
- Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.
- Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.
- Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. o Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.
- El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.
- La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

4.7. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo y el género y la cultura de los participantes.

4.8. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención y el número de participantes por actividad.

4.9. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

4.10. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.

4.11. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.

4.12. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

4.13. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

4.14. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

4.15. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos en los objetivos).

4.16. El programa incluye un cronograma de las intervenciones/actividades a realizar.

5) Seguimiento del programa

5.1. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

5.2. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

1. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados. o Los momentos en que se realizarán las mediciones.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

2. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

3. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

4. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados:
   - Están claramente descritos.
   - Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.
   - Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.

- Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

5. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.

6. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar.
- Los momentos en que se van a medir los indicadores.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

7. Los indicadores de evaluación de proceso:

- Están relacionados con las actividades realizadas.
- Están claramente descritos. O
- Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

**9.** Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

**10.** Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos "preventivos" del mismo:

- Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas.
- Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias.
- Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas.
- Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas.

- Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas.
- Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

**11.** Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.

**12.** Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

**13.** Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

## 3) Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas

### Criterios mínimos para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo

### CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

3.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.

3.2. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.

3.3. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.

### CRITERIOS DE EVALUACIÓN

3.4. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos:

- Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco.
- Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública.
- Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un subapartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de prevención.

**4) Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento**

**Criterios mínimos para la acreditación de los programas de tratamiento.**

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Aspectos normativos**

4.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de
barreras físicas, etc.).

4.2. El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.

**Derechos de los pacientes**

4.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:

- Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica.

- A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.
- A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.
- A conocer la normativa del centro (Reglamento Interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.
- A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar.
- A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:
    - Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.
    - El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud. –
    - Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.
    - A la firma de un contrato terapéutico que explicite el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.
- A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

4.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.

**Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento**

4.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.

4.6. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.

4.7. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.

4.8. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.

**Recursos humanos**

4.9. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias

**Infraestructuras e instalaciones**

4.10. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.

4.11. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.

**Mecanismos de colaboración y coordinación**

4.12. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así
como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

**CRITERIOS FUCNIONALES O DE PROCESO**

**Organización de los servicios**

4.13. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

4.14. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

4.15. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la Red Asistencial (perfiles poblacionales

atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.

4.16. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

4.17. Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales

**Cartera de servicios**

4.18. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

4.19. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

4.20. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior.

**Procesos asistenciales claves**

4.21. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

4.22. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación

diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

4.23. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

4.24. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

4.25. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.

4.26. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

4.27. Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

4.28. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiéndose los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

4.29. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

4.30. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

4.31. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

4.32. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

4.33. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

4.34. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.

4.36. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

4.37. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

4.38. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

4.39. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

4.40. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

## 5) Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño

**Criterios mínimos para la acreditación de los programas de reducción del daño.**

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Accesibilidad a los programas y servicios**

5.1. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

5.2. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un subapartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de tratamiento.

**6) Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social**

**Criterios comunes para la acreditación de los programas de incorporación social.**

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Accesibilidad a los programas y servicios**

6.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.

6.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa.

6.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.

6.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.

**Mecanismos de colaboración y coordinación**

6.8. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

**Evaluación y análisis de necesidades**

6.9. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.

6.10. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda- alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.

6.11. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes, las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social y las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social.

6.12. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social, tipo de alojamiento y características del mismo, tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos, situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad, nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social, formas de ocupación del ocio, situación jurídica-legal, estado de salud (física y mental), grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio, situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.

6.13. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.

**Diseño/formulación del programa**

6.14. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular:

- Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades.
- Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación.
- La población objetivo del programa (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección.
- El modelo teórico en que se apoya el programa.
- Los objetivos que persigue el programa.
- Las estrategias de intervención seleccionadas.
- Los ámbitos en los que incidirá el programa.
- Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles. o Los procedimientos de coordinación internos y externos.
- Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución.
- Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultados.

6.15. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

6.16. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

6.17. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar.

Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

6.18. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de:

- La posición de partida de la persona (problemas y necesidades, estado de salud física y mental, etc.).
- Su actitud y grado de compromiso para el cambio.
- Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta.
- La red social y familiar de apoyo de que dispone.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN (DE PROCESO Y DE RESULTADOS)**

6.19. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

6.20. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que:

- Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello.
- Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral)
- Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias.
- Disponen de programas individualizados de incorporación social.
- Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII).
- Participan en programas de tratamiento.

- Derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas.
- Derivados a los servicios de empleo.

6.21. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

6.22. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

# CRITERIOS DE ACREDITACIÓN AVANZADOS

## INTRODUCCIÓN

Para la selección de los criterios que integran esta relación se han utilizado las siguientes normas:

- Que al menos el 60% de los socios y entidades colaboradoras que participaron en el Estudio sobre la situación de los sistemas nacionales de acreditación consideren viable su incorporación a sus respectivos sistemas nacionales de acreditación.
- Se han eliminado aquellos criterios que se solapan o superponen entre sí o reformulado un nuevo criterio que sintetice ambos.

La aplicación de estas normas implica que los criterios para la acreditación de las diferentes categorías de programas de RDD que deberían asumir las entidades que se adhirieran al sistema de acreditación supranacional serían los siguientes:

### 1) Criterios comunes a todos los programas de reducción de la demanda

### Criterios comunes para la acreditación de los programas reducción de la demanda

### CRITERIOS ESTRUCTURALES

### Principios éticos y derechos de las personas beneficiarias de los programas

1.1. Las condiciones de acceso y permanencia en el programa o servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se producen discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.

1.2. El programa o servicio reconoce a las personas usuarias/beneficiarias del mismo su derecho a:

- La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no en el mismo.
- La seguridad y respeto a la dignidad humana.
- La salud, la integridad física, psicológica y moral.
- La no discriminación.
- La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones.
- La protección contra tratos degradantes e inhumanos.

1.3. Se oferta a los potenciales destinatarios del programa o servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada, de acuerdo con su situación personal y otras circunstancias asociadas.

1.4. Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.

1.5. La participación de menores de edad en programas y servicios cuenta con la autorización previa de los padres o tutores.

1.6. Los datos de los participantes en el programa son tratados confidencialmente.

**Aspectos normativos**

1,7. El programa/servicio cumple la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades laborales.

**Aspectos financieros**

1.8. Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.

**Recursos humanos**

1.9. Se dispone de un número suficiente de personal técnico para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.

1.10. El personal que integra el equipo responsable del desarrollo del programa/servicio dispone de las competencias profesionales necesarias para ello (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para poder desarrollar el programa).

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Infraestructuras e instalaciones**

1.11. Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en que se llevan a cabo.

**Mecanismos de colaboración y coordinación**

1.12. La organización promotora del proyecto propicia sinergias con otras instituciones, asociaciones y colectivos que comparten intereses y estrategias en el campo de la reducción de la demanda de drogas.

1.13. Se han establecido mecanismos y procedimientos de colaboración y coordinación con diferentes instituciones y organizaciones sociales que participan en el programa o que apoyan su desarrollo.

1.14. El programa se integra dentro de planes amplios ya existentes con los que existe cierta coincidencia estratégica, bien en materia de reducción de la demanda (por ejemplo, planes comunitarios de prevención del consumo de drogas), bien para abordar problemas de carácter transversal (por ejemplo, planes para la prevención de la exclusión social).

1.15. El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

**Aspectos organizativos**

1.16. La organización promotora del programa define su misión y visión.

1.17. La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.

1.18. La organización promotora del programa dispone de un sistema de gestión de la calidad para asegurar la prestación del mejor programa o servicio disponible a sus beneficiarios.

**Sistemas de información y documentación**

1.19. Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.

1.20. Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el mismo.

1.21. El programa contempla la colaboración con los sistemas de información locales, regionales y nacionales existentes en el campo de la reducción de la demanda, mediante la utilización de indicadores y procedimientos de recogida de información estandarizados, la cesión de los mismos a las "unidades centrales de información" para su procesamiento y explotación o su inclusión en bases de datos centralizadas.

1.22. Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.

1.23. Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN**

1.24. La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:

- El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados, etc.).
- Procedimientos e instrumentos para utilizar en la evaluación. o Indicadores de evaluación.

- El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
- Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.).
- Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.

1.25. Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.

## 2) Criterios para la acreditación de los programas de prevención

### Criterios para la acreditación de los programas de prevención

### CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

### Evaluación y análisis de necesidades

2.1. Se ha reunido y revisado información relevante, actualizada y fiable ("indicadores basales") sobre el consumo de drogas entre la población a la que se dirige el programa, incluyendo: tipos de drogas consumidas, tasas y tendencias del consumo, edades de inicio, percepción del riesgo, factores culturales relacionados con el consumo de drogas y problemas relacionados con el consumo.

2.3 Se ha realizado un análisis de los recursos disponibles en la comunidad.

2.4. La/s población/es objetivo está/n descrita/s, incluyendo su tamaño, características, cultura y perspectivas en relación con las drogas.

2.5. Si el programa es de prevención selectiva o indicada, se proporcionan unos criterios explícitos de inclusión y de exclusión (sociodemográficos, socioeconómicos, psico-biológicos, geográficos, etc.) que: definan la/s población/es objetivo de manera apropiada, permitan una diferenciación clara entre poblaciones y estén justificados de acuerdo con la evaluación de necesidades.

2.6. Se describen los factores de riesgo y de protección asociados al uso de drogas que inciden sobre la población objetivo del programa y que el programa trata de modificar.

2.7. El programa recurre a un modelo teórico para explicar los consumos de drogas y los problemas asociados que:

- Está basado en la evidencia o en una revisión de literatura relevante,
- Es aceptado en la comunidad científica y/o de prevención, o Permite una comprensión de las necesidades específicas relacionadas con las drogas y sus causas.
- Permite comprender cómo el comportamiento puede ser cambiado.

2.8. Mediante el modelo teórico se establece una relación entre los factores de riesgo y protección y la modificación de los comportamientos relacionados con las drogas.

**Identificación e implicación de las partes interesadas**

2.9. Se han identificado las partes interesadas, que incluyen: la población objetivo, representantes de los organismos financiadores, responsables de recursos comunitarios, representantes del movimiento asociativo, líderes comunitarios, representantes institucionales, medios de comunicación. etc.

2.10. Se establecen alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios.

2.11. Si se prevé realizar el programa en una organización receptora (por ejemplo, un centro educativo para un programa escolar): la organización receptora se considera como una parte interesada en el programa, las necesidades de la organización receptora se evalúan para determinar si el programa es el adecuado y la información proporcionada sobre el programa es comprensible y permite a la organización receptora tomar una decisión informada.

**Evaluación de recursos**

2.12. Se evalúa la capacidad de la población objetivo y otras partes interesadas para participar en el programa o apoyar su desarrollo.

2.13. Si el personal no tiene las capacidades necesarias, se define un plan de formación para el mismo.

**Diseño/formulación del programa**

2.14. Existe un plan escrito del proyecto que: es claro, realista, comprensible y accesible para todos los agentes implicados, describe y conecta de forma lógica los principales componentes del programa, informa sobre el modelo teórico adoptado, detalla las estrategias de intervención seleccionadas, la definición de los escenarios, los recursos materiales y personales necesarios, los procedimientos para recabar y mantener los apoyos, los procedimientos para la selección de los participantes, las actividades previstas, los procedimientos para efectuar el seguimiento, el diseño de la evaluación de procesos y de resultados y permite un seguimiento del progreso real del programa durante su ejecución.

2.15. El proyecto define el criterio para la terminación de la intervención (logro de los objetivos, terminación de las actividades previstas, nº de participantes previstos, duración de la intervención).

2.16. Se especifica qué se pretende prevenir o modificar.

2.17 Los objetivos: están determinados en función de la evaluación de necesidades (indicadores basales que se pretende modificar), son claros, comprensibles, realistas, están temporalmente definidos, son cuantificables, mantienen una relación lógica con las variables mediadoras que se pretenden modificar, están relacionados con los factores de riesgo y protección especificados, tienen una relación basada en el modelo teórico utilizado y están formulados en términos de cambio esperado en los participantes (de resultados).

2.18. Los objetivos son compatibles con las prioridades establecidas por las estrategias y políticas locales, regionales, nacionales y/o internacionales en materia de prevención de las drogodependencias.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

2.19. En la selección de las intervenciones existentes se considera:

- Si la intervención elegida es adecuada para el escenario del programa previsto.
- Si las condiciones subyacentes encontradas en la evaluación de las necesidades son similares a las existentes en el programa modelo/prototipo.
- Si los resultados obtenidos por el prototipo encajan con las metas y objetivos del programa previsto.
- Si los recursos necesarios coinciden con los recursos disponibles. o Los beneficios y desventajas de la intervención, incluyendo sus posibles efectos negativos.
- El equilibrio entre la posible adaptación y la fidelidad al prototipo elegido.
- La viabilidad de la intervención (si las actividades se pueden aplicar, si se dispone de cualificación suficientes, si la complejidad del programa es excesiva, etc.).

2.20. El programa elegido es adecuado y adaptado a las circunstancias relacionadas con: las necesidades de los participantes, el escenario elegido, el entorno operativo, la edad de los participantes y su grado de desarrollo y el género y la cultura de los participantes.

2.21. El diseño de la intervención se ajusta a las características de la población objetivo, mediante la adaptación de: el lenguaje, las actividades y métodos de aplicación, los mensajes de la intervención, la duración, frecuencia y ritmo de la intervención y el número de participantes por actividad.

2.22. El modelo teórico del prototipo elegido es compatible con: el modelo teórico explicativo utilizado para la intervención y los factores de riesgo y de protección identificados en la población objetivo.

2.23. El programa original está claramente referenciado y sus autores identificados.

2.24. Se han consultado las revisiones de la literatura y/o las publicaciones más relevantes.

2.25. La información revisada es científica, actualizada, relevante para el programa y aceptada por la comunidad científica y/o de la prevención.

2.26. El contenido de la intervención está basado en la evidencia disponible y en las recomendaciones de buenas prácticas e incorpora los mayores elementos posibles de dichas evidencias y recomendaciones.

2.27. El programa tiene la intensidad y duración adecuadas para el grupo al que va dirigido: a mayor riesgo de consumo, más intensa y duradera debe ser la intervención, y viceversa.

2.28. El programa ayuda a los participantes a descubrir y darse cuenta de sus propios recursos, de modo que: está positivamente orientado hacia los puntos fuertes de los participantes, y pone de relieve las alternativas a las opciones no saludables, apoya a los participantes en el cuidado de su propia salud y se encuadra en un clima positivo de promoción de la salud.

2.29. Se detallan los recursos financieros, personales, materiales y comunitarios disponibles para asegurar las intervenciones previstas.

2.30. Están definidos los mecanismos utilizados para reclutar a los participantes.

2.31. Se toman medidas concretas para maximizar el reclutamiento y la retención de los participantes, de modo que el programa: es asequible
para la población objetivo, ofrece horarios y lugares adecuados para la población objetivo, garantiza la confidencialidad, evita que se estigmatice a los participantes o la población objetivo más amplia, facilita incentivos materiales para captar a poblaciones en situación de riesgo.

2.32. Las actividades están adaptadas a las características de la población objetivo y de los participantes.

2.33. Las actividades son coherentes con los objetivos señalados (tienen capacidad para modificar los factores de riesgo y protección previstos
en los objetivos).

2.34. El programa incluye un cronograma de las intervenciones /actividades a realizar.

**Seguimiento del programa**

2.35. La intervención es implementada de acuerdo con el plan del proyecto.

2.36. Si se ha realizado una aplicación piloto, la misma está debidamente documentada, incluyendo:

- El seguimiento de la aplicación piloto.
- Las dificultades encontradas y las soluciones propuestas.
- Las modificaciones realizadas en el diseño de la intervención.

2.37. La implementación está documentada, incluyendo la misma:

- Datos periódicos de seguimiento de la implementación en línea con el plan del proyecto desarrollado en la etapa de planificación,
- Identificación de obstáculos y/o fracasos, y la forma en que fueron corregidos, o Ajustes y cambios realizados en el plan original del proyecto,
- Incidentes extraordinarios y las respuestas adoptadas para afrontarlos.

2.38. Se especifica cómo se realizará el proceso de seguimiento del programa.

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

2.39. Desde la fase de planificación, se ha redactado un plan de evaluación de resultados que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar para medir los resultados.
- Los momentos en que se realizarán las mediciones.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos que se van a utilizar.

2.40. Los indicadores de evaluación de resultados seleccionados están relacionados con los objetivos del programa.

2.41. Los indicadores de evaluación de resultados están claramente descritos y son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

2.42. Los métodos y las herramientas utilizadas para la recogida de los datos de resultados:

- Están claramente descritos.
- Aportan información relevante para los indicadores de evaluación.
- Son herramientas existentes probadas anteriormente o nuevas herramientas bien desarrolladas y validadas.
- Son consistentemente utilizadas (se utilizan las mismas herramientas en los distintos momentos en que se realizan las mediciones).

2.43. La evaluación de resultados sigue un diseño de investigación, permitiendo un análisis claro de la relación entre la intervención y los resultados.

2.44. Los datos de resultados son medidos antes de la intervención y después de la intervención.

2.45. Existe por escrito un plan de evaluación de proceso que incluye:

- Los indicadores que se van a utilizar.
- Los momentos en que se van a medir los indicadores.
- Los instrumentos de medida y de recogida de datos, cuando sean necesarios.

2.46. Los indicadores de evaluación de proceso:

- Están relacionados con las actividades realizadas.

- Están claramente descritos.
- Son medibles en términos cuantitativos y/o cualitativos.

2.47. La audiencia objetivo está especificada, incluyendo a los participantes en el programa y sus evaluaciones y a otras partes interesadas.

2.48. El formato y los medios de difusión adoptados son adecuados para los destinatarios.

2.49. Se contempla la realización de un informe final con los principales datos y conclusiones de la evaluación de procesos y de resultados.

2.50. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si se han logrado los objetivos "preventivos" del mismo:

- Si se ha mantenido o incrementado la abstinencia al consumo de diferentes drogas.
- Si se ha retrasado la edad de inicio al consumo de diferentes sustancias.
- Si se ha reducido la frecuencia de uso y las cantidades consumidas de ciertas drogas.
- Si se ha reducido el consumo abusivo o perjudicial de ciertas drogas.
- Si se han reducido problemas relacionados con el uso de determinadas drogas.
- Si se han modificado determinadas variables mediadoras.

2.51. Los mecanismos, procedimientos y herramientas seleccionados para evaluar los resultados del programa permiten comprobar si los resultados obtenidos por el programa se mantienen en el tiempo.

2.52. Se contemplan mecanismos de evaluación interna de los resultados.

2.53. Se contemplan mecanismos de evaluación externa de los resultados.

**3) Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas**

**Criterios para la acreditación de los programas de reducción de riesgos asociados al consumo**

## CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO

3.1. Los programas de reducción de riesgos desarrollados en el ámbito sanitario proporcionan de forma sistemática consejo sanitario de distinta intensidad a los consumidores de riesgo y perjudiciales de alcohol que acuden a los servicios de atención primaria de salud.

3.2. Los programas que incorporan intervenciones breves dirigidas a consumidores de alcohol disponen de una guía protocolizada para el consejo sanitario breve, la realización de las intervenciones breves y la formación y apoyo a médicos generales, que incluya respuestas a los principales obstáculos percibidos por los profesionales sanitarios para llevar a cabo estas actuaciones.

3.3. Se derivan a tratamiento especializado o a programas de asesoramiento a conductores suspendidos del permiso de conducir y en los que se constatan problemas de dependencia o de consumo problemático de alcohol.

3.4. Los programas de reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol en el ámbito laboral incorporan mecanismos que permiten la detección temprana de los consumos de riesgo, la oferta de consejo breve a los trabajadores que mantienen este patrón de consumo y la derivación a servicios especializados de tratamiento de los problemas de abuso y/o dependencia al alcohol.

## CRITERIOS DE EVALUACIÓN

3.5. Las intervenciones para reducir los riesgos relacionados con el consumo de alcohol y tabaco cuentan con un sistema de evaluación periódica interna de procesos y de resultados, dirigido a lograr los siguientes objetivos:

- Reducir la proporción de no fumadores expuestos a ambientes cerrados por humo de tabaco.
- Disminuir el número de personas fallecidas y heridas en accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- Reducir la tasa de problemas relacionados con el abuso de alcohol: urgencias hospitalarias, homicidios, lesiones por agresión, negligencia y maltrato infantil y personas intoxicadas atendidas en la vía pública.
- Reducir la morbilidad y mortalidad más directamente relacionada con el hábito de fumar y con consumos de riesgo y perjudiciales de alcohol.

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un sub-apartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de prevención.

**4) Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento**

**Criterios para la acreditación de los programas de tratamiento.**

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Aspectos normativos**

4.1. El centro o servicio cumple las exigencias que la legislación del país establece en materia de licencia de apertura y funcionamiento y de autorización como centro especializado, tanto derivadas de la aplicación de las normas generales que regulan los centros sanitarios y sociales, como de aquellas específicas referidas a los centros de tratamiento de las drogodependencias (existencia de un equipo técnico básico, condiciones de seguridad y salubridad, ausencia de barreras físicas, etc.).

4.2. El programa o centro de tratamiento ha sido autorizado habilitado como tal por parte de la Administración competente para ello.

**Derechos de los pacientes**

4.3. El servicio o centro de tratamiento garantiza un tratamiento adecuado y reconoce a los pacientes que acceden al mismo los siguientes derechos:

- Al acceso a las prestaciones y servicios de tipo sanitario, psicológico y social que integran el proceso asistencial en unos plazos definidos y conocidos y sin limitaciones por razones de insuficiencia económica.
- A la libre elección entre diferentes ofertas terapéuticas.
- A la voluntariedad para iniciar, mantener y cesar un proceso terapéutico, excepto en los casos señalados por la legislación vigente.
- A conocer la normativa del centro (Reglamento Interno) en todos aquellos aspectos que puedan afectarle, así como el nombre y cualificación profesional de las personas encargadas de su asistencia.
- A la información, verbal o escrita, por parte del equipo terapéutico respecto de los distintos servicios disponibles, el tratamiento propuesto según sus aspectos clínicos y el proceso que está siguiendo, las razones que aconsejan el mismo y los beneficios y riesgos que cabe esperar.

- A que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico de:
  - Todo su proceso asistencial, información que deberá ser integrada en la historia clínica.
  - El consentimiento otorgado antes de practicar cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico que suponga riesgos o inconvenientes para su salud.
  - Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se le apliquen de carácter experimental o que formen parte de proyectos docentes o de investigación.
  - A la firma de un contrato terapéutico que explicite el contenido y la justificación del tratamiento a desarrollar, los derechos que asisten a los pacientes y las obligaciones asumidas por los mismos.
- A recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

4.4. Los pacientes que siguen tratamientos de carácter residencial tienen derecho al contacto con familiares o allegados y a recibir visitas de ellos.

**Accesibilidad a los servicios y programas de tratamiento**

4.5. El centro o servicio contempla distintas vías de acceso al tratamiento y dispone de criterios de indicación terapéutica definidos y escritos, basados en un diagnóstico biopsicosocial de los pacientes.

4.6. El centro o servicio resulta accesible a todas las personas con problemas de abuso o dependencia a las drogas, al margen de su estado de salud física o mental, siempre y cuando la demanda de tratamiento se ajuste a los criterios de admisión y exclusión previstos en el centro.

4.7. En el centro o servicio existen unos criterios de inclusión y de exclusión que delimitan adecuadamente el acceso o no de los pacientes a las diferentes modalidades de tratamiento.

4.8. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para la desintoxicación en entornos hospitalarios.

4.9. Existen criterios definidos de derivación, inclusión, indicación terapéutica y exclusión para el ingreso en comunidad terapéutica.

**Recursos humanos**

4.10. Todos los profesionales que formen parte del equipo multidisciplinar poseen experiencia y formación específica reconocida en materia de drogodependencias.

4.11. Se dispone de un programa de formación continuada y reciclaje permanente de los profesionales del equipo terapéutico.

4.12. Se proporciona a la totalidad del personal de nueva incorporación al centro o servicio adiestramiento y actualización periódica en materia de procedimientos terapéuticos, gestión y evaluación de los problemas asociados al abuso de droga.

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Infraestructuras e instalaciones**

4.13. El tamaño de las instalaciones se adecúa al volumen de pacientes atendidos.

4.14. Los centros de tratamiento disponen de un depósito de medicamentos debidamente autorizado, una zona segura para el archivo de las historias clínicas y sistemas de protección informáticos para evitar el acceso a los datos de los pacientes por parte de personas no autorizadas.

4.15. Los centros de tratamiento residenciales disponen, además de las áreas funcionales comunes a todos los servicios asistenciales, de espacios y equipamientos adecuados a las actividades y tareas propias.

**Mecanismos de colaboración y coordinación**

4.16. El centro o servicio dispone de procedimientos de coordinación y cooperación con otros centros de asistencia a drogodependientes, así como de interconsulta y derivación a servicios de carácter generalista (servicios sanitarios, sociales, judiciales, red de salud mental, etc.).

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

**Organización de los servicios**

4.17. El centro/servicio se sustenta en un abordaje multidisciplinario e interdisciplinario de las drogodependencias.

4.18. El diseño del centro/servicio ha estado precedido de una evaluación de necesidades y un diagnóstico de situación.

4.19. El servicio de tratamiento está integrado en una red asistencial amplia, en la que participan otros centros de tratamiento, de tipo ambulatorio y residencial.

4.20. Se dispone de un modelo de referencia que establece las funciones que cumple el centro/servicio de tratamiento dentro de la
Red Asistencial (perfiles poblacionales atendidos, objetivos, servicios prestados, etc.), los procesos y procedimientos a seguir para acceder al mismo y los mecanismos de derivación de pacientes entre los servicios de la Red.

4.21. Existen unos mecanismos claramente definidos de entrada y salida del circuito asistencial.

4.22. Existe un expediente personal de cada paciente en el que se registran los terapeutas responsables de su caso y del que forma parte su historia clínica.

4.23. Se dispone de un sistema de información que permite registrar el conjunto de intervenciones asistenciales realizadas por el centro/servicio, compatibles con los sistemas de información locales, regionales y nacionales.

**Cartera de servicios**

4.24. El tratamiento incluye la evaluación diagnóstica, la atención sanitaria, psicológica y social (en el marco de planes terapéuticos individualizados) y el desarrollo de diferentes actividades orientadas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas afectadas, mediante la reducción de la dependencia de las drogas, la disminución de la morbilidad y mortalidad por el uso de estas sustancias, la potenciación de las habilidades y recursos personales y el acceso a programas de incorporación social.

4.25. La cartera de servicios de los centros de tratamiento ambulatorios incluye, como mínimo: información y orientación, evaluación y diagnóstico, tratamiento y control terapéutico, atención familiar y apoyo a la incorporación social.

4.26. La cartera de servicios de los centros de tratamiento residenciales incluye, preferentemente, los siguientes servicios: evaluación diagnóstica (en los casos que carezcan de ella o sea incompleta), desintoxicación, deshabituación, intervenciones de apoyo a la incorporación sociolaboral, atención psicológica individual y grupal, atención sanitaria, atención social, apoyo educativo, intervenciones con los familiares de los pacientes y servicio de alojamiento y manutención.

4.27. Los centros de tratamiento residenciales disponen de un programa para la prevención, identificación y control de las infecciones potencialmente adquiridas en el mismo y/o introducidas desde el exterior. 9) Procesos asistenciales claves

4.28. El centro/servicio dispone de una guía de procesos y procedimientos que permite protocolizar la atención a brindar a la población beneficiaria del mismo, asegurar la equidad y calidad de la atención prestada y facilitar el establecimiento de sistemas de información y la evaluación de la actividad asistencial.

4.29. El centro/servicio identifica, describe y documenta los procesos claves que conforman el proceso de tratamiento y que tienen un mayor impacto sobre los objetivos estratégicos del centro o servicio: recepción/admisión de las demandas, evaluación diagnóstica, formulación de planes terapéuticos individualizados, ejecución de los planes terapéuticos, seguimiento, evaluación y finalización de los tratamientos.

4.30. Se dispone de un sistema de registro de las admisiones o ingresos de los pacientes en el centro o servicio de tratamiento, así como de las bajas.

4.31. Se proporciona información al paciente y a sus familiares acerca de las opciones terapéuticas existentes y del contenido de la cartera de servicios disponibles en el centro/servicio, así como de las normas generales de funcionamiento.

4.32. El centro/servicio dispone de un documento de consentimiento informado para la recogida y el tratamiento de la información, así como para el programa terapéutico que va a seguir el paciente.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

4.33. Se realiza una evaluación y diagnóstico integral, de carácter biopsicosocial, de los pacientes que acceden a tratamiento conforme a los manuales, normas, criterios y procedimientos internacionales ya estandarizados.

4.34. Los datos de la evaluación diagnóstica son volcados en la Historia Clínica Integrada del paciente.

4.35. Se diseña un plan individualizado de tratamiento para cada paciente (modalidad de intervención, metas terapéuticas, actividades, recursos a utilizar, duración y fases), basado en un diagnóstico previo en el que se fijan objetivos de mejora o estabilización somática, psicológica, psiquiátrica y de integración social, así como de reducción o abstinencia del consumo de drogas.

4.36. Se tiene en consideración la perspectiva de género en el diseño del plan de tratamiento.

4.37. La propuesta terapéutica es comunicada y pactada con el paciente, recogiéndose los términos de los acuerdos alcanzados en un documento escrito que firma el paciente (contrato terapéutico). La propuesta terapéutica incluirá la oferta de intervenciones con los familiares del paciente, en los casos en que proceda.

4.38. El plan terapéutico incluye estrategias para reforzar la adherencia al tratamiento.

4.39. Se le asigna a cada paciente un "profesional de referencia", encargado de centralizar todos los flujos informativos y de responsabilizarse del seguimiento del plan de tratamiento.

4.40. Se incluye en la historia clínica del paciente una copia del plan individualizado de tratamiento y del contrato terapéutico pactado con éste.

4.41. Se dispone de Guías clínicas basadas en la evidencia y protocolos específicos aplicables a determinados procesos relevantes del tratamiento (desintoxicación, dispensación de sustitutivos opiáceos, control y tratamiento de enfermedades infecciosas, psicodiagnóstico, abordaje de la patología dual, etc.).

4.42. Tanto los centros de tratamiento ambulatorios como las comunidades terapéuticas ofertan un programa terapéutico multicomponente de carácter biopsicosocial, que combina terapia farmacológica y tratamiento psicológico conductual y cognitivo-conductual, terapia de grupo, familiar y de pareja.

4.43. Independientemente de que el objetivo del tratamiento se oriente o no al logro de la abstinencia, a todos los pacientes se les facilitan pautas para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de drogas.

4.44. Se contemplan reuniones periódicas del equipo técnico del centro/servicio para valorar la evolución del tratamiento y formular posibles cambios en el Plan terapéutico, así como con otros servicios implicados para garantizar la continuidad asistencial.

4.45. El profesional de referencia examina periódicamente junto con el paciente la evolución del tratamiento establecido, introduciendo las variaciones necesarias para asegurar el cumplimiento de los objetivos previstos en el Programa Individualizado de Tratamiento.

4.46. La duración del tratamiento vendrá determinada por el grado de cumplimiento de los objetivos perseguidos con la estancia en el centro de tratamiento y en función de los motivos de finalización debidamente definidos (alta terapéutica y voluntaria, derivación, abandono, fuerza mayor).

4.47. El Reglamento Interno del programa o servicio precisa los criterios de expulsión o exclusión del tratamiento de los pacientes y los procedimientos a aplicar en estos casos.

4.48. Los centros de tratamiento residenciales trabajan con los pacientes la salida del recurso, incidiendo, entre otros aspectos, en la conveniencia de seguir vinculados a un centro de tratamiento ambulatorio que asegure la continuidad asistencial.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

4.49. Para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento se utilizan métodos e instrumentos que hayan demostrado su utilidad en investigaciones y estudios de evaluación de la actividad asistencial realizados por otras instituciones.

4.50. El centro/servicio contempla la evaluación de resultados del proceso asistencial, identificando los indicadores a utilizar.

4.51. El centro/servicio contempla la evaluación de la satisfacción de los pacientes con el tratamiento, de los profesionales y de otras partes interesadas (familiares).

4.52. Se dispone de un sistema de evaluación periódica de la actividad asistencial, con base en indicadores objetivos (ocupación, retención de pacientes, altas, resultados obtenidos, etc.).

4.53. Se dispone de un programa de seguimiento de los pacientes tras la salida del tratamiento, que incluye monitorización periódica de las recaídas por métodos objetivos.

**5) Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño**

**Criterios para la acreditación de los programas de reducción del daño.**

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Accesibilidad a los programas y servicios**

5.1. Las personas que acceden al programa/servicio son informadas del contenido de la Cartera de servicios que ofrece el mismo y de las condiciones para su utilización.

5.2. El Reglamento de funcionamiento del servicio y los derechos y deberes de los usuarios están expuestos en un lugar visible y son accesibles para todas las personas que acceden al mismo.

5.3. Los horarios de funcionamiento y apertura de los servicios son amplios y coinciden con las necesidades de los usuarios a los que van destinados

**Recursos humanos**

5.4. La composición de los equipos que intervienen en reducción de daños se adapta a las necesidades de la población destinataria y al tipo de programa realizado, contando sus integrantes con la cualificación adecuada a las funciones que habrán de realizar.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

5.5. El programa contempla la evaluación de las conductas de riesgo relacionadas con la adicción (consumo inyectado, antecedentes de sobredosis, uso de drogas con potencial sinérgico en cuanto a efecto depresor sobre el SNC, uso compartido de drogas o materiales de consumo, consumo en la vía pública).

NOTA: el reducido número de criterios de programas podría aconsejar su inclusión, como un subapartado, dentro de los criterios de acreditación de los programas de tratamiento.

**6) Criterios para la acreditación de los programas de incorporación social**

**Criterios comunes para la acreditación de los programas de incorporación social.**

**CRITERIOS ESTRUCTURALES**

**Accesibilidad a los programas y servicios**

6.1. Se han establecido criterios precisos de inclusión y exclusión en el programa.

6.2. La población destinataria del programa está descrita de forma precisa, habiéndose definido su perfil y características.

6.3. Se dispone de un protocolo que regula el acceso/admisión de los usuarios al programa o al menos el programa describe los procedimientos previstos para ello.

6.4. El contenido de la cartera de servicios ofertados por el programa es difundido entre los potenciales beneficiarios y las entidades/servicios que trabajan en el campo de las drogodependencias o la exclusión social.

6.5. Se tienen en consideración las barreras que el género puede introducir en la accesibilidad al programa.

**Recursos humanos**

6.6. El programa dispone de personal especializado capaz de trabajar la mejora de las habilidades personales y sociales, en especial de aquellas relacionadas para la búsqueda de empleo.

**Mecanismos de colaboración y coordinación**

6.7. Existen acuerdos de colaboración con distintos programas y servicios (servicios sociales, de empleo, etc.) que permiten el acceso de las personas beneficiarias de los programas de incorporación social a los mismos.

6.8. Se han establecido alianzas con otras organizaciones, instituciones o grupos comunitarios que trabajan a favor de la incorporación social de distintos colectivos: creación de redes y estructuras de cooperación interinstitucional.

6.8. El programa se integra dentro de planes o estrategias más amplias dirigidas a la prevención de la exclusión social y/o a apoyar la incorporación social de colectivos vulnerables o desfavorecidos.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

**Evaluación y análisis de necesidades**

6.9. El programa incluye una adecuada justificación, soportada en un estudio previo de necesidades.

6.10. Se han evaluado las necesidades y demandas habituales de la población drogodependiente potencialmente beneficiaria del programa, en especial las relacionadas con ciertos problemas sociales y
de salud: laborales, económicas, familiares, de vivienda- alojamiento, judiciales-legales, aislamiento social, trastornos mentales asociados a la dependencia de las drogas y minusvalías o enfermedades orgánicas graves.

6.11. El programa analiza la influencia que el entorno social y económico ejercen sobre los procesos de exclusión e integración social de la población potencialmente beneficiaria del mismo, teniendo en consideración: la coyuntura económica del país, región o comunidad donde se implementará el programa y las políticas de empleo vigentes, las actitudes y estereotipos dominantes entre la comunidad donde se ejecutará el programa hacia las personas drogodependientes y las medidas para apoyar su incorporación social y las políticas sociales existentes para prevenir las situaciones de exclusión social y pobreza y apoyar los procesos de incorporación social.

6.12. El programa establece mecanismos y procedimientos que aseguren que las personas que acceden al mismo disponen de un diagnóstico social personalizado que establezca sus necesidades en materia de incorporación social.

6.13. La recogida de la información necesaria para la elaboración del diagnóstico social de las personas beneficiarias del programa se realiza a través de instrumentos estandarizados (Historia sociolaboral, etc.) que permiten valorar las siguientes áreas: antecedentes de participación en otros programas de incorporación social, tipo de alojamiento y características del mismo, tipo de convivencia y relaciones familiares, situación económica y fuente de ingresos, situación laboral actual, antecedentes laborales y actitudes ante el empleo, que sirva de base para obtener un diagnóstico de empleabilidad, nivel formativo, relaciones sociales y redes de apoyo social, formas de

ocupación del ocio, situación jurídica-legal, estado de salud (física y mental), grado de autonomía personal, recursos personales, actitud y disposición para el cambio, situación actual de los consumos de drogas y, en su caso, evolución en el tratamiento de la drogodependencia.

**CRITERIOS FUNCIONALES O DE PROCESO**

**Diseño/formulación del programa**

6.14. Existe un documento escrito en el que se describen todos los elementos relevantes del programa, en particular:

- Las conclusiones más relevantes de la evaluación de necesidades y las prioridades que se han establecido a la vista de los resultados del análisis de necesidades.
- Las partes interesadas en el programa y los procedimientos para su participación. o La población objetivo del programa
- (población destinataria y población mediadora) y los procedimientos para su selección.
- El modelo teórico en que se apoya el programa. o Los objetivos que persigue el programa.
- Las estrategias de intervención seleccionadas. o Los ámbitos en los que incidirá el programa.
- Los recursos humanos, materiales y financieros disponibles.
- Los procedimientos de coordinación internos y externos.
- Las actividades previstas, su duración y el cronograma para su ejecución.
- Los procedimientos para el seguimiento del programa y la evaluación del proceso y resultado

6.15. El programa se soporta en un análisis teórico lógico que establece cómo las estrategias y actuaciones que incorpora contribuirán a evitar/reducir las dificultades que la población beneficiaria presenta en materia de incorporación social.

6.16. Existe coherencia interna entre el soporte teórico del programa, el análisis de la situación (evaluación de necesidades), los objetivos, las estrategias de intervención y las actividades previstas.

6.17. Se explicitan de forma precisa y clara las metas y objetivos que se pretenden conseguir.

6.18. Los objetivos guardan una estrecha relación con las necesidades y prioridades identificadas en la evaluación de necesidades.

6.19. El programa incluye objetivos generales, específicos y operacionales, formulados de manera tal que puedan ser evaluados de forma objetiva mediante indicadores.

6.20. El programa establece objetivos realistas, que tienen presentes las limitaciones de la población beneficiaria y las características sociales, culturales y económicas del contexto en el que se va a intervenir y que pueden dificultar los procesos de incorporación social.

6.21. El programa incluye procedimientos y técnicas de intervención de calidad contrastada, perfectamente definidas y documentadas y coherentes con la evidencia disponible y/o las recomendaciones de buenas prácticas establecidas en materia de incorporación social de la población drogodependiente

6.22. Las estrategias de intervención seleccionadas se ajustan a las características y necesidades de la población beneficiaria.

6.23. Las estrategias de intervención propuestas son viables teniendo en cuenta el contexto donde deben ser implementadas.

6.24. El programa incluye estrategias destinadas a facilitar la accesibilidad de sus potenciales beneficiarios, teniendo en cuenta las barreras organizativas, económicas, estructurales, sociales y culturales que pueden dificultar o impedir el acceso al programa, en especial en el caso de las mujeres, los inmigrantes o las personas sin hogar. Entre otras, el programa incluye estrategias de aproximación activa a aquellos drogodependientes que permanecen alejados de los servicios especializados en el tratamiento de las adicciones y/o de los servicios sanitarios y sociales generales, para evitar la consolidación de situaciones de exclusión y/o marginación.

6.25. El programa incluye el entrenamiento en destrezas y conocimientos básicos, previo al acceso a los recursos y servicios previstos para favorecer la incorporación social.

6.26. Las estrategias de intervención previstas en el programa asumen la premisa de que la incorporación social en un proceso individualizado, existiendo múltiples itinerarios para lograr esta meta. Los objetivos y contenidos de los itinerarios de incorporación social son flexibles, dependiendo de: o La posición de partida de la persona (problemas y

necesidades, estado de salud física y mental, etc.). o Su actitud y grado de compromiso para el cambio. o Los recursos, capacidades y habilidades personales con que cuenta. o La red social y familiar de apoyo de que dispone.

6.27. El contenido de los "Programas Individualizados de Incorporación Social" serán consensuados con las personas interesadas, quedando reflejados los acuerdos y compromisos alcanzados en un "contrato de incorporación social" que suscribirán las mismas.

6.28. Las actividades y la metodología prevista para su desarrollo se ajustan a las características de la población destinataria.

6.29. Las actividades son coherentes con los objetivos y estrategias previstos del programa.

**CRITERIOS DE EVALUACIÓN (DE PROCESO Y DE RESULTADOS)**

6.30. El programa contempla un plan para evaluar su implementación, cobertura y resultados, en el que se identifican: los datos que serán recopilados para facilitar su evaluación y las fuentes de información a utilizar para su recogida, así como los instrumentos, herramientas y procedimientos a seguir para realizar la evaluación del programa (medición de la situación inicial, intermedia y final de las personas beneficiarias del programa y/o de los distintos servicios que incorpora el mismo).

6.31. El plan de evaluación del programa describe los indicadores de proceso que permitirán monitorizar las actuaciones desarrolladas en su contexto, entre las que cabe mencionar el número de beneficiarios que:

- Han accedido al programa a través de los diferentes mecanismos o vías establecidos para ello.
- Han accedido/utilizado los distintos servicios o actividades que integran el mismo (orientación laboral, asesoramiento social, formación prelaboral, etc.)
- Han sido derivados a centros de tratamiento de las drogodependencias.
- Disponen de programas individualizados de incorporación social.
- Han completado satisfactoriamente el programa individualizado de incorporación social (han realizado todas las actividades previstas y/o alcanzado los objetivos previstos en el PII).
- Participan en programas de tratamiento.

- Derivados a la red de servicios sociales para la atención de necesidades sociales básicas.
- Derivados a los servicios de empleo.

6.32. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar la cobertura del programa en relación con la población potencialmente beneficiaria del mismo.

6.33. El plan de evaluación del programa describe los indicadores que serán utilizados para evaluar los resultados del programa.

## SUBPRODUCTO 4.- PROCEDIMIENTOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN Y SERVICIOS DE ATENCIÓN RELACIONADOS.

Los procesos de referencia y contrarreferencia dentro de Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM) tienen como finalidad regular los criterios de derivación entre dispositivos de la Red de atención y a su vez optimizar la oferta terapéutica para hacerla más eficiente y eficaz.
En el ámbito de la Salud mental y las adicciones, como problemas de salud pública que son y al ser objeto de la atención dentro del SUS, debe regirse por las normas nacionales de referencia y contrarreferencia generales en cuanto a los procedimientos y el marco de las mismas. En concreto, será la NORMA NACIONAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA, aprobada por decreto ministerial 093 de, 30 de enero de 2013.

En salud mental y adicciones los procesos de referencia más importantes son los que se producen entre el primer nivel de salud y la atención especializada en salud mental y adicciones de segundo escalón del primer nivel de salud que son los Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC), y a su vez los que se producen entre este dispositivo y los dispositivos de segundo nivel y tercer nivel de atención en salud mental y adicciones.

Los procedimientos de referencia y contrarreferencia requieren un proceso de consenso entre los diferentes niveles de atención, ya que no sólo afectan en su formulación los aspectos clínicos, si no otros referidos a la carga asistencial y aspectos organizativos de la Red de atención, así como el rol de los recursos comunitarios no públicos de ayuda.

Por ello el trabajo de conformar unos protocolos de referencia y contrarreferencia requiere un proceso con unos pasos:

1.- Haber definido la cartera de servicios de cada nivel de atención previamente.

2.- Definir la casuística de trastornos más prevalentes de salud mental y adicciones que van a ser objeto de la mayor parte de los procesos de referencia y contrarreferencia.

3.- Establecer los recursos materiales y humanos para cada nivel que pueden dar respuesta a la demanda que se plantee.

4.- Formular un conjunto de criterios clínicos de referencia a cada nivel de atención.

5.- Establecer el mecanismo administrativo de referencia y contrarreferencia.

6.- Establecer un procedimiento de monitoreo y evaluación periódica de la corrección del procedimiento implantado.

A modo de orientación, exponemos los criterios de referencia entre el primer nivel de atención y los CAIFC según las patologías más prevalentes en atención primaria de salud:

El abordaje de los trastornos de salud mental en el contexto de la atención primaria es fundamental, pues la atención primaria es la puerta de entrada de la gran mayoría de pacientes al sistema de salud. Se ha calculado que los centros de atención primaria atienden anualmente entre el 70-90% de su población y diferentes estudios indican que los trastornos mentales ocupan aproximadamente un 30% de los problemas de salud atendidos en atención primaria.

Los trastornos mentales tienen una elevada morbilidad entre los pacientes de atención primaria[10]. Diversos estudios epidemiológicos sitúan su prevalencia en la práctica médica general entre el 25% y el 40%, y pueden llegar al 68% en hiperfrecuentadores. De estos pacientes, sólo llega a consultas de salud mental (SM) el 5-10%.

**PROPUESTA DE CRITERIOS DE REFERENCIA DE PACIENTES DESDE PRIMER NIVEL DE SALUD A SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

[10] Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. Salud Rural 1999;3:1-6.

**REFERENCIA URGENTE**

• Episodios de agitación psicomotriz de etiología psiquiátrica.
• Conductas heteroagresivas graves en las que se sospecha la existencia de patología mental.
• Riesgo autolítico a corto plazo (no solo ideas pasivas de muerte).
• Episodios maníacos.
• Episodios psicóticos agudos.
• Riesgo vital en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria o restricción de la alimentación asociada a patología mental.

**Abordaje terapéutico desde el primer nivel de salud:**

- En todos estos casos está indicado derivar al paciente al servicio de urgencias de psiquiatría del hospital de referencia para valoración del cuadro.
- Si se precisa descartar posible patología orgánica subyacente o realizarse primero una intervención somática (por ejemplo, en caso de ingesta medicamentosa o lesiones físicas), deberá ser remitido primeramente a un servicio de urgencias generales (en Centro de Salud u Hospital General).
  Las condiciones de un CIAFC no hacen posible, salvo excepciones, una intervención adecuada en estas situaciones.

**REFERENCIA PREFERENTE**

- Episodios hipomaníacos.
- Episodios depresivos graves (con riesgo autolítico a medio plazo, ideas delirantes, alteración importante de los ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados, etc.).
- Depresión posparto.
- Trastornos psicóticos: primeros episodios o descompensaciones de casos conocidos (siempre que no cumplan criterios de derivación urgente).

**REFERENCIA ORDINARIA**

En ausencia de los criterios anteriormente expuestos, se realizará derivación ordinaria a Salud Mental.

A continuación, se desglosan las recomendaciones de referencia por patologías, a lo que cabe añadir que estaría indicada la referencia en aquellos casos en que exista comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos que influyan en la falta de respuesta terapéutica y/o dificulten la relación médico-paciente o en los que haya presencia de embarazo o patologías orgánicas graves que compliquen el manejo farmacológico.

TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL U OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES

• Los cuadros de abuso y dependencia de alcohol u otras sustancias, y juego patológico se deben remitir los CAIFC. El uso perjudicial/abuso de alcohol no complicado puede ser tratado en Atención Primaria.

- Los ingresos hospitalarios para desintoxicación (Unidad de Desintoxicación Hospitalaria) se realizan desde el CAIFC y siempre de forma programada. La demanda por parte del paciente de un ingreso para desintoxicación no es una urgencia por sí misma y ha de ser evaluada en el CAIFC.

• Si existe un trastorno psiquiátrico comórbido al trastorno adictivo (patología dual), se suele plantear una intervención de trabajo en el programa de patología dual de los CAIFC.

TRASTORNOS PSICÓTICOS Y TRASTORNO BIPOLAR

• El tratamiento de estas patologías se debe hacer siempre en en dispositivos especializados. Se recomienda referenciar de forma ordinaria aquellos casos en los que el paciente se encuentre estabilizado y presente una buena adherencia al tratamiento. En el resto de los casos se recomienda referencia preferente o urgente (ver criterios de referencia urgente y preferente).

• Desde el primer nivel de salud, puede contribuirse de forma relevante al abordaje de estas patologías mediante:

- Identificación precoz de síntomas de inicio o descompensación para derivación urgente o preferente a CAIFC u Hospital.
- Fomento de la adherencia terapéutica y continuidad de cuidados.
- Control de salud general (complementariamente con el psiquiatra).
- Identificación de efectos secundarios de la medicación y

conocimiento de las interacciones, en especial del litio.

- Vigilancia de posible comorbilidad con abusos de sustancias u otros trastornos que compliquen el cuadro.
- Destacar la importancia del apoyo familiar. Apoyo al entorno y detección en el mismo de consecuencias de la enfermedad.

TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Es recomendable un abordaje en primer nivel de salud.

• Trastornos adaptativos

— Son, por definición, leves y reactivos a estresores y tienden a remitir tras semanas o pocos meses de la desaparición del estresor.
— En algunos casos se puede pautar benzodiacepinas para un alivio sintomático (ansiedad, insomnio). En aquellos casos en que la clínica (depresiva, ansiosa o conductual) sea evidente y/o mantenida estaría indicado tratamiento con fármacos antidepresivos.
— Derivación a CAIFC en los casos en que haya mala evolución o cronificación.

• Duelos (fallecimientos, rupturas de pareja...)

— Son procesos normales (no patológicos), que precisan habitualmente meses para su elaboración. Por norma general debe evitarse la medicalización, salvo tratamiento hipnótico en los casos en que haya alteraciones del sueño persistentes que no respondan a medidas de higiene del sueño.
— Derivación a CAIFC solo si la afectación es grave ("duelo complicado") o muy prolongada.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Atención Primaria constituye el medio asistencial fundamental para la detección precoz, tratamiento y seguimiento de la mayoría de los casos.

• Distimia

— Síntomas depresivos y ansiosos de intensidad leve y de curso crónico.
— Dado que la respuesta a los medicamentos es limitada y que el tratamiento suele ser prolongado (crónico), se recomienda un uso moderado del tratamiento farmacológico (antidepresivos fundamentalmente).

— Abordaje en primer nivel de atención. Derivación a atención especializada de Salud Mental en caso de ausencia de respuesta terapéutica o importante repercusión funcional.

• T. depresivo mayor (TDM), episodios depresivos leves o moderados.

— Abordaje en primer nivel de salud, salvo que existan criterios de urgencia o preferencia o haya persistencia en el tiempo (depresión resistente) o recaídas a pesar de haber realizado al menos dos pautas de tratamiento apropiadas (antidepresivo a dosis terapéuticas durante un mínimo de 6 semanas; en caso de respuesta parcial se recomienda aumentar dosis (dosis media/alta) o complementar con otro antidepresivo y, en caso de ausencia de respuesta, realizar el mismo proceso con un antidepresivo de diferente perfil). Es necesario, además, haber comprobado una buena cumplimentación del tratamiento por parte del paciente.

• TDM, episodios depresivos graves:

— Presencia de síntomas psicóticos, riesgo suicida, inhibición marcada o agitación, alteraciones conductuales graves, deterioro severo del autocuidado y la alimentación.
— Derivación a atención especializada de salud mental. En algunos casos se recomienda derivación preferente o urgente (ver criterios de derivación).

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

• Trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada [TAG]:

- Se recomienda tratamiento en primer nivel de atención de salud.
- Los casos en que los síntomas persistan pese a dos pautas de tratamiento se remitirán a CAIF de forma ordinaria.

• Fobias (agorafobia, fobia específica, fobia social), trastorno por estrés postraumático [TEPT], trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]:

- Se recomienda, por lo general, derivación a CAIFC de forma ordinaria (salvo presencia de criterios de urgencia o preferencia; véase apartado correspondiente).

TRASTORNOS SOMATOMORFOS
(T. de somatización, T. de conversión, T. por dolor, Hipocondría, Dismorfofobia)

- Se requiere descartar completamente una etiología "orgánica", p ara lo cual puede ser necesario derivar a la especialidad médica correspondiente (Neurología, Medicina Interna, etc.).
- La derivación a Salud Mental se realizará, una vez esté completo el estudio correspondiente, en los casos en que los síntomas persistan durante meses o en los que la intensidad o repercusión funcional sean elevadas o existan dudas diagnósticas con cuadros más graves.
- El trastorno dismórfico corporal (dismorfofobia) requiere derivación a CAIFC.
- En algunos casos son beneficiosas las consultas de médico a médico, evitando derivaciones y multiplicidad de atenciones y criterios, que suelen tener efecto perjudicial en estos pacientes.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TCA)

- Los TCA (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, otros) deben ser remitidos al CAIFC.
- Se recomienda monitorización de IMC, analítica y estado de salud general desde primer nivel de salud.

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- Se consideran tratables en primer nivel de salud, salvo que haya repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber instaurado pautas terapéuticas adecuadas (medidas de higiene del sueño y fármacos hipnóticos).
- La patología primaria del sueño se estudia y trata en unidades específicas si las hubiere.

PROBLEMAS DE PAREJA, DISFUNCIÓN SEXUAL O TRASTORNOS DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

• Derivación a dispositivos específicos si los hubiere.

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD:

• Aunque desde el primer nivel de salud es recomendable tener conocimientos sobre las características de este tipo de trastornos, el abordaje de estos pacientes debe realizarse en los servicios específicos de salud mental (CAIFC).

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

- Los pacientes en seguimiento en dispositivos pediátricos que por edad han de pasar a centros de adultos deben ser remitidos a CAIFC de forma ordinaria.
- Los pacientes adolescentes o adultos en los que se sospecha un TDAH no diagnosticado o que tienen el trastorno sin tratar, deben ser remitidos a CAIFC de forma ordinaria.

RETRASO MENTAL, TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA:

- La mayoría de los pacientes con estas patologías no precisan, en principio, un seguimiento específico en dispositivos de salud mental, pudiendo ser remitidos, si se estima oportuno, a los recursos sociosanitarios existentes públicos o privados.

- Deben ser remitidos a CAIFC aquellos pacientes que presenten problemas conductuales significativos o que presenten algún trastorno psiquiátrico comórbido.

Los Criterios referidos a la contrarreferencia debe regirse por el procedimiento pactado entre servicios, y los procedimientos administrativos establecidos para ello, conforme a la norma estatal citada anteriormente.
Como criterios generales la contrarreferencia es el proceso de devolución del paciente al dispositivo que lo referenció una vez cumplidos los objetivos terapéuticos que motivaron su remisión.

La contrarreferencia debe realizarse cuando:

1.- Se realizó la estabilización sintomatológica del paciente.
2.- Se realizaron las pruebas diagnósticas oportunas del nivel tercero de atención.
3.- Una vez realizado procedimiento de desintoxicación.
4.- Cuando la continuidad de cuidados aconseja la remisión a un dispositivo intermedio o comunitario de atención.
5.- El CAIFC es el centro de referencia y de contrarreferencia de salud mental y adicciones dentro del área de salud correspondiente, por ello debe ser siempre el centro receptor del paciente.
6.- La contrarreferencia debe tener en cuenta que se debe acompañar al usuario y su familiar en el proceso de vuelta al CAIFC, en especial en situaciones de falta de apoyo social y familiar el paciente.

## SUBPRODUCTO 5: ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y EL USO Y ABUSO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES DESDE LA SALUD PÚBLICA.

En relación con la consideración de uso de alcohol, otras drogas y otras adicciones como el juego patológico como parte de la política de salud pública, y, yendo más allá, como parte de los objetivos de promoción y prevención y los planes y programas, hay un reto pendiente no solo en la Región sino también a nivel global.

El marco de abordaje de estos temas queda bien recogido en el Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública de la OPS (Washington, 51° consejo directivo, 63ª sesión del comité regional, 2011). En este documento se definen los ámbitos de trabajo en sustancias psicoactivas desde la salud pública. Están referenciados como Áreas estratégicas y objetivos relacionados con ellas:

**ÁREA ESTRATÉGICA 1:** Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en materia de salud pública y asignación de recursos compatibles con la magnitud del problema del consumo de sustancias psicoactivas.

**Objetivo 1.1:** Tener políticas y planes sanitarios nacionales en materia de consumo de sustancias psicoactivas en todos los países como parte de las políticas, planes y leyes sobre la salud en general. Tales políticas y planes deben complementar la política nacional en materia de drogas en general y coordinarse con ella, apoyar las metas de salud pública, reducir las disparidades, incluir una perspectiva de género y ceñirse a las convenciones de control de drogas, y a los instrumentos, declaraciones y recomendaciones aplicables del sistema
interamericano y el sistema de las Naciones Unidas en materia de derechos humanos.

**Objetivo 1.2:** Fortalecer la prevención, la detección sistemática y la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y los servicios afines de apoyo mediante la promoción del
bienestar sanitario y social de las personas, las familias y las comunidades y la reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas, en especial entre los grupos de alto riesgo.

**Objetivo 1.3:** Movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para ejecutar las actividades planificadas y para procurar que esos recursos se utilicen principalmente en los servicios ambulatorios comunitarios de atención primaria y se integren en el sistema

general de atención de salud.

**ÁREA ESTRATÉGICA 2:** Promoción de la prevención universal del consumo de sustancias, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de los niños y la población joven.

**Objetivo 2.1**: Promover modelos de prevención universal basados en datos probatorios y prácticas óptimas que apoyen el desarrollo psicosocial y económico de los jóvenes en especial y que mejoren el acceso a la información y a servicios de salud apropiados y basados en datos probatorios.

**Objetivo 2.2:** Promover la concientización a nivel comunitario con respecto al consumo de sustancias y los trastornos asociados por medio de programas de educación, capacitación y concientización.

**ÁREA ESTRATÉGICA 3:** Promoción de las intervenciones tempranas en los entornos de atención primaria y desarrollo de sistemas de tratamiento vinculados a la atención primaria de salud y servicios conexos.

**Objetivo 3.1:** Proporcionar un conjunto de intervenciones esenciales basadas en datos probatorios, en los diferentes niveles del sistema de atención de salud, que pueda ser adaptado por los Estados Miembros, poniendo de relieve la atención primaria de salud.

**Objetivo 3.2:** Suministrar herramientas para la capacitación y la certificación de la fuerza laboral sanitaria para que pueda abordar el consumo de sustancias y los problemas conexos, lo que incluirá las mejores prácticas para recetar medicamentos.

**Objetivo 3.3:** Proporcionar herramientas, capacitación y respaldo a los proveedores de atención sanitaria no remunerados y a los familiares.

**Objetivo 3.4:** Examinar y actualizar los programas de estudios de las profesiones dedicadas a la salud y otras afines a nivel de grado o posgrado y de los programas de educación continua sobre los temas relacionados con el consumo de sustancias.

**Objetivo 3.5:** Promover la disponibilidad adecuada de medicamentos psicoactivos fiscalizados a nivel internacional con fines terapéuticos y científicos, previniendo al mismo tiempo su desvío y uso con fines no terapéuticos.

**ÁREA ESTRATÉGICA 4:** Investigación, seguimiento y evaluación.

**Objetivo 4.1:** Crear la capacidad para investigación y el seguimiento y la evaluación de los servicios de prevención del consumo de sustancias, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, reintegración social y servicios de apoyo conexos orientados a la reducción de las consecuencias negativas del consumo de estas sustancias.

**Objetivo 4.2:** Mejorar los datos en los sistemas nacionales de información de salud sobre el consumo de sustancias, procurando recopilar y analizar regularmente los datos básicos pertinentes para la adopción de decisiones y la vigilancia de cambios con el transcurso del tiempo.

**Objetivo 4.3:** Promover la investigación y la vigilancia en los Estados Miembros a fin de crear una base de datos de estrategias eficaces de intervención y vigilar las tendencias del consumo de sustancias en la Región.

**Objetivo 4.4:** Compilar y difundir información y materiales basados en datos probatorios sobre los problemas relacionados con el consumo de sustancias, como evaluaciones de políticas y programas a nivel nacional y local.

**ÁREA ESTRATÉGICA 5:** Alianzas estratégicas.

**Objetivo 5.1:** Crear y fortalecer alianzas con otros interesados directos a fin de lograr una respuesta integral de salud pública a los problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas en la Región.

En los objetivos propuestos por la OPS, destacaría como añadido importante lo referido a la acción en prevención y asistencia de las adicciones en el medio laboral, así como acciones específicas en prevención en medio escolar, familiar y comunitaria, que no quedan especificadas suficientemente.
El enfoque desde la perspectiva de salud que aporta el Plan de Acción de OPS abarca desde la promoción y prevención de las adicciones hasta el proceso de tratamiento, la rehabilitación y reinserción, la información sobre el tema, la capacitación, la investigación y las alianzas estratégicas; todos esos aspectos son esenciales para un adecuado diseño y organización de la política sobre adicciones desde la Salud Publica.

Por su lado, en lo referido a las Salud Mental, no es fácil encontrar en los planes de salud mental acciones continuadas sobre la promoción y prevención de la salud mental desde las estrategias de salud pública. No hay demasiada conciencia de la importancia de la prevención de los problemas de salud mental y la promoción de la salud mental.

Sin embargo, problemas epidémicos como el suicidio juvenil por ejemplo están poniendo en primera línea de la salud publica los planes para prevenir el suicidio como expresión de la mala salud mental.

Un documento estratégico que pone las bases de una acción desde la salud publica en salud mental es el PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL 2013-2020 de la OMS. Por ejemplificar los objetivos y acciones correspondientes más importantes que marca el documento, son:

**Objetivo 1: Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.**

- Participación de diferentes actores públicos y privados en definir la política.
- Rol esencial de las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil.
- Integración de las políticas de salud mental en las políticas y los planes nacionales de salud. Elaborar políticas y planes específicos de salud mental que ofrezcan orientaciones más detalladas.
- Las políticas, planes y leyes sobre salud mental deben cumplir con las obligaciones dimanantes de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de otras convenciones internacionales y regionales de derechos humanos.

**Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.**

- Desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud.
- Calidad asistencial mediante protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluyan la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas.

- Enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas.
- Participación y un apoyo más activo de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios.

- Responder a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados de la sociedad, tales como: las mujeres y niños víctimas de la violencia doméstica, los supervivientes de actos violentos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los pueblos indígenas, los migrantes, los solicitantes de asilo, las personas privadas de libertad o los grupos minoritarios en el contexto nacional.
- Número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa.

**Objetivo 3: Aplicar estrategias de promoción y prevención en materia de salud mental.**

- Elaborar y aplicar políticas y programas de salud para atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, y proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos.
- Extender responsabilidad de la promoción de la salud mental y prevenir los trastornos mentales a todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales: empleo, vivienda, salud, servicios

sociales, derechos humanos, deporte, ocio y tiempo libre, economía. Y otros.
- Implementar estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales durante toda la vida:

- Leyes contra la discriminación y campañas informativas que atajen la estigmatización.
- Educación sanitaria de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida.
- Intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia.
- Instauración de condiciones saludables de vida y de trabajo.
- Programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario.

- Protección social de las poblaciones vulnerables: pobreza, indígenas…

- Estrategias de prevención del suicidio.

**Objetivo 4: Reforzar los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre salud mental.**

- Mejorar la información, los datos empíricos y la investigación para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental.
- Implementar sistemas de información periódica sobre salud mental:

- Prevalencia de los trastornos mentales y determinación de los principales factores de riesgo y de protección.
- Alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios.
- Datos sobre impacto sanitario, social y económico.
- Perspectiva de género en los datos.

Nuevamente, se recogen todos los aspectos de una política sobre salud mental desde todas las vertientes, no solo desde la promoción y prevención.

La organización que debe soportar la política en salud pública pasa por varios requisitos tanto para salud mental como adicciones:

1.- Se debe articular una acción pública desde Salud que se apoya en la salud pública como tal y en el sistema prestador de atención sanitaria de salud mental y adicciones. Para ambos casos se requiere planificar las acciones y coordinarlas.

2.- Se requiere una regulación normativa que determine los roles de lo público y lo privado en la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción. Lo referido a la articulación de la acción comunitaria en Redes de intervención. Que establezca los mecanismos de intervención multisectorial para una acción múltiple, y descentralizada eficaces.

3.- Establecer a partir de la regulación normativa que determine responsabilidades en la política, y la elaboración de planes o estrategias de acción: Se recomienda que haya:

- un plan sobre la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud mental; información, capacitación e investigación.
- un plan de acción sobre promoción y prevención del uso de sustancias psicoactivas, y la asistencia y reinserción sociolaboral.
- Un Plan de acción sobre el alcohol.
- Un Plan de acción sobre el tabaco.
- Un plan de acción de adicciones comportamentales.
- Una estrategia de participación de la sociedad civil.
- Un plan de información, capacitación e investigación sobre adicciones.

4.- Constituir órganos de coordinación y seguimiento de la política, como Comisiones Técnicas y de monitoreo, con capacidad propositiva a instancias superiores.

5.- Establecer una estrategia de territorialización de la política, regional y local.

6.- Establecer el sistema de evaluación del cumplimiento de los planes de acción, y el sistema de corrección de desviaciones.

7.- Se recomienda que sea un departamento específico de salud pública el que elabora la planificación sobre sustancias psicoactivas y salud mental, tanto en la parte de promoción y prevención, como en la parte de prestación de servicios de atención.

8.- Dentro de los planes de acción de salud mental y adicciones especificar la estrategia de capacitación anual en la materia, así como lo referido a la investigación aplicada.

9.- Determinar el modo de participación de la sociedad civil en la implementación de las políticas de promoción y prevención en especial. Hay iniciativas referidas al control de bebidas alcohólicas, por ejemplo, que el éxito tendrá mucho mayor impacto en la medida que sea apoyada por la sociedad civil: en especial asociaciones vecinales, de madres y padres de alumnos, de afectados, y otras.

10.- Establecer ítems de salud pública para el impulso y desarrollo de los planes y la evaluación y monitoreo de estos. Así mismo, disponer de conceptos de presupuesto específicos para apoyar la implementación. Aunque como se dijo antes no es solo de competencia de salud, si no de otros sectores públicos y privados.

## SUBPRODUCTO 6: ORGANIZACIÓN DEL ENFOQUE COMUNITARIO EN LOS SERVICIOS E INTERVENCIONES DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL.

### ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN TODAS LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Las Salud Mental y las adicciones son un problema de Salud Pública vinculado al autocuidado de la salud individual y colectiva.

Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de la Salud mental y de las adicciones, están alineadas con las contenidas en Ley 913, 16 de marzo de 2017.- ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y la Ley 475, de prestaciones servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013. y La ley 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria de la Ley 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por ley 1096 de 28 de mayo de 2018, hacia el sistema único de salud, universal y gratuito.

Y el Marco de actuación a nivel comunitario de salud previsto en Decreto Supremo n.° 29601, nuevo modelo sanitario de Bolivia

"Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural"

Así mismo, asumen en todas las políticas el paradigma de Salud basado en la acción intersectorial en todos los niveles de la Administración para generar políticas efectivas y sostenibles que contribuyan al logro de un máximo nivel de salud y bienestar de la población.

Desde ese punto de vista, el SCATASM tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud entre los que destacan los factores ambientales que rodean a la persona, que influyen en la toma de decisiones el auto cuidado de la salud mental y sobre el uso de drogas.

Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, poniendo énfasis en las acciones individuales y colectivas, muy especialmente, en actuaciones orientadas a crear entornos saludables e influir en factores estructurales de orden social, económico y político.

**ENFOQUE PREVENTIVO COMUNITARIO E INTEGRADO EN EL SISTEMA DE SALUD**

Por cuanto el SCATASM engloba acciones de prevención integradas en la comunidad para la salud mental y comprende también lo referido a las consecuencias delictivas desde la salud publica derivadas del uso de drogas. Se aborda la problemática desde el inicio del proceso delictivo-adictivo, persiguiendo como fin último promover la evitación de la entrada en procesos judiciales y planteando alternativas a la privación de libertad cuando existe un abuso o adicción de drogas como problema de salud pública.

El abuso de alcohol y drogas se integra de pleno en el sistema de salud desde el primer nivel de atención, el segundo y el tercer nivel, como una patología más de salud mental, evitando la creación de redes paralelas de tratamiento.

**PROCESO CONTINUADO HASTA REHABILITACION Y LA REINSERCION SOCIO LABORAL**

El proceso de prevención de salud mental y las adicciones, y su tratamiento en muchos casos requiere un proceso de rehabilitación y reinserción. La reinserción social y laboral es fundamental para la consolidación del tratamiento de salud mental y de la adicción. Por todo ello, se proponen una acción continuada hasta la plena reinserción.
Ambos procesos se articulan en la comunidad con el aprovechamiento de los recursos de que se disponga en lo referido a el empleo, el ocio y tiempo libre, el deporte, y otras áreas de interés.

**INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA Y LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES.**

El SCATASM contempla la perspectiva de género en todo su proceso de elaboración y acción.
Integrar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y de las adicciones significa tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es logra la equidad de género.
La incorporación de la perspectiva de género en las adicciones desde la salud pública implica abordar la influencia de los factores biológicos, sociales y culturales en los recursos sanitarios para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en los programas.
En mujeres que padecen problemas de salud mental y adicciones significa tomar en cuenta las especificidades sociales, legales y de salud que afectan a su situación particular. E implementar acciones que den respuesta a esas necesidades. Por ejemplo: las barreras familiares y sociales para acceder a los tratamientos, el estigma asociado por ser mujer, los diferentes enfoques terapéuticos que funcionan mejor en la mujer que en el hombre, consideraciones sobre los psicofármacos en la mujer, entre otros temas.

Será necesario, por tanto, reforzar los factores de protección en las mujeres para recobrar el empoderamiento en el autocuidado de la salud.
Partiendo de los principios de equidad y accesibilidad en relación a la prevención y los recursos de atención a la salud mental y adicciones, se deben tener en cuenta en primer lugar las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres.
Y contemplar la puesta en marcha de programas sensibles al género para que las mujeres superen los posibles obstáculos de acceso a los tratamientos.
Para ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adiciones teniendo en cuenta las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres.

**VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES**

Dado el carácter multifactorial Del fenómeno de la salud mental y de las adicciones debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la prevención y asistencia a las personas que lo necesiten.
El SCATASM, como instrumento estratégico de planificación de la prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones, marca las prioridades en materia de intervención en la comunidad para la prevención y atención temprana de los problemas de salud mental y adicciones. También en el ámbito de consumo de drogas se incardina este sistema con el Sistema Integral de atención y tratamiento de las personas Privadas de Libertad (ver documento de la consultoría en Dir. Gen. De Régimen Penitenciario).
Establece los ámbitos de actuación y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la participación social y la coordinación de acciones.

**COLABORACIÓN Y COORDINACION DE LA SOCIEDAD CIVIL**

La estrategia de participación y colaboración social y de los recursos es uno de los pilares de acción del SCATASM.
La sociedad estará representada a través de las ONG, Sector Privado, Instituciones y Administraciones en los niveles estatal, departamental y local, para contribuir a la construcción de una política integrada que conformará el SCATASM.

En este sentido, la administración departamental y administración local cumplen un papel fundamental debido a su cercanía al ciudadano, y como ejes vertebradores de la atención a la salud mental y las adicciones a través de las competencias que tienen atribuidas, especialmente en el primer y segundo niveles de atención.

**ATENCIÓN ESPECIAL A LA VULNERABILIDAD**

El SCATASM trata de ser equilibrado mediante el planteamiento de objetivos que atienden especialmente la vulnerabilidad social de los adolescentes y jóvenes y mujeres, tanto en la prevención como en el tratamiento de las adicciones.
La vulnerabilidad viene determinada por la aparición de contextos sociales multifactoriales. Las creencias y estructuras de las relaciones sociales, y los factores culturales, configuran colectivos con el mayor riesgo de exclusión en el acceso a la atención sanitaria y social y la prevención.
Por otra parte, la edad, el género, el nivel educativo, el nivel socio -económico y la cultura, son factores de una mayor o menor desprotección ante las consecuencias del consumo de alcohol y de drogas ilegales.

Por todo ello, el SCATASM prioriza la atención de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos.

**ATENCIÓN ESPECIAL A LA VULNERABILIDAD**

El Objetivo 3 de los ODS de Naciones Unidas señala que se debe: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y en su meta 3.4, dice que para 2030, se deberá haber reducido en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

El "Informe Mundial sobre las Drogas 2019", por otro lado, señala entre otras cosas que las respuestas en materia de salud pública siguen siendo insuficientes. No hay tantas intervenciones de tratamientos eficaces, basadas en datos científicos y respetuosas con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, ni son tan accesibles, como haría falta, y los Gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben reforzar las intervenciones para suplir esa carencia. Y señala también que se deben ampliar las intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basadas en datos científicos que estén integradas dentro del sistema de salud de cada país, comprendan el acceso universal a los servicios, estén a disposición de las personas que las necesiten, sean accesibles en diferentes entornos, se basen en los principios de los derechos humanos y la ética y atiendan las diversas necesidades de las personas con trastornos por consumo de drogas.

Por todo ello, la aplicación de los ODS en salud pública referido al SCATASM, implica garantizar a todos los usuarios del sistema de atención la accesibilidad a la prevención y el tratamiento a todos los niveles, por lo que el SCATASM se cimenta en los principios de universalidad y equidad.

El principio de universalidad implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y tratamiento, que aplica de igual manera a las personas en situación de privación de libertad.

El principio de equidad busca todas las personas sin distinción, incluidas que las personas privadas de libertad tengan las mismas oportunidades para enfrentar sus problemas de salud mental y su adicción, independientemente de sus condiciones personales o sociales, o culturales y de género.

**PRINCIPIO DE UNIVERSALISMO PROPORCIONAL**

El principio de universalismo proporcional es fundamental cuando los recursos son limitados: las actuaciones en materia salud mental y de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades y los recursos disponibles. Este principio rige el SCATASM en su concepción.

**ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

**Ejes de la atención comunitaria en salud mental y adicciones**

**A. Promoción de salud mental comunitaria**.

La promoción de la salud mental consiste en desplegar acciones que generen entornos y condiciones de vida que resguarden el desarrollo integral de las personas, comunidades o barrios, para favorecer modos de vida saludables. La promoción entonces debe reconocer dimensiones previas a la posibilidad de la emergencia de una enfermedad, siendo esencial la participación de otros sectores del Estado: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda, municipios, ONG, entre otros actores que, con sus prácticas y políticas
públicas, impactan en la calidad de vida de las personas y sus comunidades. Trabajar con ellos permitirá encauzar acciones intersectoriales que contribuyan a favorecer la salud mental de la
población, resguardando no moldear, desde lo sanitario, la esencia de la comunidad.

**B. Prevención en Salud Mental y adicciones.**

La prevención en el contexto del modelo comunitario y de determinantes sociales constituye un esfuerzo por conocer, promover y apoyar las capacidades de autogestión de las personas, familias y comunidades frente a aquellas condiciones y riesgos, especialmente aquellos que configuran entornos con altos niveles de vulnerabilidad, marginación y exclusión social.

Con la prevención se busca fortalecer, por un lado, aquellas condiciones protectoras identificadas en una comunidad y por otro, contrarrestar los efectos que tienen los determinantes sociales
desfavorables sobre la salud de grupos, familias y comunidades.

Las estrategias preventivas deben identificar aquellos condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia
de trastornos mentales y adicciones en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esos condicionantes del daño.

Con esta visión, se deben desarrollar estrategias de prevención desde salud y desde los servicios locales, pensadas y gestionadas con una lógica comunitaria e intersectorial, impulsando el potencial de
colaboración entre los equipos y la comunidad misma, y que se basen en las características específicas de las comunidades territorializadas, respetando sus sentidas necesidades.

**C. Atención y cuidados en salud mental y adicciones.**

La atención y cuidados en salud mental y adicciones en y con la
comunidad se centran en que la persona, que presenta una enfermedad mental o problema con las drogas, mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros y participar de la vida en comunidad, así también debe considerar a la familia y su entorno como parte fundamental del proceso de recuperación de la persona. Esto adquiere un profundo sentido terapéutico, en tanto el trastorno mental es una fuerza que empuja a la persona a aislarse de su grupo y su comunidad, siendo las condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común, desarrollarse y mantener habilidades para generar vínculos satisfactorios, lo primero que se pierde como consecuencia de la enfermedad.

Debe ir más allá del control de los síntomas en las personas y orientarse a propiciar un cambio en las relaciones de ese sujeto con su entorno, y las condiciones sociales. Esto demanda la articulación en red con otros
servicios que otorguen las condiciones básicas que requieren las personas para su bienestar: trabajo, vivienda, educación, lazos afectivos, relaciones sociales, etc., consideración de su cosmovisión para comprender y vivir su trastorno, derechos básicos, cuya ausencia o insuficiencia contribuyen al malestar subjetivo y generan trastornos mentales.

Por tanto, incorporar en la atención y el cuidado, el entorno y su cosmovisión en el que, las personas con trastornos de salud mental y adicciones y sus familias se desenvuelven, hace necesario contar con servicios organizados en red que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar barreras a la integración en la comunidad.

La atención desde el modelo comunitario se basa en tres elementos centrales interrelacionados [11]:

[11] Manuel Desviat , Ana Montero, "Reseña de 'Acciones de Salud Mental en la Comunidad,'"
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012

a) **El trabajo en red:** La constitución de la red no reside en los dispositivos que la forman, sino fundamentalmente en las relaciones entre las instituciones y entre profesionales de las mismas.
Cada profesional del equipo debe aportar a una tarea común dirigida a un sujeto concreto con necesidades de cuidados, en una red de salud coordinada con otros sectores de manera horizontal.

La red de salud mental no solo es parte del sistema sanitario, sino de un sistema social más amplio, dónde el sujeto se construye.

b) **El abordaje de la psicopatología, basada en un modelo de sujeto de relación:** la atención en salud mental y adicciones debe trascender la psicopatología de los síntomas y entender al sujeto en un entramado
de vínculos con los otros, a través de los cuales se construye. En este sentido, los síntomas no pueden separarse de la persona que los experimenta en un momento dado de su historia, su curso de vida y su entorno.

c) **Gestión clínica:** Es la descentralización de la toma de decisiones, esto se traduce en mayores niveles de autonomía de profesionales y personas usuarias, generando una institucionalidad más flexible y participativa. La gestión clínica, así entendida, debe buscar la consecución de objetivos de eficiencia y eficacia por medio de la conformación de equipos en base a perfiles de competencia.

**Continuidad de atención y cuidados en salud mental[12].**

En el plano de la salud mental, la continuidad del cuidado se define como el proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de usuarios/as entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios. Implica la relación persona, familia, comunidad - sistema de salud, el grado de cuidado individualizado, la accesibilidad, los vínculos entre servicios, la integralidad y la flexibilidad de la ubicación de los servicios.
Se identifican dos elementos centrales: la temporalidad de las acciones y la articulación de distintos recursos integrados en torno a un sistema de atención, es decir, entienden la continuidad como un resultado en que la integración de la red da cuenta del cuidado de una persona o una comunidad, que ocurre en una línea de tiempo.
La OPS define tres mecanismos que contribuyen a la continuidad del cuidado:
a) compartir información sobre una persona (coordinación de la información),

[12] Joyce, A. and et al., "Continuity of Care in Mental Health Services: Toward Clarifying the Construct," Can J Psychiatry, vol. 49, no. 8, pp. 539–550, 2004.

b) coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado) y
c) regular el acceso a lo largo de la red de servicios (regulación del acceso). Todo esto en el marco de una adecuada aplicación de las
convenciones y tratados internacionales, y la legislación nacional, en el ámbito de la salud mental u adicciones.
En síntesis, la continuidad del cuidado se traduce en estrategias y acciones que optimicen la resolución de las necesidades de salud de las personas y sus comunidades en el marco de una red y en donde la
persona y su familia experimenten un acompañamiento y seguridad en la atención de manera continua y oportuna. Esta continuidad implica una coherencia entre el modelo, el diseño de las atenciones, los recursos y el tiempo para el trabajo comunitario, de manera que se valide (valorización y registro) de la misma forma que las prestaciones clínicas.

**Discapacidad, rehabilitación e inclusión socio comunitaria.**

**A. Deficiencia**. Problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. Entendido el cuerpo como el organismo humano como un todo; incluyendo el cerebro y sus funciones. Las funciones mentales (o psicológicas) se clasifican, dentro
de las funciones corporales.

**B. Discapacidad**. El concepto de discapacidad ha transitado desde una concepción que la asociaba directamente a la presencia de una enfermedad o deficiencia en particular, a una concepción que
entiende la discapacidad como un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo que se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc.
La rehabilitación de personas que viven en situación de discapacidad ya sea esta temporal o de larga data, será entendida desde una lógica que incorpora los aspectos contextuales de la persona que ha visto mermada sus capacidades y habilidades de relacionarse con su entorno familiar y social, así como también las posibilidades de ejercer sus derechos ciudadanos.

**C. Rehabilitación Psicosocial**. Se orienta a que la persona pueda recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades

que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno, a la vez que se trabaja con este entorno para que genere recursos y apoyos que faciliten el desempeño y la integración del individuo mediante la construcción de nuevas formas de relación.

No existe la persona con discapacidad psíquica descontextualizada de los determinantes sociales.

Por un lado, los trastornos psiquiátricos, en especial los severos, producen una serie de alteraciones en el "ser social" del individuo, en su forma de comportarse y relacionarse con el mundo y con las personas

que le rodean, limitando sus posibilidades de interacción y acoplamiento. Por otro lado, el entorno social se manifiesta con el despliegue de una serie de dinámicas adaptativas en respuesta

a este nuevo comportamiento, produciendo un nuevo modo de relación que puede ser favorable o no para el desarrollo de la persona. Así pues, los intercambios que se producen entre ambos, entre el individuo y su entorno social, son determinantes en la construcción de la realidad psíquica, social y cultural del hombre, e influyen poderosamente en todos sus procesos de desarrollo desde el

nacimiento hasta la muerte.

La rehabilitación es, entonces, un conjunto de estrategias e intervenciones orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones entre el individuo y su medio, y, por tanto

es un proceso que implica la apertura de espacios sociales de negociación para el usuario, su familia, la comunidad que lo rodea y los servicios que lo apoyan en su proceso de recuperación de inclusión

social.

Tradicionalmente se ha intervenido para que las personas con discapacidad psíquica incrementen su autonomía y se adapten a su entorno. Sin embargo, la rehabilitación debe propiciar también la

transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con trastornos mentales deban realizar cambios a nivel personal respetando la diversidad.

La rehabilitación psicosocial es un eje central del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, y debe considerarse como un componente inherente del proceso de atención y cuidados, y no como

acciones aisladas y otorgadas en un momento o un lugar determinado, descontextualizadas del proceso de atención en salud integral.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial deben ser intersectoriales, abordando aquellos aspectos del entorno, tales como las barreras de acceso a trabajo, educación, vivienda, salud y otros derechos

que, de no ejercerse, generan inequidades que merman la calidad de vida de estas personas.

**D. Inclusión Socio comunitaria.** Es el objetivo central de la rehabilitación psicosocial, se refiere a que las personas, desde sus proyectos de vida y sus particularidades, logren participar de forma activa y constante de su entorno natural, cuyo espacio les otorga la posibilidad de entablar relaciones y vínculos con los otros, donde se juega la vida cotidiana, la convivencia, se construyen identidades, usos, saberes, valores y costumbres.

**Complejidad, severidad y vulnerabilidad.**

La provisión de servicios en Salud mental y adicciones hace necesaria la correcta definición de la población destinataria del quehacer de la red. Esta definición operativa debe ir más allá del diagnóstico nosológico, que ha demostrado ser insuficiente para este fin, y dar cuenta de los principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (Modelo SAFCI), de los determinantes sociales y del curso de vida,
en concordancia con la estrategia de Redes Integradas de Salud.
En este sentido, la experiencia muestra que la mejor definición y criterio para establecer la población objetivo surge de la interacción de tres conceptos estrechamente vinculados. Una comprensión de
la severidad, vulnerabilidad y complejidad de las personas con una enfermedad mental o adicción, permite una comprensión de la problemática y de la experiencia de "vivir" la enfermedad desde lo personal, familiar y social, en forma integrada y comprensiva.

a) Un primer concepto es el de **severidad**, el que alude al grado de la enfermedad en un momento determinado y el curso de esta, dando cuenta de aspectos clínicos relativos al sujeto de atención.
Entendida la severidad como un proceso que ocurre en un momento determinado y no como una condición del sujeto y en el cual se conjugan distintos elementos del entorno y una vivencia particular
sobre el proceso de salud y enfermedad, afectando seriamente su funcionalidad y la conducta de la persona. No relacionándose exclusivamente con el diagnóstico nosológico, sino con la condición
clínica.
Al centrarse solo en el diagnóstico nosológico se corre el riesgo de dejar a una población potencialmente pertinente fuera de la intervención, cronificar e inmovilizar a los sujetos al interior de la red, cuestión que en definitiva provoca la fragmentación de las redes y sus relaciones, como

también, tiene efectos en la propia persona que vive una enfermedad, su familia y comunidad al mantenerse el estigma y la exclusión social.

b) Un segundo concepto es el de **vulnerabilidad** que se relaciona, por un lado, con la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad, y los recursos que la modulan y, por otro lado, alude a la vulnerabilidad psicológica de la persona que ya padece un trastorno mental o adictivo y que, en un momento de la evolución de su enfermedad, pierde la capacidad de conexión con su entorno quedando expuesta al actuar y protección o desamparo de otros.

c) El tercer concepto es el de **complejidad**, que describe el compromiso multidimensional de la experiencia de un sujeto con su enfermedad, esta dimensión ha sido ampliamente utilizada para este propósito en salud.

El abordaje de los problemas en salud implica la consideración de múltiples dimensiones que dan cuenta de la integralidad de la vivencia en el proceso salud – enfermedad y que determinarán el
proceso de intervención. Estas operan en una comunidad determinada, a través de un individuo, familia o grupo, los que no solo tienen características individuales, sino que sociales y culturales, que dan cuenta de las formas de este vivenciar y de los potenciales recursos disponibles para su bienestar.

## ENFOQUE INTERSECTORIAL DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

La reducción de las inequidades en salud mental y adicciones como objetivo del SCATASM, exige del trabajo conjunto entre el sector de
la salud y otros sectores gubernamentales que tienen influencia sobre los determinantes sociales de la salud.

Sobre la base de tal premisa, el centro de interés no
es cualquier acción intersectorial, sino aquellas iniciativas
que puedan reducir o eliminar las desigualdades en salud mental,
aunque dichas iniciativas no se originen en el sector
de la salud, no sean lideradas por este, ni él participe
directamente en cada una de las intervenciones que
constituyen la acción intersectorial.

Erigir a la equidad en el centro de dicha estrategia permite
analizar si la intersectorialidad que se ha desarrollado

ha tenido un impacto o no en la reducción de las inequidades. En base a ello, afloran algunos aspectos que cabría considerar en el diseño y evaluación de la intersectorialidad.

Adoptando la perspectiva de equidad de salud como objetivo central, la premisa principal es que la acción intersectorial puede ser eficaz para mejorar la salud en general, pero ineficaz para reducir las inequidades, si es que no se considera en su diseño el abordaje de las causas estructurales.

Un tercer elemento que guarda relación con lo expuesto es analizar la meta de las acciones intersectoriales. Al respecto se pueden identificar tres grandes enfoques:

(1) mejoramiento de la salud de los grupos de baja posición socioeconómica o de mayor vulnerabilidad a través de programas específicos;
(2) reducción de las brechas de salud entre los grupos sociales más pobres o vulnerables y los grupos en mejor situación;
(3) abordaje del gradiente de salud, es decir, la asociación entre la posición socioeconómica y la salud en el conjunto de la población.
Los tres enfoques difieren significativamente en los valores subyacentes y en sus implicaciones para la programación.

En este sentido, cabe considerar que existe una amplia variedad de mecanismos y herramientas que pueden ayudar al desarrollo de la intersectorialidad y a la sustentabilidad de las iniciativas (St. Pierre, 2009)[13]. Ejemplos de ellos pueden ser los siguientes:

- Intercambio de información entre los sectores sobre investigación, transferencia de conocimiento, retroalimentación de los resultados de la evaluación, las comunicaciones, entre otros.
- Mantener contactos para la planificación y el establecimiento de prioridades.

[13] St. Pierre, L. (2009), Governance Tools and Framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies. Información disponible en: http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf.

• Mantener contactos sobre el desarrollo y la implementación de la solución política.
• Informar sobre el progreso y la realización de la evaluación de manera conjunta.
• Obtención de la aprobación del presupuesto o los recursos de manera conjunta.

En todo caso, es importante tener en cuenta que los mecanismos de iniciación o impulsores de la intersectorialidad tienden a diferir de aquellos que son necesarios para la sustentabilidad del proceso y, por lo tanto, hay que examinarlos por separado y en los contextos específicos (OMS, 2010[14]; Shankardass, Solar et al., 2012[15]). Como ya se ha mencionado, entre los mecanismos que pueden darle sustentabilidad a la intersectorialidad están las estructuras que permiten el encuentro y adhesión entre los sectores del gobierno, tales como, eventualmente, los gabinetes sociales, los comités interdepartamentales, o los comités de dirección específicos. Sin embargo, la existencia de una estructura no asegura el éxito de la iniciativa.

Otro mecanismo que facilita la existencia y la sostenibilidad de la intersectorialidad es la integración de los presupuestos. El presupuesto incluso puede actuar como un importante catalizador que da lugar a la intersectorialidad, ya sea a través de presupuestos integrados de diversos sectores, incentivos fiscales para la colaboración intersectorial, acuerdos entre sectores sobre la financiación de la estrategia compartida, entre otros.

Otro aspecto descrito que incide en la sustentabilidad se refiere a los mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones intersectoriales, ya que pueden constituirse en un espacio de coordinación y de intercambio entre diferentes sectores. Es necesario examinar y sistematizar los casos que han ejecutado experiencias de evaluación, a fin de identificar oportunidades de aprendizaje y de monitoreo de la intersectorialidad.

[14] Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS (2010), Movilización de la acción intersectorial para la promoción de la salud: El caso de la iniciativa ActNowBC en Columbia Británica, Canadá, ISBN: 978-0-662-03362-2. Información disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca.

[15] Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K.; Greaves, L.; O'Campo, P. (2012), A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments, en International Journal of Public Health (2012) 57:25-33.

Finalmente, es preciso tener en consideración que también inciden en la sustentabilidad del trabajo intersectorial la capacidad y el conocimiento de las partes interesadas, su habilidad para trabajar en conjunto, así como el comportamiento de los actores y las culturas de los diversos sectores. Por ello es que resulta relevante facilitar un proceso de formación adecuada en salud pública del conjunto de los actores, que incluya una formación sobre los determinantes sociales de la salud.
Se agrega a lo anterior considerar en la eficacia el grado en que el sector de la salud ha integrado en sus políticas las exigencias de otros sectores y, a la vez, si los resultados descritos en realidad han tenido impacto en la equidad en salud.

**SOBRE EL EFOQUE DE LA REHABILITACION Y REINSERCION EN EL SCATASM**

*Relaciones entre atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social*

La atención a personas con trastornos mentales graves, con adicciones y en proceso de salida en libertad, en sistemas basados en el paradigma de atención comunitaria en salud mental, como es el SCATASM, no cabe hablar entonces de "la" rehabilitación en términos globales, ni a efectos de discutir su papel y/o ubicación, en general, dentro del conjunto de intervenciones y servicios, ni a la de valorar esos aspectos en sistemas concretos. La conceptualización debe basarse en estas premisas:

1. En el nivel global de la *Atención comunitaria en salud Mental y Adicciones* y considerando que ésta se organiza en redes de servicios y equipos profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, es pertinente hablar del papel de la *rehabilitación en un sentido amplio*, entendiéndola como ***filosofía y estrategia***. En ese sentido, la rehabilitación es una característica básica definitoria del conjunto de la atención comunitaria y no de un determinado tipo de dispositivos, equipos o profesionales, ni de un determinado sector o adscripción administrativa (sanitario, social, laboral, educativo, etc.).

Lo que significa que todos y cada uno de los dispositivos y profesionales, que configuran una red comunitaria de salud mental y adicciones, deberían basar sus intervenciones en consideraciones rehabilitadoras y reinserción, en el sentido de orientarlas hacia la consecución del mayor nivel posible de funcionalidad personal y social de cada una de las personas atendidas, a la vez que deberían incorporar realmente, en todos los niveles de la red, la sensibilidad general sobre las dimensiones funcionales asociadas a la

enfermedad mental y adicción, la consideración de cada usuario o usuaria como protagonista del
proceso, y la consiguiente inclusión de estos aspectos en la evaluación de necesidades, y en la programación y desarrollo de las intervenciones concretas.

3. En lo que respecta al *sistema de salud mental y adicciones, SCATASM, son* pertinentes además dos tipos de consideraciones sobre

4. rehabilitación, utilizando ahora el término en sentido más restringido (programas de intervención y dispositivos y equipos profesionales):

a. Si hablamos de *programas de rehabilitación psicosocial*, hay que facilitar desde los servicios sanitarios aquellas técnicas sobre cuya efectividad hay un razonable consenso profesional: rehabilitación cognitiva, recuperación o desarrollo de habilidades personales y sociales, y psicoeducación de los pacientes y de sus familiares. Grupo de intervenciones que, con distintos grados de estructuración, intensidad y especialización, debe ser por tanto un componente básico de la atención sanitaria.

b. Y, si hablamos de *dispositivos y profesionales*, un sistema de atención comunitaria de salud mental y adicciones de calidad necesita disponer de profesionales con capacidad para aplicar esos programas concretos de rehabilitación (recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas de funcionamiento personal y social) en muy distintos lugares de su red (básicamente en todos los que mantienen una relación prolongada con las personas con trastorno mental grave y adicción). Pero también parece razonable disponer en ella de algún dispositivo y/o equipo profesional específicamente capacitado, tanto para la evaluación funcional como para la aplicación de programas especializados y complejos de rehabilitación. Siempre que entendamos su función no sólo como aplicación directa de los mismos, en los casos de mayor complejidad y dificultad, sino también y quizás fundamentalmente, como apoyo al desarrollo de este tipo de programas en el conjunto de la red (incluyendo la investigación y la formación de personal). Dispositivos y profesionales que, en nuestra opinión, deben tener una adscripción sanitaria, reforzando así la dimensión psicosocial de los servicios de salud mental y facilitando la formación, en la misma, del conjunto de los profesionales.

En lo que respecta a los *programas y dispositivos de apoyo social*, habría que considerarlos como un elemento diferenciado de atención, que, aunque surgido en gran medida como prolongación de la atención sanitaria (desde el "tronco común" del hospital psiquiátrico), forma parte cada vez más de las políticas de inclusión social,

dirigidas a favorecer el ejercicio del derecho de ciudadanía por parte de personas y colectivos con diferentes tipos de discapacidad. Como parte de una red comunitaria más amplia (sanitaria y social), los dispositivos y profesionales de apoyo social se incluyen plenamente en el campo de la "rehabilitación", en sentido amplio. Y, al mismo tiempo, suponen o deberían suponer en la mayoría de los casos, espacios y recursos personales privilegiados para el desarrollo de actividades de "rehabilitación" (en el sentido más restringido de "actividades dirigidas a la recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas para el funcionamiento personal y social"), de distinto nivel de especialización. Aunque en todo caso dichas actividades deben realizarse con distintos grados de coordinación con el personal sanitario, cabe que algunas de ellas, de bajo nivel de complejidad, puedan ser desarrolladas por personal de la propia red de apoyo social.

4. Para que todo este enfoque pueda funcionar como una red de atención comunitaria en salud mental y adicciones, es preciso definir explícitamente tanto el marco general de intervención, desde la perspectiva global del sistema de atención a salud mental y adicciones y para todos sus dispositivos y equipos profesionales, cuanto su concreción individual para cada persona a atender ("*Programa individualizado de atención*"). Lo que significa también establecer mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, de formación y apoyo al personal, y los correspondientes espacios de coordinación, desde la discusión de casos a la gestión de los dispositivos y programas.

## SUBPRODUCTO 7.- SISTEMA ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD, EFICACIA Y EFICIENCIA DE LAS PRESTACIONES Y SERVICIOS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

### ¿Qué se entiende por "calidad" en salud mental y adicciones?[16]

En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las actuales prácticas basadas en la evidencia. Esta definición incorpora dos componentes:

1) para las personas con trastornos mentales y adictivos, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben
arrojar resultados positivos y

[16] MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SALUD MENTAL: Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003 bajo el título de Quality inprovement for mental health © Organización Mundial de la Salud 2003. Editores Médicos, S.A. EDIMSA. 2007

2) para los médicos, planificadores de servicios y gestores políticos, resalta el mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental y adicciones deben:

> preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
> proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y adictivos.
> usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales y adictivos a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos.
> hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental y adicciones.
> asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental y adicciones, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

En muchos países, los servicios para las personas con trastornos mentales y adicciones están bajo mínimos y no están a la altura de estos principios. La atención comunitaria no está disponible en el 37% de los países. Ciertos medicamentos psicotrópicos esenciales no están disponibles en el nivel de la atención primaria en casi un 20% de los países, existiendo una notable variabilidad entre los países y dentro de ellos. Cerca de un 70% de la población tiene acceso a menos de un psiquiatra por cada 100.000 habitantes.
En un contexto donde los recursos son inadecuados y la salud mental y adicciones está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución.

**¿Por qué es importante la calidad en los servicios de salud mental y adicciones?**

La calidad es importante para todos los sistemas de salud mental y adicciones desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de la persona con un trastorno mental, la calidad asegura que ésta reciba los cuidados que precise y que sus síntomas y su calidad de vida mejoren.

Desde la perspectiva de un familiar, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde le perspectiva del proveedor de servicios o administrador

de programas, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva del gestor de
políticas, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más rentables.

Éstos son los requisitos esenciales para cualquier servicio de salud mental, tanto si el servicio está dando sus primeros pasos con unos recursos mínimos, como si se trata de un servicio sólidamente establecido y con abundantes recursos. La calidad del servicio es importante no sólo para modificar las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de unos
cuidados efectivos y eficientes en el futuro. Cimentar la calidad de los servicios de salud mental y adicciones, incluso en situaciones de servicios escasos, proporciona una base firme para el futuro desarrollo de esos servicios.

A continuación, se presenta un **programa paso a paso** que debería ayudar a mejorar la calidad de sus servicios de salud mental y adicciones.

Paso 1: Orientar la política hacia la mejora de la calidad.

Paso 2: Diseñar un documento de estándares.

Paso 3: Establecer procedimientos de acreditación.

Paso 4: Monitorizar el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad.

Paso 5: Integrar la mejora de la calidad en la gestión y prestación de servicios actuales.

Paso 6: Tener en cuenta la reforma sistemática para la mejora de los servicios.

Paso 7: Revisar los mecanismos de calidad.

Los pasos arriba mencionados para la mejora de la calidad tienen una naturaleza circular; una vez que la política, los estándares y los procedimientos de acreditación se han definido, la mejora de la calidad requiere un control continuo de esos servicios y la integración de las estrategias de mejora de la calidad en la gestión y en la prestación de servicios. Es también necesario, aunque con menor frecuencia, revisar la política, los estándares y los procedimientos

de acreditación (Paso 7). Esto permite adaptar la política, los estándares y los procedimientos de acreditación de acuerdo con lo aprendido durante el proceso de mejora de la calidad.

**Puntos clave:**

**Paso 1. Orientar la política hacia la mejora de la calidad**

Para poder coordinarse adecuadamente, las políticas deben incluir declaraciones específicas sobre la mejora de la calidad en sus valores, principios y estrategias. Este requisito incluye todos los aspectos de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. Además
de la mención específica de la mejora de la calidad, los planificadores deberían identificar los elementos políticos, reguladores y financieros que pudieran favorecer la puesta en marcha de un sistema de mejora de la calidad.
Para contribuir al proceso de coordinación, los gestores políticos deberían desarrollar los siguientes atributos clave:

**> Conciencia sobre la calidad**. Para combatir la estigmatización y las concepciones erróneas acerca de las enfermedades mentales, los gestores políticos deberían fomentar la puesta en marcha de campañas de información, de manera que el público general, otros legisladores y los financiadores sean conscientes del potencial de los tratamientos basados en la evidencia y de lo necesaria que es la calidad.
**> Apoyo a la calidad.** Los gestores políticos deberían abogar por la calidad en todos los ámbitos. Al mismo tiempo, deberían estar al tanto de las evidencias existentes, los ejemplos exitosos, los modelos que funcionan, las causas de los fallos y las barreras potenciales. En el papel de apoyo, deberían hacer uso de la experiencia disponible y actuar
como garantes, monitorizando el estado del sistema de salud mental. Este papel dinámico hace posible que los gestores políticos puedan producir cambios significativos.
**> Desarrollo estratégico de la calidad.** En un entorno en el que diversas necesidades compiten entre sí, es posible que las iniciativas a favor de la calidad de la salud mental deban vincularse a iniciativas similares en otras áreas. A veces es necesario, y estratégicamente ventajoso, elegir unos socios lógicos, y vincular a ellos los programas de salud mental en lugar de intentar atraer los recursos solo hacia la salud mental. Por ejemplo, las iniciativas relacionadas con la mejora de
la educación, el bienestar social o el sistema judicial pueden proporcionar oportunidades para mejorar la calidad de los servicios de salud mental.

Los responsables juegan un papel esencial en la búsqueda de la calidad. Están en posición de establecer los parámetros generales de calidad mediante la consulta, la asociación, la legislación, la financiación y la planificación. La política puede orientarse hacia la mejora de la calidad mediante las siguientes tareas:

• Consulta. La consulta con todas las partes implicadas es necesaria tanto durante el desarrollo de la política como en todos los pasos subsiguientes de la mejora de la calidad.

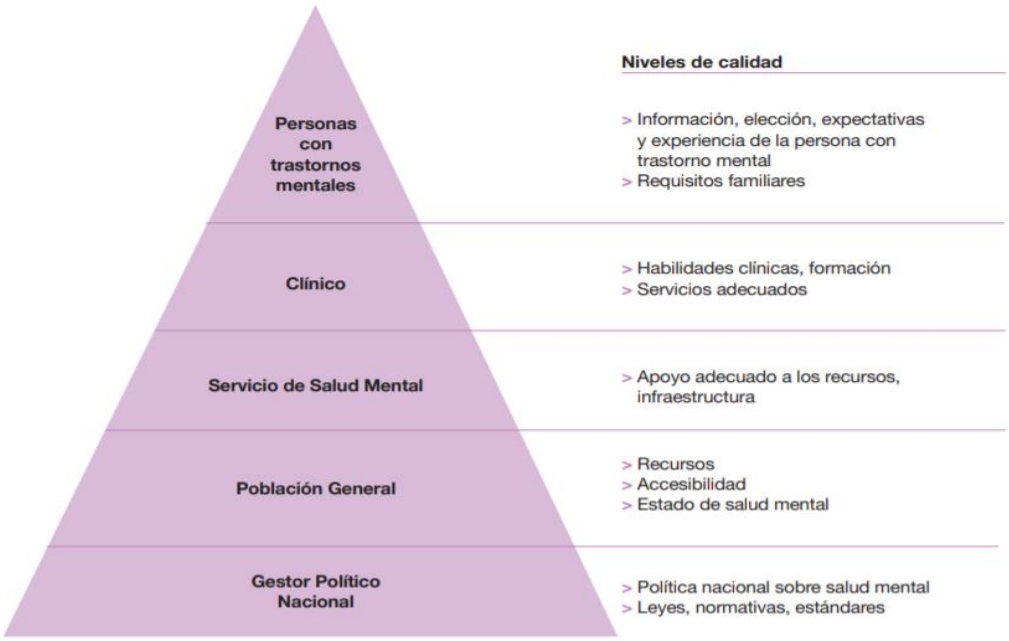
• Participación: Los responsables deben tomar medidas activas para establecer alianzas con grupos de profesionales, instituciones académicas, grupos de apoyo y otros sectores de la salud y los servicios sociales. Estas asociaciones son la columna vertebral del proceso de
mejora de la calidad y permiten la sostenibilidad a largo plazo. Asimismo, crean consenso y consistencia entre los mensajes sobre la necesidad de la calidad y pueden convertirse también en una fuerza movilizadora para obtener recursos y otros apoyos necesarios.
El progreso de la mejora de la calidad a menudo depende de la aceptación y respaldo que reciba de los trabajadores y administradores de salud mental (es decir, de la gente que tiene que llevar a cabo los cambios). Este proceso exige la movilización de la voluntad política de
todas las partes involucradas.

• Legislación. Los responsables deberían promover leyes que reflejen la preocupación por la calidad y pongan el énfasis en ésta. Los modelos aportados por la OMS son útiles para este propósito.

• Financiación. Los sistemas financieros para la salud mental deberían coordinarse de forma que maximicen la calidad sin convertirse en un obstáculo para la mejora de la calidad. La mejora de la eficiencia es una meta esencial tanto para la mejora de calidad como para la
reducción de gastos.

• Planificación. Los procesos de calidad pueden contribuir a la planificación mediante la aportación de conocimientos basados en la evidencia. Durante la planificación, varios asuntos relativos.

Figura 2: La pirámide de la calidad




**Paso 2. Diseñar un documento de estándares**

Una vez que las políticas están orientadas hacia la calidad, el siguiente paso es elaborar una serie de estándares que sirvan para evaluar los servicios.
> Para conseguirlo, los planificadores y los gestores deben formar un grupo de trabajo, consultar con las partes implicadas clave y esbozar un documento de estándares.
> El documento de estándares debería cubrir todos los aspectos, identificados según áreas específicas de un servicio de salud mental,
> Deben detallarse los criterios para cada estándar.
> Estos criterios deberían proporcionar un método para valorar los servicios existentes, un proceso que podría beneficiarse del uso de los documentos de la OMS.
> La valoración de los servicios debería complementarse con observaciones sobre la calidad de todos los aspectos de la atención a la salud mental.

**Paso 3. Crear procedimientos de acreditación.**

La acreditación facilita la oportunidad de evaluar la calidad de los cuidados dispensados por un servicio de salud mental y adicciones y otorga al servicio el reconocimiento legal adecuado.

*La acreditación es esencial porque hace de la calidad una piedra angular a la hora de autorizar cualquier dispositivo o servicio de salud mental.*

Las siguientes tareas son esenciales para establecer los procedimientos de acreditación:
> Los planificadores deben determinar si ya existe algún procedimiento de acreditación que pueda utilizarse para la evaluación de los servicios actuales. Los procedimientos obsoletos deberían modificarse de acuerdo con las evidencias sobre las formas de prestación de servicios más dignas y efectivas clínicamente.
> Deberán crearse procedimientos de acreditación si no existiese ninguno. El documento de estándares desarrollado en el Paso 2 puede emplearse como una estructura que proporcione unos criterios y un sistema de valoración para la evaluación de los servicios y la concesión del estatus legal pertinente.

En este documento ya se ha propuesto un procedimiento de criterios de acreditación para dispositivos de salud mental y adicciones que se puede usar para poder trabajar en la calidad de los servicios de prevención, promoción, asistencia, y rehabilitación y reinserción.

**Paso 4. Monitorizar el servicio de salud mental empleando los mecanismos de calidad.**

Los servicios de salud mental deberían monitorizarse de manera que se pueda evaluar la calidad de los cuidados. Este seguimiento puede hacerse de las siguientes maneras:
> Utilizando estándares para evaluar el servicio anualmente.
> Empleando procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar el desarrollo de nuevos servicios y revisar los que ya están en funcionamiento.
> Recopilando información de forma habitual a través de sistemas de información, mediante indicadores de rendimiento y resultados.
> Consultando con las organizaciones independientes para personas con trastornos mentales, cuidadores y grupos de apoyo con el fin de obtener su valoración de los servicios.

**Paso 5. Integrar la mejora de la calidad en la gestión y prestación de los servicios existentes.**

Es esencial que los servicios sigan mejorando sus prestaciones, esforzándose continuamente para lograr una calidad óptima. Esto puede conseguirse:

> Realizando revisiones anuales sobre la calidad de los servicios.
> Incluyendo controles de calidad en los objetivos de los servicios.
> Integrando la mejora de la calidad en la práctica clínica a través de prácticas basadas en la evidencia, guías sobre la práctica clínica, trabajo en equipo y el desarrollo de la formación continuada.
> Mejorando la calidad cuando los servicios se ponen en marcha.
> Mediante auditorías.

**Paso 6. Considerar la reforma sistemática para la mejora de los servicios.**

Una evaluación de la calidad de un servicio de salud mental y adicciones puede revelar la necesidad de una reforma o mejora sistemática. Este paso puede necesitar de la coordinación y planificación concertada entre varios sectores. Para reformas a gran escala, como, por ejemplo, la transformación de un sistema institucional en uno comunitario, el enfoque sistemático es el más beneficioso.

**Paso 7. Revisar los mecanismos de calidad.**

Una vez que los mecanismos de calidad están en funcionamiento, deberían revisarse con menos frecuencia que los servicios que son inspeccionados anualmente. La revisión de los mecanismos de calidad podría llevarse a cabo al mismo tiempo que la revisión de objetivos del servicio a nivel local, esto es, en periodos de entre 5 y 8 años.
La revisión de los mecanismos de calidad es necesaria para ponerlos al día de acuerdo con las evidencias sobre los métodos más eficaces para la mejora de la calidad. A este fin, los gerentes de los servicios de salud mental y adicciones o los encargados de la mejora de la calidad deberán mantenerse bien informados acerca de los progresos en la mejora, la gestión y la garantía de la calidad. Todo lo aprendido durante el proceso de mejora de la calidad de la gestión y prestación de los servicios deberá incorporarse a las futuras modificaciones de las políticas, los estándares y los procedimientos de acreditación.

Los vínculos con las mejoras en los sistemas de información deben mantenerse siempre que sea posible, para asegurar que la evaluación de la calidad hace un uso integral de la información disponible y que los sistemas de información recopilan datos que son apropiados para asegurar unos cuidados con una calidad satisfactoria.

Es esencial proporcionar una formación continuada, a los gestores y a los profesionales de salud mental y adicciones, sobre una atención de salud mental de calidad, manteniendo así el impulso inicial de las iniciativas para la mejora de la calidad. El desarrollo de la mejora de la calidad precisa de los esfuerzos continuos de los servicios de salud mental y adicciones para aumentar su efectividad y su eficiencia.

**Aseguramiento de la Calidad técnica y la eficacia y eficiencia de los programas y servicios**

Desde el punto de vista de que los servicios de salud mental y adicciones, en especial los CAIFC por su papel central en el Sistema Comunitario de Atención y Tratamientos de Adicciones y Salud Mental (SCATASM), el aseguramiento de la Calidad tiene que ver con diferentes aspectos de la prestación del servicio preventivo o asistencial, rehabilitador o de reinserción, que van desde aspectos físicos de los servicios, de formalización de procedimientos administrativos y técnicos, medidas de mejora de accesibilidad, de respeto de derechos humanos, de respeto de perspectiva de género, entre otros aspectos. Todo ello, como se ha comentado antes, está recogido en gran medida en los requisitos de la acreditación de servicios de salud mental y adicciones.

**Requisitos de la calidad científico-técnica en salud mental y adicciones**

Sin embargo, la calidad científico-técnica es esencial en los servicios de salud mental y adicciones, máxime cuando es un ámbito de la salud en el que se usan metodologías, técnicas y procedimientos terapéuticos, y preventivos que no disponen de un sustento científico avalado en cuanto a la eficacia de dichas técnicas.

- Por ello, un Sistema de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones debe disponer de un procedimiento de que permita a los profesionales que trabajan en él, pero no sólo a ellos, también a los gestores y planificadores, disponer de la información actualizada de los procedimientos clínicos, preventivos, rehabilitadores y de reinserción cuya eficacia esta probada y en qué nivel de evidencia.

- En un segundo momento, se deben llevar al terreno las buenas prácticas. Para ello se debe trabajar en que los clínicos y otros profesionales y gestores y planificadores, venzan las resistencias al cambio que suele acompañar en estos procesos de cambio.

- En un tercer momento, debemos generar una cultura de evaluación de las practicas nuevas y las que se están desarrollando habitualmente, de modo que permita descartar las practicas no eficaces en el terreno, y también poco eficientes. Aspecto este último es clave en las políticas públicas ya que los recursos son limitados.

- En un cuarto momento, debemos monitorear que se estén desarrollando las mejores prácticas en los servicios, y que exista una cultura de la excelencia en la práctica clínica, de planificación y de gestión, mediante capacitaciones continuadas y sesiones de trabajo en calidad preventiva y asistencial.

**Organización de un sistema de aseguramiento de la calidad científico-técnica**

- En primer lugar, se debe obtener en colaboración con universidades, centros de evaluación de tecnologías sanitarias, centros de búsqueda de datos y otros, una colaboración para recabar cada cierto tiempo la bibliografía más relevante en salud mental y adicciones. En especial lo referido a eficacia de programa o su impacto, y resultados de evaluación de técnicas y procedimientos. Idealmente evaluaciones de tecnologías y

- meta análisis de resultados de programas, practicas preventivas y clínicas, programas de rehabilitación y de reinserción, es la mejor forma de conocer el estado de situación.
- Esta información debe ser organizada y puesta a disposición de los profesionales de SCATASM, gestores y planificadores. Se recomienda un repositorio de información que se actualiza periódicamente, que puede estar disponible en red para todos los interesados.
- Hay bancos de instrumentos y publicaciones que analizan la evidencia en prevención y tratamiento que pueden ser de referencia porque actualizan esta información sobre programas de prevención y tratamiento basados en evidencia o en pruebas:

  http://copolad.eu/es/herramientas/banco-de-instrumentos

  http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/index.php

  https://www.unodc.org/documents/UNODC-WHO_International_Treatment_Standards_Spanish.pdf

E. Becoña Iglesias; M. Cortés Tomás: GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES. Socidrogalcohol 2008

https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podata_1_17_14.pdf
(Evidencia en tratamientos de adicciones jóvenes)

https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

http://www.iacs.es/wp-content/uploads/2019/07/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
(guía clínica intervención psicosocial Trastorno mental grave)

- Constituir una Comisión de calidad del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental (SCATASM) que vele por la calidad en general de la prevención y atención a los problemas de salud mental y adicciones. Debe formular su régimen de funcionamiento.
- Poner en marcha una estrategia de evaluación de los servicios de prevención y atención basada en investigación aplicada con enfoque experimental para validar la eficacia y eficiencia de los tratamientos y programas. Para ello se precisa colaboraciones como universidades y otros centros de investigación para articular un plan de estudios de eficacia y eficiencia de los servicios.

**Programas y componentes críticos de cuatro áreas básicas de rehabilitación psicosocial con evidencia empírica**

**Área de Intervención Programa / componentes**

Afrontamiento de la enfermedad

- Entrenamiento en habilidades sociales
- Entrenamiento en AVD
- Intervención cognitiva de síntomas persistentes
- Rehabilitación de déficit cognitivos
- Actividades expresivas (arteterapia y musicoterapia).

Apoyo al empleo

- Centros de empleo protegido
- Programas de empleo con apoyo

• Colocación rápida
• Integración entre servicios de salud mental y servicios de empleo
• Apoyo flexible e ilimitado en el tiempo.

Programas de familias

• Incluir a la familia como pate activa del proceso
• Entrenamiento en habilidades de comunicación
• Entrenamiento en solución de problemas
• Apoyo para incrementar la red de apoyo social
• Ayudar a la familia a prevenir y actuar en las crisis
• Atender al sentimiento de pérdida.

Apoyo a la integración social comunitaria

• Programas de ocio y tiempo libre
• Club sociales
• Recursos y programas de alojamiento supervisados

## SUBPRODUCTO 8: ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS POR USO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DESDE SALUD PÚBLICA.

### CONCEPTO DE REDUCCION DE DAÑOS

La reducción de daños tiene sustento en la idea de que la población tiene el derecho a estar segura y apoyada aún cuando no esté preparada o decidida a abstenerse del consumo de drogas ilícitas. Una perspectiva de reducción de daños significa ofrecerle opciones a aquella población usuaria de drogas que les ayude a proteger su salud.

La perspectiva de reducción de daños es importante en atención a una amplia diversidad de problemáticas sociales y de salud. En los conductores bajo la influencia del alcohol, por ejemplo, la mayor parte
de las sociedades no prohíben el alcohol al conducir un automóvil. En cambio, establecen medidas de reducción de daños que van desde impulsar que un grupo designe conductores que se abstienen de consumir alcohol durante la noche, hasta

proveer el acceso a transporte subsidiado o con gratuidad para público que, en un momento dado, está bebido.

De manera semejante, la reducción de daños para el consumo de otras drogas enfatiza medidas para reducir el riesgo antes de imponer la abstinencia. Si bien, por lo regular, la perspectiva de reducción de daños sirve como puente con el tratamiento por dependencia o el cese de consumo de drogas, estos resultados no son una precondición o la única meta. Los programas de reducción de daños incluyen medidas tales como salas para consumo de drogas donde los usuarios las consumen bajo supervisión médica; dosis de heroína con administración supervisada; y distribución del medicamento naloxona a consumidores de opiáceos, con asistencia a familias, policía y a equipos médicos de emergencia para neutralizar los efectos de una sobredosis. Algunos programas para vivienda a nivel municipal también recurren a la perspectiva de reducción de daños, por ejemplo, ofreciendo refugio sin requerirle a los residentes dejar el consumo de crack u otras sustancias ilícitas, de tal manera que pueda mitigarse la indigencia crónica y sus daños concomitantes sociales y de salud.

**POSTURA INTERNACIONAL ANTE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS.**

La reducción de daños emergió como un principio rector para programas de salud a partir de dos convenciones de la ONU sobre drogas — la de 1961 y la de 1971. En la convención de 1988, aunque se menciona la importancia de mejorar la salud, no se menciona la
reducción de daños. Sin embargo, la ONU ha reafirmado la reducción de daños en múltiples sedes y declaraciones desde entonces.
La primera declaración conjunta de todos los miembros de la ONU sobre reducción de daños relativa al consumo de drogas fue en la Declaración de Compromiso en la Lucha Contra el VIH/SIDA de 2001. En esta declaratoria los miembros se comprometieron a poner en práctica una "amplia gama de programas de prevención [contra el VIH]", entre
las que destaca "hacer extensamente disponibles accesorios esenciales incluyendo… dispositivos de inyección esterilizados… y esfuerzos de reducción de daños relativos al consumo de drogas".
El compromiso de los miembros de la ONU con la reducción de
daños, como pilar de la prevención contra VIH, fue reiterado en la Declaración Política sobre VIH/SIDA de la Asamblea General en 2006.

Varios documentos publicados conjuntamente por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), han reiterado desde entonces la

importancia de la reducción de daños en sus respuestas a los dos niveles nacional y global. Como puede
apreciarse en la publicación de ONUSIDA de 2014, Harm Reduction Works[17]:
"La abundante evidencia demuestra que los programas de reducción de daños pueden disminuir significativamente la transmisión del VIH entre consumidores de drogas inyectables… No deben esperarse los países, sino que deben actuar de inmediato en cuanto a reducción de daños se refiere, con sustento en salud pública informada en derechos humanos"
En el 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC), y la ONUSIDA publicaron un argumento estableciendo la importancia de la atención médica para el tratamiento de la dependencia a los opiáceos con aplicación de metadona o buprenorfina. En su argumento enuncia:
Tanto para las patologías de hipertensión, diabetes y cardiovascular, la población con dependencia a los opiáceos puede estabilizar su cuadro médico desarrollando e incorporando cambios de comportamiento, conjuntamente con el tratamiento con medicamentos apropiados… La meta ulterior hacia un país libre de drogas… está, desafortunadamente, fuera de las posibilidades de todos los individuos con dependencia a los opiáceos, sobre todo en el corto plazo. Enfocarse exclusivamente sobre el objetivo de un país libre de drogas en todos los pacientes, podría vulnerar otros objetivos de salud importantes, como la prevención del VIH.

En el documento Directrices Internacionales de Lucha Contra VIH/SIDA y Derechos Humanos, de 2006, publicado por ONUSIDA y el Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU, se subraya la
importancia de promover un ambiente legal con mediadas para la reducción de daños; y exige a los países que revisen su derecho penal teniendo miras a asegurar que las leyes no impidan la "autorización" … y/o promoción de programas para abastecimiento de agujas y jeringas"; y especialmente no se criminalice "la posesión, distribución y abastecimiento de agujas y jeringas." Las Directrices enfatizan las responsabilidades hacia los derechos humanos que tienen los gobiernos de tomar las medidas necesarias para proveer seriamente los servicios de atención a VIH en grupos de consumidores de drogas, así como en grupos de la población "que sufren carencia de
protección a sus derechos humanos, alguna forma de discriminación y/o están marginados por su estatus legal"

[17] ONUSIDA. Harm reduction works. [La reducción de daños es efectiva] Ginebra, 2014. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2613_HarmReduction_en_0.pdf

Los expertos asistentes a las convenciones de la ONU llegaron a la conclusión de que los programas que canalizan agujas y jeringas, tratamiento con metadona y buprenorfina, y salas para consumo
tienen correspondencia con el espíritu de las Convenciones. En relación con las habitaciones para consumo de drogas, por ejemplo, los expertos jurisprudentes de la ONU han resaltado que el propósito de este tipo de instalaciones no es inducir al consumo, sino proveer condiciones más higiénicas para consumidores de drogas inyectables, "reduciendo su riesgo de contagio de enfermedades graves, y por lo menos en algunos casos, involucrándolos con terapias,
consultas y otras opciones."

La OMS, ONUSIDA, y UNODC, en repetidas ocasiones han afirmado la importancia de la reducción de daños, incluyendo en las prisiones. Las Directrices de 2014 de la OMS para servicios con la "población clave" afectada por el VIH, enfatizan que la reducción de daños en relación con el VIH debe ser prioridad en políticas y programas, y ponenénfasis en que los programas deben estar protegidos contra la vigilancia excesiva de la policía, y contra cualquier otra interferencia. Como señaló en 2007 el exdirector de la UNODC, "se ha convertido innecesariamente a la reducción de daños en un asunto de controversia, bajo el supuesto que hay una contradicción entre tratamiento y prevención, por un lado, y la disminución de consecuencias adversas para la salud y para la sociedad
por otra. Esto es una dicotomía falsa, ambas son complementarias."

La Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo del alcohol de OMS (2010) recoge entre sus principios rectores, en su apartado h) Las políticas e intervenciones públicas de prevención y reducción de los daños relacionados con el alcohol deberían abarcar todas las bebidas alcohólicas y el alcohol de sustitución (líquidos con etanol no concebidos como bebidas). Y dentro de las políticas a desarrollar propone un apartado referido a la reducción de daños en alcohol.

**Esfera 8. Mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la intoxicación etílica.**

- Esta esfera de acción comprende opciones de política e intervenciones que se centran directamente en la reducción de los daños provocados por la intoxicación etílica y el consumo de alcohol, sin que se vea necesariamente afectado el consumo per se. La evidencia y las prácticas adecuadas actuales respaldan las intervenciones complementarias en el marco de una estrategia más amplia de prevención o reducción de los efectos negativos

del consumo de alcohol y la intoxicación etílica. A la hora de aplicar estos enfoques a la gestión del entorno de consumo de alcohol o a la información de los consumidores, deberá evitarse que parezca que se está apoyando o promoviendo el consumo de alcohol.

- Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:
  a) regulación del contexto de consumo de alcohol para reducir al mínimo la violencia y los comportamientos perturbadores, que incluye el uso de recipientes de plástico o de vidrio inastillable para servir el alcohol y la gestión de los problemasrelativos al alcohol en los eventos públicos de gran escala;
  b) exigencia del cumplimiento de las leyes que impiden servir alcohol hasta la intoxicación del bebedor y de responsabilidad legal por las consecuencias de los daños resultantes de la intoxicación causada por servir alcohol;
  c) adopción de políticas de gestión en relación con el servicio responsable de bebidas alcohólicas en locales y formación del personal de los sectores pertinentes sobre la mejor manera de evitar situaciones de bebedores ebrios y agresivos y de identificar y tratar a tales personas;
  d) reducción del contenido alcohólico de diferentes tipos de bebidas;
  e) provisión de la atención o el abrigo necesarios a las personas con intoxicación etílica grave;
  f) suministro de información a los consumidores acerca de los daños relacionados con el alcohol, y etiquetado de las bebidas alcohólicas que indique esos daños.

**EVIDENCIAS DE RESULTADOS DE POLITICAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS**

Los organismos de la ONU también han evaluado la evidencia científica para las medidas de reducción de daños. Por ejemplo, una revisión extensa comisionada por la OMS sobre los 'programas de intercambio de agujas y jeringas' ha documentado que las investigaciones evaluadas entre pares demuestran que estos programas sí reducen el riesgo del VIH. Sus hallazgos concluyeron también, que no hay evidencia de que los programas de intercambio tengan como resultado nuevos consumidores, ni aumento en consumo de drogas, ni que hayan contribuido al crimen. Por el contrario, los programas de intercambio no sólo redujeron la transmisión del VIH sino también, contribuyeron al
depósito higiénico y seguro de las jeringas, así como canalizaciones a tratamiento y atención para consumidores de drogas inyectables.

El tratamiento con buprenorfina o metadona, también llamado tratamiento de sustitución de opiáceos o terapia para dependencia de opiáceos, es respaldada por la OMS, la UNODC y ONUSIDA como una parte importante de las respuestas nacionales contra el VIH, lo cual ha sido objeto de estudios de investigación académica durante décadas. Varios estudios de investigación con métodos de control por azar, meta-análisis y evaluación sistemática, han demostrado la efectividad de estos medicamentos en ambas vertientes: tratamiento de la dependencia a opiáceos y la reducción de daños por drogas inyectables, incluyendo la transmisión de VIH.[18] El tratamiento con metadona y buprenorfina también ha sido asociado con mejoras del funcionamiento en familia y en el empleo, reducción de la actividad delictiva, así como aumento de la confianza en sí mismo.

Las instalaciones con supervisión médica en las que los consumidores pueden inyectarse o fumar drogas también han tenido impactos positivos en la salud pública. Las investigaciones sobre "Insite", una instalación para inyección de drogas de Vancouver, Canadá, ha contribuido a la academia con un cuerpo amplio de investigación evaluada por pares. En el sitio de trabajo en "Insite" se ha demostrado la reducción en la transmisión de HIV (entre otros beneficios), la disminución de muerte a causa de sobredosis, la disminución del compartir de agujas usadas, el mejoramiento del orden público y la disminución de la delincuencia en las zonas urbanas alrededor de la instalación, así como la reducción de heridas relacionadas con inyecciones e infecciones, el mejoramiento de canalización a tratamientos para dependencia por consumo de drogas, y otros servicios para los consumidores de drogas. Estos son logros de beneficios alcanzados sin el aumento de nuevos consumidores de drogas, y que implicaron un menor costo a nivel de ciudad y de provincia en el gasto de salud pública.[19] Algunos de los mismos efectos han sido demostrados en instalaciones para inyección de drogas supervisadas en Australia, y de la misma forma en varios países de la Unión Europea.

## ORGANIZACIÓN DE LA RESPUESTA DE SALUD PUBLICA EN REDUCCIÓN DE DAÑOS.

La acción sobre reducción de daños en adicciones conlleva dos vertientes de acción: la referida a promoción y prevención, y la referida a Sistema de Salud (SUS).

**Desde la salud pública:**

[18] RP Mattick, C Breen, J Kimber, M Davoli, Suministro de buprenorfina vs. suministro de metadona para dependencia de opiáceo. Cochrane Database Systematic Reviews doi: 10.1002/14651858.CD002207. pub4, Feb. 2014; CA

[19] Ver resumen en Urban Health Research Initiative, University of British Columbia. Insight into Insite. Vancouver, sin fecha. En: http://uhri.cfenet.ubc.ca/ content/view/57/92/

1.- Se debe contemplar en los planes de alcohol y de otras drogas objetivos y metas referidos a la reducción de daños.

2.- Es especialmente importante la reducción de daños con sustancias legales como el alcohol y el tabaco, dado que su uso y consumo está permitido en contextos en los que puede aumentar los riesgos físicos y a terceros por el uso. En el caso del alcohol se debe trabajar contextos como:

- Conducción de Vehículos.
- El medio laboral.
- En contextos de celebraciones en que se promueve el consumo incluso.
- En contextos deportivos para reducir riesgos de violencia.
- En contextos de familia y pareja por violencia de genero.
- En jóvenes por riesgo de embarazos no deseados.
- En el ámbito de la hostelería en venta responsable.
- En contextos de ocio y diversión en jóvenes donde hay consumos.

  Entre otros.

En lo referido al tabaco, empieza a hablarse de minimización de daños por uso de cigarrillos electrónicos, vapeadores, cigarrillos sin combustión, y sustitutivos de nicotina. Aunque está en fase de estudios, especialmente sin que tenga participación la industria interesada. Y también han empezado a aparecer efectos para la salud muy dañinos por uso de vapeadores. En todo caso, la protección a la exposición involuntaria al humo de tabaco está por encima de cualquier estrategia de reducción de daños en uso de tabaco.

3.- En relación con la reducción de daños por uso de marihuana, cocaína, heroína y drogas sintéticas, caben estrategias informativas para grupos de consumidores específicos, y también en contextos muy concretos de uso de este tipo de drogas, centradas en formas de consumo más seguras y que eviten la transmisión de VIH, hepatitis y otras enfermedades infecciosas. Así mismo habilitar lugares de consumo seguro, análisis de pureza de la droga "in situ", reparto de preservativos, kits de control de alcoholemia desechables, y otras iniciativas.

4.- Programa de reducción de daños para privados de libertad.

**Desde el servicio de Salud (SUS):**

1.- Implementar consejo sanitario de reducción de daños para aquellos usuarios de alcohol y/o drogas que no están en disposición de trabajar por un abandono de las sustancias. En el primer nivel de salud sería muy importante con el apoyo de los CAIFC.

Pero en segundo y tercer nivel en especialidades médicas como neumología, medicina interna, cardiología, y otras es una actuación necesaria porque muchos pacientes siguen asumiendo riesgos graves para su salud aun padeciendo enfermedades provocadas por el uso de sustancias.

2.- En salud mental y adicciones, dentro de los programas terapéuticos especializados, ofertar la posibilidad de entrar en protocolos de reducción de daños, en tanto no hay una evolución motivacional para avanzar más en el abandono.

3.- Implementar y ofertar programas especiales de reducción de daños en coordinación con Salud pública, como:

- metadona y buprenorfina para las dependencias a opiáceos
- Programas de naloxona para síndromes de abstinencia;
- salas de venopunción;
- programas de intercambio de jeringuillas;
- dispensación controlada de heroína,

todos ellos según necesidades y el tipo de adicción, y contextos: medio comunitario, penitenciario, comisarias.

# SUBPRODUCTO 9: PROGRAMAS ESPECIALES DE ASISTENCIA Y TRATAMIENTO PARA POBLACIONES Y CONTEXTOS ESPECÍFICOS, INCLUYENDO, AL MENOS, LOS SIGUIENTES: MENORES Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD Y/O EN CONFLICTO CON LA LEY PENAL, PRIVADOS DE LIBERTAD Y EN PROCESO DE REINSERCIÓN, VIOLENCIA DE GÉNERO Y PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS, TRATAMIENTO EN EL ÁMBITO LABORAL EN SECTORES PRIORITARIOS (TRANSPORTE, CONSTRUCCIÓN), INTERVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR EN CASO DE PRESENCIA DE DROGAS.

## PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y USO DE ALCOHOL Y DROGAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD Y EN CONFLICTO CON LA LEY.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que "las principales preocupaciones por los niños, niñas y adolescentes van más allá de su supervivencia y su crecimiento físico, y abarcan también su desarrollo biopsicosocial y su salud mental". Los problemas de salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales.

La primera infancia según la UNESCO es el periodo que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de la persona. Para todos los niños, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje, la sociabilidad y la participación permanente, previniendo posibles problemáticas del desarrollo, contextuales y vinculares, también discapacidades.

La adolescencia es un concepto relativamente moderno, que se define como una fase específica del curso de vida. Para la OMS, la adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años, y puede dividirse en temprana, que se extiende desde los 10 años a los 14 años, y tardía de los 15 a los 19 años.
Los rápidos cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que se producen durante este periodo hacen que sea un momento único de la vida que requiere una atención especial, distinta de la que hay que prestar a niños y adultos. Cada adolescente es un ser único, marcado por el contexto histórico y el medio sociocultural en el que vive,
por su pertenencia de clase, etnia y género, entre otros factores.

De acuerdo con lo mencionado anteriormente los niños, niñas y adolescentes presentan particularidades a la hora de abordar sus problemáticas de salud mental.
En este sentido, el primer nivel de atención es un escenario muy fértil para el trabajo en salud mental infanto juvenil. Desde la detección de dificultades del desarrollo en los controles de niño sano hasta la aparición de conductas de riesgo en adolescentes, existe el desafío de articular las respuestas del sistema sanitario, que suelen ser más eficaces cuanto antes se detecte el problema.
Es importante tener presente que los diagnósticos en la infancia y adolescencia deberán considerarse transitorios, no definitivos, ya que se trata de sujetos en desarrollo. No obstante, la detección temprana de las distintas problemáticas permitirá llevar a cabo intervenciones eficaces que le asegurarán al niño y adolescente un adecuado crecimiento.
Desde un modelo de atención comunitaria, el objetivo de trabajar con la población infanto juvenil es servir como elemento de apoyo a la red integrada de salud mental con base en la comunidad, para garantizar la continuidad asistencial y de cuidado de niños, niñas y adolescentes y de esta manera mejorar su salud y bienestar.

Los pilares en que se apoya la intervención comunitaria en niños y adolescentes son:

a) **El respeto de los derechos del niño y la consideración del interés del niño/niña y adolescente como bien supremo.**

Existe un marco normativo universal y nacional que reconoce la especial vulnerabilidad de la infancia y la necesidad de implementar medidas específicas para su protección y atención. En todos los procesos y escenarios en que la infancia se ve involucrada, afectada y atendida debe privilegiarse siempre el superior interés de los niños/as y adolescentes por sobre cualquier otro interés legítimo. Siguiendo esta lógica, todas las estrategias deben priorizar la suficiencia de los recursos y la prioridad y celeridad de las actuaciones, la adecuación de las mismas a las características evolutivas de niños y niñas, la debida
especialización, interdisciplinariedad y coordinación intersectorial, así como la evitación de intervenciones que provoquen victimización secundaria.

b) **La promoción de la salud de este colectivo.**

La promoción de la salud mental implica el énfasis en la búsqueda del bienestar infantil y juvenil, así como también una apuesta por los entornos favorables para la salud mental, la potenciación de habilidades en los primeros años de vida, el desarrollo de una nueva

orientación en los servicios de salud y el sustento en la participación infantil y juvenil que actúan sobre su propia salud.

**c) La prevención de los padecimientos psíquicos en estas edades.**

La prevención en salud mental de la población general ha de integrar una atención de calidad a la infancia/juventud y no sólo de aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también que comprenda aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria, teniendo siempre presente su contexto familiar y social.

**d) La garantía de una asistencia de calidad basada en criterios de equidad y no estigmatización**.

La unificación de criterios de diagnóstico y tratamiento en los servicios de la red integrada de salud mental con base en la comunidad garantizando una asistencia de calidad basada en criterios de equidad y no estigmatización del niño/a y de sus cuidadores/as.

**El modelo comunitario de atención en salud mental y uso de alcohol y drogas infanto juvenil.**

Toda acción se debe ejecutar con el fin de fortalecer los factores protectores, entre los cuales se incluyen los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer los lazos familiares y comunitarios de esos niños. Que tengan la oportunidad de ampliar sus espacios de circulación social, conservando siempre su escolaridad como base de ésta. Promover las integraciones escolares para niños que atraviesen un proceso de tratamiento, dentro de la esfera de la escolaridad común.
La calidad de las relaciones sociales en el hogar (relaciones padres/hijos y lazos conyugales) influyen de manera decisiva en la salud integral de los niños, niñas y adolescentes. Las estrategias deben tender a aumentar la accesibilidad de la atención a través de la oferta de servicios que tengan en cuenta la especificidad de cada edad, mediante la adecuación y/o creación de esas mismas instancias. Esto implica que todos los establecimientos de salud contemplen la franja etaria de la infancia y adolescencia, así como que todas las instituciones pediátricas incluyan el componente de salud mental.
Los distintos dispositivos integrantes de la red integrada de servicios con base en la comunidad deben funcionar de manera articulada para garantizar la adecuada atención integral y la continuidad de cuidados del niño, niña y adolescente. Será responsabilidad de los equipos de salud poder asistir y acompañar desde primer nivel de

atención la situación de salud de las personas que lo requieran, con el apoyo de los equipos territoriales. Estos últimos, tienen la función de asistir desde la especificidad de la problemática y de acompañar la tarea de referencia y contrarreferencia con los otros niveles de atención
del sistema de salud.

A continuación, se detallan las principales problemáticas y patologías de salud mental frecuentes en la niñez que aparecerán en los CAIFC son:

- Dificultades de Aprendizaje escolar.
- Focias y Angustias.
- Enurésis y encoprésis.
- Autismo y psicosis infantil.
- Maltrato, abandono y negligencia en el cuidado.
- Suicidio infanto juvenil.
- Consumo de alcohol y tabaco.
- Problemas de alimentación.

Un programa para niños y adolescentes vulnerables desde el punto de vista de la salud mental y el uso de drogas se debe enfocar desde tres vertientes simultáneamente:

- Desde salud publica
- Desde el SUS
- Desde el ámbito judicial y penal.

**Desde la salud pública:**

1. Acción sobre promoción y prevención de la salud mental infantil y adolescente, a través de intervenciones dirigidas a madres y padres en correctas pautas de educación.

2. Programas comunitarios coordinados con acciones en el medio para la detección de niños y adolescentes y familias en situación de riesgo socio familiar.
3. Programa de prevención del delito en adolescentes y jóvenes.
4. Iniciativas de promoción de la salud mental infanto juvenil.

5. Formación de pediatras médicos y enfermeras del primer nivel de atención.
6. Elaboración de un plan de infancia y adolescencia sobre la salud mental y uso de alcohol y otras drogas.

**Desde el SUS:**

1. Protocolización de la atención a población infanto juvenil en el CAIFC.
2. Detección y manejo de los trastornos más frecuentes en primer nivel de salud en salud mental y uso de alcohol y drogas.
3. Creación de unidades específicas de salud mental infanto juvenil coordinadas con los CAIFC.
4. Promover programas de rehabilitación para niños y adolescentes desde el SUS con recursos de la comunidad.

**Desde ámbito judicial y penal**

1. En menores infractores de la ley prevalecer la perspectiva de vulnerabilidad social y la perspectiva de la salud publica en el enfoque del uso de alcohol o drogas, mediante programas en el medio.
2. Promover alternativas al encarcelamiento en caso de delitos en que se implica trastornos de salud mental y uso de drogas.
3. Promover medias alternativas a la prisión, con cumplimientos terapéuticos y trabajos para la comunidad.

## INTERVENCION EN SALUD MENTAL Y USO DE ALCOHOL Y DROGAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES INFRACTORES

Un programa diferenciado para adolescentes y jóvenes en situación de conflicto con la ley aplica se aplica en un continuo que va desde la intervención en la comunidad, pasa por jóvenes con delitos en centros cerrados y prisión, y por último en fase de reinserción sociolaboral.

Los jóvenes en situación de vulnerabilidad, e infractores son una población diana dentro de los programas que va a disponer el CAIFC. El carácter preventivo de la actuación jóvenes que infringen la ley y consumen drogas, es sumamente prometedor para incidir en evitar la estigmatización con lo que genera de auto marginación, promover medidas no privativas de libertad. De aquí que Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM), se concibe como un continuo que se inicia en el medio abierto, la comunidad, y se incide en todas las condiciones que hacen que el joven quede en situación de vulnerabilidad, e inicie también en su camino por el delito y las adicciones.

El modelo conceptual más conocido y utilizado, que conecta los factores de riesgo para el delito que presenta un sujeto y la intervención
o tratamiento rehabilitador, es **el Modelo de Riesgo-Necesidades-Responsividad** (Andrews y Bonta, 2010; Cooke y Philip, 2001; Cullen y Gendreau, 2006; Howell, 2009; Lipsey, 2009; Ogloff y Davis, 2004; Redondo, 2008a). En él se establecen tres principios operativos para el tratamiento de los infractores:

1. Principio de riesgo, según el cual para poder administrar la intervención apropiada a las características de los jóvenes infractores debe comenzarse por evaluar y predecir la magnitud global de su nivel de riesgo. De este modo, los individuos con mayor nivel de riesgo deberían recibir intervenciones más intensas mientras que aquéllos cuyo riesgo es bajo pueden participar en intervenciones menos específicas o, sencillamente, no requerir intervención alguna.

4. Principio de necesidad, que establece que el tratamiento debe enfocarse a las "necesidades crimino génicas" de los sujetos, entendiéndose como tales aquellos elementos de riesgo que probablemente guardan relación directa con su conducta delictiva (Polaschek y Reynolds, 2001).
   Los factores principales de "necesidad crimino génica" son:
   - las actitudes antisociales, tener amigos/compañeros delincuentes,
   - abusar de sustancias tóxicas,
   - los déficits en la capacidad de resolución de problemas, y
   - presentar alta hostilidad hacia otros (Ogloff, 2002).
5. Principio de responsividad, que llama la atención sobre aquellos factores que podrían dificultar que un individuo respondiera eficazmente a un tratamiento. Tales inconvenientes pueden ser
   internos al individuo –como un bajo nivel intelectual o falta de motivación– o externos a él –baja calidad de la relación terapéutica o contenido inadecuado del programa de tratamiento–. Atendiendo a las dificultades que están presentes en cada caso, el tratamiento debe ofrecerse de la manera que pueda resultar más beneficioso y eficaz para los individuos.

Paralelamente al Modelo Riesgo-Necesidades-Responsividad (Andrews y Bonta, 2010), existen también otras perspectivas teóricas o aplicadas que enfatizan diversos factores que podrían constituir objetivos plausibles de las intervenciones educativas y tratamientos con jóvenes. Entre ellas la teoría del aprendizaje social, el denominado **modelo cognitivo-conductual de tratamiento**, las perspectivas psicológicas más clásicas que analizan los rasgos o actitudes de los individuos, la atribución de la actividad delictiva a las graves carencias educativas, la terapia multisistémica, etc. Todas estas

perspectivas constituyen modelos psicológicos relevantes en los que se han basado numerosas intervenciones con jóvenes infractores y delincuentes adultos.

La literatura de evaluación de programas de intervención con menores infractores tanto en centros juveniles como en medidas comunitarias avala los resultados positivos de estas intervenciones. Estas evaluaciones específicas han obtenido por lo general resultados positivos en la reducción de la motivación y el riesgo delictivo de los jóvenes. Y en algunos casos se ha comprobado que han producido reducciones significativas de las tasas globales de reincidencia.
Sin embargo, hay déficits de intervención en general que se deben subsanar. Es decir, habría que conectar en mayor grado las técnicas de intervención aplicadas con déficits y necesidades de los sujetos que se han asociado a su actividad y hábitos delictivos. En esta dirección sería muy importante una mayor formalización técnica de las intervenciones
terapéuticas y educativas, incluyendo todas sus fases necesarias, tales como evaluación inicial y detección de necesidades de los individuos, especificación operativa de objetivos, medida pre tratamiento de las variables que son objetivos de la intervención, especificación de todas las actividades integrantes de la intervención, modo de entrenamiento de los profesionales que van a desarrollar la intervención, aplicación íntegra del programa, incorporación de estrategias de generalización
de los aprendizajes, y medida post tratamiento y seguimiento (Andrews, 2001[20] ; Andrews y Bonta, 2010; Cullen y Gendreau, 2006; Hollin, 2006[21]
; Lipsey, 2009; Lipsey y Landerberger, 2006; Lösel, 1995, 1996; McGuire, 2002, 2004; Redondo, 2008).
Así mismo, las evaluaciones sistemáticas de las intervenciones educativas y de los tratamientos aplicados, que siguen siendo escasas. Idealmente, todas las intervenciones que se realizan con los menores infractores, y en todos los contextos, deberían ser evaluadas.

En el cuadro adjunto se pueden ver, desde una perspectiva de intervención comunitaria de prevención del delito, quien está implicado, con qué acciones y qué programas debería estar implementados en los CAIF, como eje de la intervención adolescente y juvenil de prevención del delito.

[20] Andrews, D. (2001). Principles of effective correccional programs. En L. L. Motiuk y R. C. Serin (Eds.), Compendium 2000 on effective ocrrectional programming (págs. 9-17). Ottawa: Correctional Service Canada.

[21] Hollin C. R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: evidence based practice, manuals, and programme evaluation. En C. R. Hollin y E. J.

| RECURSOS IMPLICADOS ACTIVIDADES Y PROGRAMAS | | | |
|---|---|---|---|
| **PREVENCION DEL DELITO E INTERVENCION SOBRE SALUD MENTAL Y EL USO DE DROGAS** | | | |
| **RECURSO IMPLICADOS** | **ACTIVIDAD PRINCIPAL DENTRO DEL SCATASM** | **PROGRAMAS ACTIVOS PARA EL SCATASM** | **OBSERVACIONES** |
| **ESCOLARES** | • Detección de familias y jóvenes de riesgo.<br>• Coordinación con recursos sociales y de salud. ONG. Servicios Legales Municipales. Defensoría del Menor.<br>• Prevención de la salud mental y la demanda de drogas. | • Programas de prevención de intervención en caso de presencia de drogas.<br>• Protocolos de referencia y contra referencia.<br>• Programas comunitarios de jóvenes y familias vulnerables.<br>• Programas de prevención selectiva e indicada. | El absentismo escolar es un factor de riesgo de consumo de drogas y delitos.<br>Este medio es muy buen lugar para la prevención de las conductas delictivas en coordinación con los recursos comunitarios. |
| **POLICIALES** | • Intervención preventiva con jóvenes y adultos infractores de la ley: detección de consumos.<br>• Coordinación con programas escolares y comunitarios de drogas y vulnerabilidad y delincuencia. | • Programa de prevención del delito en consumidores de drogas.<br>• Protocolo de intervención en la detención del jóvenes y adultos vulnerables.<br>• Protocolos de referencia y contra referencia con recursos comunitarios (escuelas, de salud, de servicios sociales). | La FELCN cumple un rol especial en impedir que el joven, y un adulto también, inicie una entrada en el sistema penal mediante acciones de prevención del delito.<br>Es clave la capacitación de este colectivo para ampliar sus funciones. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **JUDICIAL** | • Propuesta y aplicación de medidas no privativas de libertad en jóvenes y adultos infractores de la ley con problema de adicciones.<br>• Aplicación de alternativas a la prisión en privados de libertad con consumo de drogas. | • Programa de prevención del delito en consumidores de drogas.<br>• Protocolos de información y asesoramiento era la ejecución penal en jóvenes y adultos infractores consumidores de droga.<br>• Protocolos de referencia y contra referencia con los recursos del programa | Jueces y fiscales tienen un rol muy importante en evitar la entrada al sistema penal de jóvenes consumidores y adultos que infringen la ley. Buscar el tratamiento de la adicción antes de aplicar penas de privación de la libertad y ejercer medidas educativas y rehabilitadoras es esencial para SCATASM. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SALUD Y SOCIALES** | • El sistema de atención social se ocupa de la detección, seguimiento e intervención con jóvenes y familias y adultos vulnerables al delito y adicciones.<br>• Programas de reinserción sociolaboral.<br>• Tratamiento de la salud mental y las acciones, programa de coordinación para la inserción social del joven y adulto con sistemas de empleo, deporte, ocio y tiempo libre. | • Programas de trabajo en el medio abierto con jóvenes en riesgo (Educación de calle y familiar).<br>• Programas ambulatorios de tratamiento para jóvenes de riesgo de salud mental y adicciones.<br>• Protocolos de referencia y contra referencia de recursos comunitarios.<br>• Programas de jóvenes y adultos en régimen de penas alternativas a la prisión. | El eje de la intervención con jóvenes y adultos con problemas de salud mental y consumidores de drogas son los CAIFC de salud, donde se realiza el plan de trabajo en red.<br><br>El sistema de atención social debe ampliar sus cometidos para la prevención del delito y las adicciones, para hacer seguimiento de casos y familias. |

## PROGRAMA DE PRIVADOS DE LIBERTAD Y EN PROCESO DE REINSERCION.

Desde la perspectiva del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental (SCATASM)la atención a los privados de libertad se desarrolla a través de la incorporación de los centros de menore infractores y cárceles y prisiones en la intervención comunitaria a través de los CAIFC. Este dispositivo juega el rol de:

- apoyar y articular el cumplimiento de penas fuera de la prisión o el centro aprovechando los recursos comunitarios.
- Promover en coordinación con los centros privativos de libertad medidas alternativas a la prisión.

- Realizar coordinaciones periódicas para preparación para la salida en libertad, y la elaboración de itinerarios personalizados de reinserción.
- Cumplir la función de acogida del ex PPL (persona privada de libertad) para asegurar la continuidad de tratamiento de adicción y salud mental e iniciar el proceso de reinserción.

El proceso de tratamiento de salud mental y adicciones para personas privadas de libertad es un conjunto de recursos de atención que se sitúan en diferentes niveles organizativos según su proximidad al usuario, que giran en torno a los Centros privativos de libertad, y que comprende desde dispositivos y programas comunitarios preventivos del delito, hasta la reinserción social; y que trabaja desde la atención a la vulnerabilidad y la consideración de las diferencias de género.

**1. ¿Qué recursos y dispositivos de atención conforman el subsistema integral de tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad, dentro de SCATASM?**

Los recursos o dispositivos de atención de adicciones se organizan de modo teórico según el tipo de atención que se presta, donde se presta y el nivel de especialización o intensidad de los mismos.

1.1.- Estructura y niveles.

El sistema se estructura en dos ejes:

➢ el primero, longitudinal, abarca el proceso desde la comisión del delito y comienzo del abuso de drogas, pasando por la privación de libertad y llega hasta la salida del sistema con la reinserción. Este eje está conformado por dispositivos de detección, valoración y tratamiento de las adicciones ubicados en el medio comunitario; por dispositivos de detección, valoración y tratamiento en el medio penitenciario; y, por último, dispositivos de reinserción social y laboral comunitario nuevamente.

➢ el segundo, transversal, abarca los procesos que impregnan el sistema de tratamiento a lo largo del eje longitudinal; estos son: la coordinación en red con la sociedad civil, entidades privadas y públicas y administraciones, una perspectiva de género en todo el sistema de tratamiento, una consideración especial hacia el abuso y adicción en adolescentes y jóvenes con problemas jurídico-penales; y la capacitación continuada de todos agentes implicados en el SCATASM.

Por otro lado, **la estructura de atención a las adiciones** según el tipo de programas, la cercanía al usuario y la intensidad y especificidad de los mismos se organiza en niveles del siguiente modo:

Primer Nivel:

· Primer escalón:

Atención Social de base (municipal, departamental).
Atención al delito y adicción en comisarías y órganos judiciales.
Atención de primer nivel de Salud.
Servicios Médicos del Centro penitenciario.

· Segundo Escalón:

Atención Adicciones y Salud Mental en unidades específicas CAIFC
Programas de ONG ambulatorios.
Programas de intervención ambulatoria psicológica y psiquiátrica intrapenitenciarios.
Programas de reducción de daños intrapenitenciarios.
Programas sociolaborales de reinserción comunitarios.

Segundo nivel:

Hospitales de segundo nivel del SUS con programas de desintoxicación de alcohol y otras drogas, programas hospitalarios de tratamiento de deshabituación y estabilización de la adicción de corta duración, consultas externas de adicciones con mayor nivel de intensidad.
Centros de Día para personas con adicciones.
Pisos de acogida/reinserción.

Tercer nivel:

Unidades hospitalarias de psiquiatría y adicciones.
Hospitales de día de adiciones y salud mental (tratamientos intensivos) Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias.

**INTEGRACION DE LA ATENCION A PRIVADOS DE LIBERTAD EN EL SISTEMA GENERAL DE ATENCION A SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

Todos estos recursos deben de estar integrados en el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental (SCATASM) de modo que se atienda conjuntamente los problemas de salud mental y adicciones para privados de libertad.
En estos casos se aplica igualmente los protocolos de referencia y contrarreferencia desde centros de privación de libertad hacia los recursos de los tres niveles de atención de salud mental y adicciones del SUS.

El tratamiento de la de la salud mental y adicciones en un contexto de personas privadas de libertad comprende un continuo de servicios y programas que deben actuar en Red. El delito y el abuso de drogas van muy unidos desde los primeros estadios de la conducta antisocial adolescente y juvenil, pasando por los primeros actos delictivos, la privación de libertad y, por último, la resolución de este proceso que es la reinserción socio laboral. Los recursos que conforman la Red de dispositivos de ayuda del SCATASM, comprenden dispositivos de salud, de servicios sociales y de empleo; en niveles de comunidad, intermedios y especializados.
La incorporación al SUS (Sistema Único de Salud) boliviano de las prestaciones para la atención de la salud mental y adicciones en los tres niveles de la atención (primero, segundo y tercero), es la propuesta central del SCATASM para iniciar una nueva etapa que va a permitir que las adicciones junto con la salud mental vayan a tener una carta de identidad como verdaderos problemas de Salud pública. Los centros penitenciarios de todo el país se van a beneficiar de este proceso sin duda, al poder derivarse pacientes a los mismos, y mantener una interconexión continúa con el sistema sanitario.

Pero los recursos del SCATASM no se acaban en el ámbito sanitario, si no que implican en la Red del sistema a los Recursos Sociales. El proceso de prevención del delito y la intervención temprana de las adicciones, y el proceso de Reinserción socio laboral de internos que salen en libertad, precisan de unos recursos de intervención socio educativa en el medio abierto, y en familias vulnerables, y la reconstrucción de redes de apoyo social y laboral que sólo se pueden hacer desde los Servicios Sociales y de empleo, en intima coordinación con los servicios sanitarios. Por esto hemos incluido una red de recursos sociales y laborales, tanto públicos como privados, para integrarlos mediante mecanismos de coordinación conjunta, convenios de colaboración, y otras fórmulas de trabajo en Red.

**LA INSERCIÓN LABORAL UN ELEMENTO CLAVE EN LA REINSERCIÓN SOCIAL Y EL DESISTIMIENTO DE LA DELINCUENCIA. Propuesta para componentes de reinserción desde los CAIFC.**

La rehabilitación y la reinserción postpenitenciaria están estrechamente ligadas al desistimiento de la delincuencia, ya que son dos temas interdependientes: para que una persona pueda no reincidir e insertarse socialmente debe tener voluntad y capacidad para desistir de delinquir. Pero desafortunadamente desistir de delinquir no conlleva necesariamente un proceso de inclusión social. La reinserción post penitenciaria ocurre cuando la persona, que ha pasado por prisión, deja de delinquir y es capaz de convivir en su entorno de forma positiva. Es decir, es capaz de satisfacer sus necesidades, tener relaciones de intercambio con las personas de su entorno (familiar y social) y respeta el medio en que vive (normativa, organización, espacio público, etc.)
Esta evidencia nos obliga a reforzar no sólo la voluntad de desistir, sino facilitar la adquisición de las herramientas necesarias para un bienestar personal, emocional y para la convivencia social y familiar.

Para una buena reinserción social post penitenciaria deberá atender diferentes necesidades desde los programas articulados desde los CAIF:

- Necesidades de subsistencia: techo, alimentación, vestuario, etc.

- Red social de apoyo: disponer de familia y amigos, o de un entorno social o de voluntariado con quien relacionarse y
- compartir la nueva situación. Será necesario disponer de herramientas para la comunicación, asertividad, capacidad de escucha, dominio del lenguaje (lectoescritura y expresión oral), etc.
- Refuerzo personal: autoestima, seguridad, capacidad de toma de decisiones, etc.
- Trabajo: como herramienta para lograr el auto-sostenimiento, y como espacio de identificación social y establecimiento de relaciones. Será necesario pues reforzar las competencias técnicas, instrumentales y transversales para conseguir y mantener un puesto de trabajo.
- Programas de apoyo especializado, en caso de que tengan dificultades especiales: discapacidades, enfermedades mentales, etc.

La inserción laboral se convierte así en un eje relevante en el proceso de construcción de una nueva identidad no delictiva y proclive a la inclusión y la participación social. Debiendo realizarse un trabajo de significación, en el que se identifique la motivación al trabajo y las oportunidades que la consecución de un empleo conlleva en el proyecto

de reinserción. Trabajo y desistimiento de la delincuencia devienen dos ejes correlacionados e interdependientes que no pueden ser aislados.
Así pues, los profesionales de la inserción laboral que trabajan con personas exreclusas deberán acompañar a la inserción en el marco del acompañamiento al nuevo proyecto de inclusión social, trabajando de forma explícita la voluntad de desistir, conjuntamente con el resto de los elementos señalados como claves en la reinserción post penal.

Los relatos de los ex penados reinsertados a la sociedad ponen de manifiesto que en su identidad delictiva disponían de estímulos, satisfacciones, pero no disponían de bienestar personal y emocional, no se sienten orgullosos ni satisfechos de sus conductas y acciones. Expresan que, a pesar de las dificultades del rechazo social, la falta de recursos económicos, etc. conseguir una vida alejada del delito y la exclusión social les ha dado plenitud.

El desistimiento de la delincuencia es el hecho de dejar de delinquir, y se consigue de forma natural, o bien de forma secundaria (con ayudas externas) como uno de los resultados del proceso de rehabilitación. Pero para que la rehabilitación sea efectiva es necesario un proceso de reinserción post penal que permita definir un nuevo proyecto de vida en el que el trabajo y las relaciones familiares y sociales son dos elementos clave de la intervención.

Los profesionales, técnicos de programas de reinserción y responsables de servicios penitenciarios, exponen que el proceso de transición a la calle es un proceso complejo. El interno debe ocuparse de rehacer su vida: establecer nuevas rutinas y hábitos, nuevos horarios, rehacer y construir nuevos vínculos sociales y familiares, conocer el entorno de convivencia (nuevas redes de transporte, nuevas redes de servicios sociales y culturales y de ocio), afrontar el reto de la auto sostenimiento personal (búsqueda de medios de subsidencia: hogar, alimentación, ropa, etc.) desarrollarse en un nuevo mercado de trabajo (nuevos yacimientos de empleo, nuevos sistemas de organización del trabajo, tecnologización, etc.), así como otros retos difíciles de priorizar o categorizar.
Se pone de manifiesto la complejidad de la reinserción entendida como un proceso no lineal, que requiere de múltiples soportes y donde cada elemento (vivienda, trabajo, familia, amigos, etc.), requiere de una reorganización personal.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| **ACTIVIDADES Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA LA REINSERCIÓN SOCIOLABORAL EN EL SCATASM** | | | |
| **RECURSOS IMPLICADOS** | **ACTIVIDAD PRINCIPAL DENTRO DEL SCATASM** | **PROGRAMAS ACTIVOS PARA EL SCATASM** | **OBSERVACIONES** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **SOCIALES Y DE SALUD** | • Colabora en el programan de preparación para la salida en libertad con recursos de presión y comunitarios.<br>• Elabora el itinerario personalizado de reinserción entre el servicio de salud penitenciario y equipos multidisciplinario, y recursos comunitarios, en especial los CAIFC de salud.<br>• Acogida por parte del CAIFC de salud a la salida en libertad, y articulación con gobernación y municipios, ONG, empleo, deporte, ocio y tiempo libre para la reinserción.<br>• Continuidad de tratamiento de adicción y recuperación. | • Programan de coordinación para elaboración de itinerario personalizado de reinserción.<br>• Programa de acogida de los CAIFC a los ex privados de libertad.<br>• Programa de implementación del itinerario personalizado de reinserción.<br>• Programa de coordinación social con TS del centro penitenciario de referencia.<br>• Programa de tratamiento de adicciones a ex privados de libertad: continuidad de tratamiento de prisión o seguimiento para la recuperación | Todas las acciones y programas van orientados a la continuidad de tratamientos a la salida en caso de estar en tratamiento en ese momento.<br>Y trabajo en red comunitaria para la reinserción social y laboral. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **POLICIALES** | • Tener conocimiento e informar sobre el seguimiento y reincidencias a los jóvenes y adultos en programa de reinserción social.<br>• Coordinar con medio educativo y laboral el apoyo a los centros descolorares y a los ex PPL en su proceso reeducativo y laboral. | • Programas de coordinación y comunicación periódica entre actores implicados.<br>• Programa de seguimiento de PPL en proceso de recuperación de adicción y reinserción social y educativa. | La policía debe cumplir un rol de seguimiento del proceso de reinserción como un actor más implicado en el proceso de preservación del proceso de recuperación y reinserción. |
| **ESCOLARES** | • Actuaciones de reinserción educativa en ex PPL. | • Programas de seguimiento en medio educativo de ex PPL en proceso de Re-escolarización y formativos generales. | Esta acción se integra en el programa de actuación coordinados con centros educativos. |

## PROPUESTA DE ACTIVIDADES RELEVANTES EN LOS PROCESOS DE EMPODERAMIENTO PARA LA INSERCIÓN LABORAL CON EXRECLUSOS/AS DESDE LOS CAIFC

### a. Actividades de crecimiento personal y conocimiento del entorno:

- Mejorar la alfabetización a través de visitas a bibliotecas para buscar textos o libros para hacer una sesión de tertulia literaria. Potenciando el trabajo en equipo, la ayuda mutua, el conocimiento de los recursos, la toma de decisiones, ...

- Organizar una liguilla deportiva de baloncesto o fútbol en cooperación con otros servicios de la comunidad, nos permiten

- trabajar la salud, el esfuerzo, la capacidad organizativa, de gestión, la resolución de conflictos…

- Visitar entidades sociales nos permite conocer otras realidades, mejorar el conocimiento de la red, identificar oportunidades de participación social que pueden ser muy útiles para reflexionar sobre el proyecto personal, las competencias, etc.

- Las narrativas digitales, las obras de teatro social, son actividades de reflexión que pueden facilitar el trabajo integrado de competencias.

- Integrar experiencias vividas (conferencias, charlas entrevista a ex reclusos, familiares…) nos permiten desarrollar la capacidad de escucha, el autoconocimiento y el crecimiento personal. Los cambios producidos en las relaciones familiares, los roles sociales…son retos que otros han asumido previamente y sus experiencias pueden ayudar a desarrollar mecanismos resilientes que mejoren la capacidad de lucha y crecimiento personal.

**b. Actividades de voluntariado social:**

Una buena forma de conocer el entorno y ver las necesidades sociales es realizar actividades de apoyo social:

- acompañamiento de ancianos,
- actividades de apoyo a las personas mayores en huertos urbanos
- mejora de equipamientos sociales (actividades de mantenimiento de edificios, limpieza de espacios naturales),
- talleres de sensibilización (lucha contra las drogas, el uso de la violencia, etc.) o de otros proyectos de utilidad social.

Estas actividades deben surgir de los intereses del propio grupo y se puede manejar todo el proceso de buscar el entorno idóneo, solicitar permisos, hacer un proyecto de lo que podemos hacer, distribuir tareas entre el equipo, de manera que en cada proceso se integre: el autoconocimiento (qué puedo y sé hacer y qué me cuesta o no puedo hacer), el trabajo en equipo, el asertividad, la comunicación, la lectoescritura y, el conocimiento de las instituciones y recursos de la red comunitaria.

Así pues, debemos desarrollar procesos de formación prácticos: como debemos vestir para cada actividad, respetar los horarios, cumplir responsabilidades, de forma integrada y real como se da en la vida real.

Estas actividades sociales deben tener un valor de restauración a la comunidad que nos permitirán reforzar la autoconfianza y la autoestima, a través del desarrollo del sentimiento de pertenencia a la comunidad, poniendo las personas participantes en un rol y función social diferenciados.

**c. Conocimiento del entorno laboral:**

Estrategias de acercamiento los expresos al mundo real actual, debemos establecer acuerdos con entidades y empresas colaboradoras que permitan visitar fábricas o centros de producción, tener entrevistas con responsables de selección de personal, visitar centros de formación profesional, para acercarnos a la realidad del mercado de trabajo, no sólo a través de los portales web sino del contacto con empresas y centros de
formaciones reales. Pudiendo así poner en valor las competencias adquiridas y definir las necesidades de formación.

Algunas experiencias internacionales, especialmente en Francia, y también aplicadas en España por algunas entidades, apuestan por la inserción laboral sin CV, es decir, basada en la confianza en las competencias demostradas en el puesto de trabajo a través de empresas "amigas" dispuestas a ofrecer una segunda oportunidad. Los éxitos de esa metodología son notables. Las mismas personas nunca superarían un proceso de selección de personal basado en el CV, en cambio demostrado sus capacidades directamente en el puesto de trabajo son capaces de conseguir unos resultados de productividad y un comportamiento satisfactorio para las empresas.

Como hemos dicho todas estas actividades requerirán espacios de análisis compartido (evaluación) y de significación de contenidos tanto en grupo como individualmente a través de tutorías y acompañamiento educativo personalizado. Partiendo del objetivo de responsabilizar a los participantes de su vida personal y laboral, favoreciendo la toma de decisiones al respecto del objetivo trazado. En este trabajo de acompañamiento personal habrá que trabajar la tolerancia a la frustración, el compromiso, la diferencia entre lo que quiero (el objetivo final) de, lo que de momento tengo y lo que puedo lograr a corto y medio plazo.

## PROGRAMA DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS.

Los tratados e instrumentos internacionales del Sistema de Naciones Unidas como de los Estados Americanos referente a la atención de los Derechos Humanos de las mujeres y víctimas de violencia debido a género son:

**a. La Convención sobre todas las formas de Discriminación contra la Mujer** (Ley N° 1100) conocida por sus siglas en inglés como CEDAW, que establece el marco de protección de los derechos humanos de las mujeres, así como el compromiso de los Estados suscriptores de implementar políticas públicas y medidas legislativas para la erradicación de la violencia y la discriminación contra las mujeres en todas sus formas y manifestaciones. Esta obligación no se limita al ámbito público sino también se extiende a la esfera privada. La CEDAW es considerada como la Carta de los Derechos Humanos de las Mujeres.

**b. La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer – Convención "Belém do Pará"** (Ley N° 1599) establece el reconocimiento y el respeto irrestricto de todos los derechos de la mujer, que son condiciones indispensables para su
desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y práctica; y el compromiso de los Estados miembros para formular políticas de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer. Esta Convención además establece que los Estados parte reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de tales derechos, a partir de reconocer a las mujeres derechos fundamentales, entre otros, a la vida y a la integridad social; no ser sometida a tortura, igual protección ante la ley y un acceso efectivo a la justicia.

**c. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer Beijing**, respalda la defensa de los derechos humanos de las mujeres y dispone que los gobiernos reconozcan que los derechos de las mujeres y las niñas son derechos humanos universales y consagrados internacionalmente; además que estos gobiernos se comprometan a promover y proteger el pleno disfrute de estos derechos y de las libertades fundamentales de todas las mujeres a lo largo de su vida. En el caso de la Conferencia de Beijing, se aprobó una Plataforma de Acción, estableciendo el acuerdo de crear mecanismos nacionales para la promoción de la mujer con la función principal de apoyar la incorporación de la perspectiva de igualdad de género en todas las esferas de la política y en todos los niveles de gobierno. A partir de las 2 conferencias internacionales, se estableció la relación entre la violencia de

género con la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se establecieron objetivos y medidas para el desarrollo de políticas en torno a la violencia contra mujeres y niñas, particularmente, en relación con la violación sexual e intrafamiliar; la explotación y tráfico de la niñez; y la mutilación genital.

**d. El Estatuto de Roma (Ley N° 2398) es el instrumento constitutivo de la Corte Penal Internacional.** Identifica las conductas que pueden ser juzgadas por la Corte, entre ellas, establece que la violación y otros abusos sexuales pueden constituir crímenes que sean de su competencia.

**e. La Convención sobre los Derechos del Niño** (Ley N° 2367) estableció obligaciones para proteger a las niñas, niños y adolescentes de toda forma de violencia, abuso y explotación sexual.

De acuerdo con la legislación boliviana, el bloque de constitucionalidad está integrado por los Tratados y Convenios Internacionales en materia de Derechos Humanos, por lo que su cumplimiento es de carácter obligatorio.

**NORMATIVA NACIONAL**

El marco jurídico internacional y los compromisos asumidos por nuestro Estado han propiciado el desarrollo de la legislación nacional sobre el tema de protección de las víctimas de violencia de género, a continuación, las citamos:

**a. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia** es una garantía para la vigencia de los derechos de las mujeres porque busca reducir la desigualdad, la exclusión y la discriminación que se mantuvieron durante toda nuestra historia republicana y establece específicamente que las mujeres tienen derecho a no sufrir violencia tanto en la familia como en la sociedad y que el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional.

**b. Ley N° 1970, Código de Procedimiento Penal,** regula las garantías de la víctima, el derecho a la información que tienen las víctimas de violencia sexual en un proceso penal, aunque la víctima no hubiese intervenido en el proceso. Incluso establece que todo servidor público en ejercicio de sus funciones tiene la obligación de denunciar los delitos de violencia sexual sin que esta denuncia signifique que es parte del proceso.

**c. Ley N° 1674, Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica,** visibiliza la violencia contra la mujer en su entorno familiar; identifica los hechos que constituyen violencia en

la familia; establece las medidas de prevención y protección inmediata a la víctima y las sanciones que corresponden al autor.

**d. El Decreto Supremo N° 25087 reglamenta la Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica** para lograr su aplicabilidad y plantea medidas de prevención y protección integrales a favor de la víctima.

**e. Ley N° 045, Ley contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación**, establece mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo; y toda forma de discriminación.

**f. Ley N° 243, Ley contra el Acoso y Violencia Política hacia las Mujeres,** establece mecanismos de prevención, atención y sanción contra actos individuales o colectivos de acoso y/o violencia política hacia las mujeres.

**g. Ley N° 263, Ley Integral contra la Trata y Tráfico de Personas**, busca combatir la trata y tráfico de personas y delitos conexos; y garantizar los
derechos fundamentales de las víctimas a través de la consolidación de medidas y mecanismos de prevención, protección, atención, persecución y sanción penal de estos delitos.

**h. Ley N° 348, Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia**, que establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las personas que en situación de vulnerabilidad sean víctimas de violencia, así como la persecución y sanción de sus agresores. La norma establece que los delitos de violencia son de orden público.

**i. El Decreto Supremo N° 2145 reglamenta la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia**, establece mecanismos de prevención, atención, protección y reparación a víctimas de violencia y brinda recursos para la implementación de la Ley N° 348 y su reglamento.

**j. Ley N° 464 del Servicio Plurinacional de Asistencia a la Víctima**, que crea el servicio encargado de brindar asistencia psicológica, social y jurídica a la víctima de escasos recursos; y la norma regula su estructura, organización y sus atribuciones.

**k. Ley N° 548, Código del Niño, Niña y Adolescente**, tiene por objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, que garantice sus derechos mediante la corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles junto a la familia y la sociedad. El Sistema Integral prevé un Programa Integral de Lucha Contra la Violencia Sexual a Niñas, Niños y Adolescentes, entre otros.

**l. Sentencia Constitucional N° 0206/2014**, a través de las cual, se eliminan los requisitos de iniciar la acción penal y solicitar una autorización judicial para poder acceder a un aborto legal cuando el embarazo es producto del delito de violación. El único requisito establecido es realizar la denuncia del delito de violación ante la Policía o la Fiscalía.

La organización de los servicios de atención a las víctimas de violencia de género (incluida la violencia sexual) desde el SUS, recae nuevamente en la Atención de primer nivel y los CAIFC por la cercanía al terreno.

## OBJETIVO DE LA ATENCION A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL PRIMER NIVEL DE SALUD Y LOS CAIFC (CENTROS COMUNITARIOS DE ATENCION INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

Se persigue brindar atención integral preventiva y curativa a las víctimas de violencia de género. Las acciones del servicio de salud deben estar orientadas a prevenir, detectar, diagnosticar y tratar la violencia, ya que se constituye en un problema de salud pública. Todos los demás servicios deben estar preparados para otorgar la mejor atención posible de acuerdo con sus capacidades resolutivas.

### 1. Objetivos específicos

**a. Organizar internamente en los servicios,** a los equipos de salud para actividades de prevención de la violencia de género.

**b. Adecuar los equipos de salud en recursos humanos, infraestructura e insumos,** en coordinación con las Autoridades locales de salud y junto a la estructura social de salud más la comunidad organizada (Juntas de Vecinos) para actividades de prevención, detección, atención y diagnóstico de la violencia de género.

**c. Realizar la adecuación de los equipos de salud para la atención clínica de emergencia** y toma de evidencias de la violencia de género y sexual.

**d. Organizar el sistema de referencia y contrareferencia de los equipos de salud para asegurar el seguimiento de las víctimas**.

**e. Coordinar actividades de diagnóstico y prevención en grupos vulnerables en cada área geográfica** con diversas organizaciones, para asegurar el apoyo a las víctimas de violencia de género de acuerdo a las necesidades de las áreas jurídica o psicosocial.

**f. Sensibilizar y capacitar al recurso humano en diagnóstico, prevención, atención clínica de emergencia**, toma de evidencias y tratamiento integral de la violencia de género

2. **Población objetivo**

- Infantes
- Niñas/os
- Adolescentes/jóvenes
- Mujeres
- Adultas/os mayores
- Personas con discapacidad
- Grupos de LGBT

3. **Capacidad resolutiva en la Red de Servicios de salud.**

**a. En establecimientos de primer nivel.** El equipo de salud debe estar organizado, capacitado, motivado y sensibilizado para la atención a víctimas de violencia de género y sexual y trabajará en forma coordinada con hospitales de mayor complejidad, servicios jurídicos, FELCV, Instituto de Investigación Forense (IDIF), Defensoría de la Niñez y Adolescencia, Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM), servicios psicosociales y comunidad organizada.

**b. En establecimientos de segundo y tercer nivel**. Los servicios especializados deben estar organizados, capacitados, motivados ysensibilizados para la atención a víctimas de violencia de género y sexual y que trabajan en forma coordinada con FELCV, servicios jurídicos, IDIF, Defensoría de la Niñez y Adolescencia, SLIM, servicios psicosociales y comunidad organizada.

## 4. Procedimientos necesarios en el primer nivel y CAIFC (salud mental y adicciones)

### a. En servicios de salud de primer nivel:

• La atención debe ser realizada por un equipo capacitado en detección, valoración e intervención de emergencia.
•Realizar actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria de la violencia de género y sexual.
• Realizar actividades sistemáticas protocolizadas de diagnóstico y detección de la violencia de género y sexual en coordinación con los Agentes locales Comunitarios.
•Brindar atención integral a las víctimas de violencia de género y sexual, otorgando:

- Atención a la emergencia clínica.
- Contención emocional.
- Recolección de evidencia médico legal.
- Tratamiento de los traumatismos físicos generales.

**Protocolo específico en violencia sexual:**
- Tratamiento de traumatismos genitales y extra-genitales.
- Anticoncepción de emergencia
- Prevención de ETS/VIH SIDA y de Hepatitis B, tratamiento de ETS sin requerir exámenes de laboratorio (tratamiento sindrómico); en caso de violencia sexual.
- Prueba de embarazo en sangre (B-HCG cualitativa y en lo posible cuantitativa).
- Interrupción legal del embarazo hasta las 12 semanas en centros que cuenten con médica/o capacitada/o, a sola presentación de una copia de la denuncia de violencia sexual hecha por la víctima a la Policía (FELCV), a la Fiscalía o Autoridad Originaria Competente. Registrar los hallazgos en la historia clínica y en un certificado único (para su homologación por el médico forense).
- Referencia de las víctimas a CAIFC según protocolo de referencia en todos los casos para atención psicológica y psiquiátrica.
- Referencia de la víctima de violencia de género y sexual hacia otros servicios jurídicos, legales o psicosociales comunitarios determinados según protocolo del CAIFC.
- Para cumplir con todo lo anteriormente citado, las entidades encargadas deben suministrar material y medicamentos necesarios para evitar demoras en los procedimientos.

**b. En Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC)**

La Intervención propuesta para desarrollar desde la atención en salud mental y adicciones se fundamenta en los siguientes puntos:

- **Intervención Indirecta**: Elaborando programas de mejora de la respuesta de los profesionales de primer nivel de salud con el que establecen contacto.
- **Intervención Directa:** intervenciones cuando ya a ocurrido el hecho de carácter paliativo y recuperación de nivel físico y emocional.

La intervención directa se trata de actuar sobre la victima mediante:

**1.- Derivación a centros de acogida específicos:**

Se trata de intervenciones intensivas incluyen sesiones semanales durante un periodo de hasta 12 meses. Los objetivos son:
-. Facilitan asesoramiento legal, económico y sobre alojamiento.
-. Facilitan acceso y uso de los recursos comunitarios, tales como refugios o albergues, alojamiento de emergencia e intervenciones psicológicas.
-. Proporcionan asesoramiento de planificación de seguridad.
-. Prestan apoyo constante y asesoramiento informal.

**2.- Intervención de Cribado proactivo.**

Preguntas activas sistemáticas por la existencia de violencia de género por parte del personal del CAIFC (y primer nivel de salud). Según protocolo al efecto.

**3.- Intervenciones psicoterapéuticas**.

Suelen ser intervenciones breves, en grupo, generalmente ambulatorias, con uno o dos terapeutas (Echeburúa y Corral, 1998)[22]. El más frecuente es el "grupo de trabajo". Tienen como objetivo, por un lado, la mejora de los niveles de salud física y psicológica y, por otro, la readaptación de las mujeres a su ámbito de vida cotidiano. Las intervenciones deben tratar los síntomas sin olvidar la dimensión psicosocial implicada, teniendo en cuenta otros aspectos como la integración en el mundo
laboral, mejora de la autonomía, capacidad de resolución de problemas o adaptación a la vida cotidiana.

[22] Echeburúa E y Corral P. (1998a). Manual de violencia familiar. Madrid. SIGLO XXI

Los casos que se utilizan programas multicomponentes cognitivo-conductuales diseñados para mujeres maltratadas con TPET (Trastorno por estrés postraumático. Tanto en formato individual como grupal. La sintomatología postraumática se reduce en un 97%, 87% y 91%, es decir, las mujeres que presentaban TPET dejan de cumplir criterios diagnósticos en el postratamiento y también mejoran las puntuaciones en depresión, autoestima y culpa. Los resultados se mantienen al menos a los seis meses después del tratamiento.

**4.- Modelos de intervención aplicados**.

Existe un amplio número de modelos de trabajo con víctimas de violencia de género. En todo caso es importante tener en cuenta los componentes psicológicos que se trabajan para poder diseñar los tratamientos. A efectos de búsqueda bibliográfica de información expongo una referencia de los modelos de intervención usados y contrastados, con los componentes que trabaja cada uno de ellos:

**4.1.- Programa terapéutico de Echeburúa y Corral (1998)**
Es un programa de corte cognitivo-conductual, muy flexible, que puede adaptarse a diferentes contextos. Incluye técnicas de expresión emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento. Estas últimas son la fase más compleja, e incluyen los siguientes componentes:

- Adopción de medidas urgentes (en su caso) y búsqueda de soluciones alternativas.
- Entrenamiento en relajación y respiración.
- Habilidades de solución de problemas.
- Ayuda para recuperar gradualmente actividades gratificantes.
- Afrontamiento de conductas evitativas y/o de las preocupaciones reiterativas mediante técnicas de exposición y/o distracción cognitiva, respectivamente.

**4.2.- Modelo terapéutico Survivor Therapy Empowerment Program Desarrollado por L. Walker (1991)** para la recuperación de mujeres, incorpora tres elementos básicos: teoría del trauma, recuperación y superación y sus efectos postraumáticos. Desde una perspectiva feminista proporciona apoyo, validación y empoderamiento de las mujeres que han sufrido violencia machista. Sigue un abordaje biopsicosocial, con intervención en los tres planos. Propone un programa (fundamentalmente para el TPET) basado en cinco puntos de tratamiento:

- La manipulación y el control externo que sufren las mujeres.
- Los síntomas de disociación.
- Los síntomas de rabia y miedo.
- La confusión entre la intimidad sexual y emocional.
- La sumisión y síntomas de resentimiento.

Según esta autora, la mayoría de las mujeres maltratadas no necesitan psicoterapia para curarse las heridas producidas por la violencia machista si cuentan con un sistema natural de apoyo por parte de la familia y amigos (Walker, 1999).

### 4.3.- Modelo de Dutton-Douglas (1992)

Supone una aportación meramente descriptiva, haciendo referencia a las fases por las que pasa una mujer maltratada, crisis, transición y recuperación. Desarrolla una intervención para la fase de recuperación, para tratar de reestructurar e integrar el trauma en su vida habitual. Incluye cuatro componentes:

- trabajo terapéutico con el trauma.
- Disminución de los síntomas específicos.
- Reestructuración cognitiva.
- Reconstrucción de una nueva vida.

### 4.4.- Modelo de Weeb (1992)

Propone un programa de tratamiento individual, con una breve parte grupal al inicio. Se fundamenta en una buena alianza terapéutica y la intervención cognitiva en proceso de counseling. Las fases son:

- Establecimiento de la alianza terapéutica.
- Evaluación de síntomas.
- Identificación de objetivos.
- Diseño del plan de acción.
- Intervención cognitiva.
- Evaluación de logros conseguidos.

### 4.5.- Programa de intervención de Villavicencio (2000)

Señala diez objetivos para la intervención:

- Apoyo y comprensión y facilitarle un espacio para desahogo emocional.
- Aumentar la seguridad de la víctima y de sus familiares.
- Ayudarle a reestablecer el control sobre su propia vida tomando sus propias decisiones.

- Hacerle comprender que ella no es responsable de la rabia ni de las conductas violentas de su pareja y que nadie tiene derecho a maltratarla.
- Ayudarle a aclarar las expectativas de roles de género y mitos sobre la violencia machista.
- Proporcionarle información sobre la violencia doméstica y sus consecuencias.
- Ayudarle a reconocer sus fortalezas y habilidades.
- Ayudarle a expresar emociones, sobre todo los sentimientos contradictorios hacia el agresor.
- Afrontar los sentimientos de pérdida y duelo en caso de separación.
- Ayudar a la víctima a proyectarse hacia el futuro.

### 4.6.- Modelo de Lundy y Grossman (2001)

Señalan como herramienta más útil la escucha respetuosa, que la mujer perciba que el terapeuta cree en su historia de malos tratos.

### 4.7.- Tratamiento dirigido a las secuelas psicológicas.

Programa dirigido a las secuelas padecidas por las mujeres que sufren violencia machista (TPET, trastornos adaptativos…). Los estudios coinciden en que la terapia cognitiva conductual (TCC) constituye el abordaje más indicado. En el caso del TPET, la TCC es considerada como tratamiento de elección (Foa, Friedman y Keane, 2000; Foa y Meadows, 1997; NICE, 2005). En estos se utilizan técnicas de exposición para tratar los síntomas positivos (flashbacks, pesadillas, respuestas exageradas de terror). El programa de "exposición prolongada" de Edna Foa y Barbara Rothbaum (1998) es el más avalado por estudios empíricos. Sin embargo, la técnica de exposición se realiza en pocas ocasiones y, si se lleva a cabo, puede que se piense y relate el trauma o experiencias traumáticas emocionalmente "despegadas" de la
experiencia. En este sentido la realidad virtual (RV) puede ayudar a superar algunas limitaciones. La herramienta puede ayudar al relato y superación del maltrato. (Baños, Botella, Alcañiz, Guillén, García-Palacios y Quero,2010).

### 4.8.- Modelo centrado en la comprensión de la violencia de género como vivencia traumática incorporando perspectiva de género (Escudero et al., 2005a, b).

Sigue una metodología de grupo de discusión de entre 8 y 10 miembros, abierto en el tiempo, de frecuencia semanal y con una hora y media de duración. Los objetivos son:

- Visibilizar la naturaleza de la relación abusiva.
- Ayudarlas a superar la negación.

- Superar la culpa.
- Superar las secuelas psicológicas producidas por el maltrato.
- Trabajar la reconstrucción de su identidad.
- Movilizar los recursos psíquicos que posee.
- Restitución de su red social.
- Pasar de la situación de víctima a superviviente.

Las pautas de intervención son las siguientes:

1. Establecer seguridad.
2. Establecer un vínculo de confianza con los profesionales.
3. Conectar los síntomas psicológicos con maltrato.
4. Reconstruir la experiencia traumática.
5. Reconectarlas con la vida social.

**PAUTAS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

Pautas generales de tratamiento:

**1. Seguridad.** Ningún tratamiento puede tener éxito si no se establece un nivel razonable de seguridad. Conviene revisar en todas las sesiones los apoyos emocionales, de protección y de ayuda práctica, ya que el grado de peligrosidad puede variar de una sesión a otra.

**2. Alianza terapéutica**. Previo al abordaje siempre es fundamental establecer una relación de confianza mediante la escucha activa, el acompañamiento, la acogida y poniendo orden en el relato de la experiencia vivida.

**3. Poner en relación los síntomas psicológicos con el maltrato.** Habitualmente el maltratador utiliza la desvalorización y el desprestigio como estrategia de control, por ejemplo, haciéndole creer que está loca. Los síntomas cobrarán un significado diferente cuando la mujer entienda que son secundarios a la vivencia de maltrato. Hay que tratar los sentimientos de culpa, autoengaño, tristeza, vergüenza y la desconfianza generalizada, frecuentes en estos casos.

**4. Exposición a la experiencia traumática.**

No suele estar indicado en las entrevistas iniciales, salvo que lo exprese espontáneamente. Será ella quien decida cuándo y cómo. El personal facultativo la animará para que sea así, desempeñando el papel de testigo y aliado. La reexposición puede hacer que experimente un periodo depresivo, por lo que habrá

que volver a evaluar la presencia de ideación suicida y otros factores de riesgo como abuso de sustancias, episodio depresivo mayor.

**5. Recuperación de su vida social.**

Dado el progresivo aislamiento al que han llegado muchas de estas mujeres, conviene considerar las creencias erróneas sobre identidad y rol femenino, la autonomía y el desarrollo frente a la figura masculina, la facilitación de redes de apoyo social, la derivación a recursos de mujeres… con el fin de recuperar una vida social deteriorada o perdida.

## ALCOHOL Y DROGAS Y VIOLENCIA DE GENERO

La relación entre el consumo de alcohol y/o drogas y la violencia de género no está claramente establecida y hay enfoques divergentes.
Clarificar esta cuestión, para los efectos de la acción en programas desde la atención en salud no es relevante dado que el factor social y cultural es centrar en su concepción.
En concreto aquí se considera que la violencia de género (o la violencia contra las mujeres si se quiere), es un tipo específico de violencia, que se define y determina por sí misma como resultado de una lógica estructural y sistémica, mejor o peor descrita como "el orden o la cultura patriarcal" y que se expresa a través de "un comportamiento machista" que trata a las mujeres en general, incluidas aquellas que forman parte del entorno familiar y afectivo, como sujetos sometidos a dominio y su cosificación.

En lo que respecta a la intervención desde los CAIFC en salud mental y adicciones conviene conocer el estado de situación sobe los dos aspectos fundamentales de la violencia de Genero y el uso de drogas: el alcohol como factor de riesgo para la violencia machista, y el consumo en la mujer y su rol en la violencia de genero.

***Consumo de alcohol como factor de riesgo en el empleo de violencia por parte del hombre hacia la pareja.***

Tras consultar diversa literatura al respecto, se comprueba que hay opiniones contrarias en lo que se refiere a la relación entre el consumo de alcohol y la violencia ejercida contra las mujeres. A continuación, se comentan dichas opiniones opuestas.
- Por un lado, hay autores que, a pesar de que establecen una **relación** entre el consumo de alcohol y la violencia ejercida hacia la pareja, consideran que hay otra serie de factores que participan en el empleo de la violencia.

Margolin y Burman[23], y Lee *et al*.[24], citan ciertos **factores de riesgo** que pueden darse en los hombres para que se produzcan agresiones hacia sus parejas, como puede ser el consumo de alcohol o de otras sustancias de adicción, la escasa educación, el bajo estatus ocupacional (escaso salario), el desempleo, la baja asertividad, haber sufrido violencia de pequeños, el estrés, ciertos trastornos de la personalidad, actitudes de género, falta de capacidad de empatía y comunicación, etc.

Pero a pesar de los estudios realizados, la literatura no responde a la pregunta del motivo por el cual algunos hombres, tras consumir alcohol, agreden a sus parejas y otros no, aunque se cumplan los factores de riesgo antes citados. Igualmente relacionan el consumo de alcohol continuado con mayores problemas psicológicos (como la depresión) y con mayor tendencia a emplear la violencia.

Keiley *et al*.[25], y Stalans y Ritchie[26], consideran el consumo de alcohol como un factor de riesgo, pero no aceptan que el alcohol pueda ser en sí mismo y él solo la causa directa de violencia familiar o de género. Argumentan que el comportamiento o conducta de un individuo bajo los efectos desinhibidores del alcohol van a ser similar al comportamiento del mismo individuo en estado sobrio, es decir, una persona que no es violenta no se transformará en violenta por encontrarse bajo los efectos del alcohol. Por el contrario, el que es violento sin haber bebido seguirá siéndolo, o aumentará su violencia cuando beba. Valoran, por tanto, que **el consumo de alcohol puede suponer un incremento en la gravedad o de la frecuencia del empleo de la violencia en la pareja** en ambos, con mayor frecuencia por parte del hombre hacia la mujer.

Lorente y Toquero de la Torre[27], añaden a lo anterior que es una excusa que emplean tanto el agresor como la víctima para justificar su conducta, y que no sólo se produce agresividad por la acción fisiológica de desinhibición que ejerce el alcohol sobre el organismo, sino también por factores ambientales (individuales, sociales y situacionales) en los que se desenvuelven estos individuos (inestabilidad laboral, poca experiencia laboral, bajo nivel educativo, problemas de salud física y mental, problemas personales o legales...). No obstante,

[23] . Margolin G, Burman B. Wife abuse versus marital violence: different terminologies, explanations and solutions. Clinical Psychology Review. 1993;13:59-73.

[24] Lee WV, Gottheil E, Sterling RC, Weinstein SP, Serota RD. Characteristics of cocaine-addicted individuals who abuse their partners. Journal of Substance Abuse Treatment. 1997;14:367-71.

[25] Keiley MK, Keller PS, El-Sheikh M. Effects of physical and verbal aggression, depression and anxiety on drinking behavior of married partners: a prospective and retrospective longitudinal examination. Aggressive Behavior. 2009;35(4):296-312

[26] Stalans LJ, Ritchie J. Relationship of substance use/abuse with psychological and physical intimate partner violence: variations across living situations. Journal of Family Violence. 2008;23:9-24.

[27] Lorente M, Toquero de la Torre F. Guía de la buena práctica clínica en abordaje en situaciones de violencia de género. Madrid: International Marketing and Comunications; 2004.

Lipsky *et al*.[28] resaltan en su estudio la importancia de realizar **tratamientos** de desintoxicación-deshabituación, junto con terapia de pareja; lo que valoran que reduce tanto los consumos como las conductas violentas.
Oberleitner *et al*.[29] añaden un elemento más a tener en cuenta en la actitud violenta, que sería la ira, a la que definen como "la forma de percibir, interpretar y responder a determinados eventos que suscitan una reacción emocional". Basándose en lo anterior, consideran que el tratamiento que reduce la ira puede igualmente implicar una reducción en el comportamiento violento. Relacionan la presencia de ira elevada con consumo de alcohol y agresividad en los hombres que agreden a sus parejas, y afirman que los hombres que ejercen violencia contra sus parejas y que presentan elevada ira son más propensos a reaccionar con agresividad cuando consumen alcohol. Consideran, por tanto, que el alcohol incrementa o exacerba la violencia, produciéndose episodios de mayor intensidad de esta cuando se consume alcohol que cuando no se consume. Afirman que el alcohol está relacionado con el 40% al 60% de los casos de violencia hacia la pareja.

- Hay autores, los mínimos, que establecen una **relación directa** entre consumo de alcohol y agresividad. Son pocos los autores, destacando Bennett[30], y Hines y Douglas[31], que afirman que los hombres violentos muestran mayor impulsividad e ira, y presentan mayor consumo de alcohol y otras sustancias de abuso, que los hombres no violentos, haciendo **responsables directas** a dichas sustancias de abuso de la destrucción del sistema familiar. Por tanto, relacionan directamente el consumo de alcohol (agudo o crónico) y otras sustancias de adicción por parte del hombre con la violencia ejercida hacia su pareja, y afirman que un nivel elevado de alcoholismo predice la conducta violenta.
Estudios realizados fuera del ámbito carcelario, como el de Kantor y Straus, valoran que los hombres que ejercen violencia hacia sus parejas son más propensos a consumir alcohol y drogas de manera habitual, y que, en el momento de cometerse una agresión, aproximadamente en
el 15% al 20% de los casos uno de los dos miembros de la pareja o ambos han bebido alcohol, y un 8% han consumido drogas.

[28] Lipsky S, Krupski A, Roy-Byrne P, Lucenko B, Mancuso D, Huber A. Effect of co-occurring disorders and intimate partner violence on substance abuse treatment outcomes. Journal of Substance Abuse Treatment. 2010;38:231-44.

[29] Oberleitner LMS, Mandel DLCSW, Easton CJ. Treatment of co-occurring alcohol dependence and perpetration of intimate partner violence: the role of anger expression. Journal of Substance Abuse Treatment. 2013;45:313-8.

[30] Bennett LW. Substance abuse by men in partner abuse intervention programs: current issues and promising trends. Violence and Victims. 2008;23:236-48.

[31] Hines DA, Douglas EM. Alcohol and drug abuse in men who sustain intimate partner violence. Aggressive Behavior. 2012;38(1):31-46.

Bennett recoge en su estudio que es ocho veces más probable que se produzca un episodio violento un día en que un hombre ha consumido alcohol que un día en que ese mismo hombre no lo ha hecho. Se demuestra que existe tal relación durante las intervenciones, de manera que si una persona que consume sustancias de adicción y agrede a su pareja sigue un tratamiento de desintoxicación, se va a producir una disminución tanto en sus consumos como en la violencia.

- Entre los autores que **no establecen tal relación**, destacan Miller[32] y Testa *et al*.[33], quienes abogan por una postura contraria y no consideran el consumo de alcohol como un factor favorecedor del empleo de la violencia, sino al contrario, consideran que **el empleo de violencia en la pareja contribuye al consumo de alcohol**, tanto en el agresor como en la víctima. Añaden que el consumo de alcohol en una mujer no es un factor predictor de sufrir violencia de género. Sin embargo, el hecho de sufrir dicha violencia si es un factor predictor de poder padecer ansiedad y depresión, así como de consumir alcohol (y otras sustancias de adicción) en un futuro, entendido como una forma de deseo de disminuir el efecto negativo del maltrato sufrido y buscar alivio o refugio en él (consecuencia de dicha violencia).

Hirschel y Hutchison[34] afirman en su estudio que hay una tendencia popular a pensar que la violencia en la pareja es siempre perpetrada hacia una mujer por un hombre generalmente bajo los efectos del alcohol o de las drogas, excusando su conducta en tales consumos. Consideran que la violencia en la pareja incluye posibilidades como que sea la mujer la causante de esta, o que se perpetre entre parejas del mismo sexo, y no consideran que el alcohol sea un agente causante de tal violencia. No obstante, centran su estudio en los casos de violencia perpetrada por un varón hacia su pareja mujer, y valoran que en la mayoría de estos casos no está presente el consumo de alcohol o de sustancias de adicción.

***Importancia del consumo de alcohol por parte de la mujer***

Aunque la mayoría de los estudios hablan del consumo de alcohol por parte del hombre relacionado con la violencia ejercida hacia la mujer, muy pocos han investigado la posible relación entre **el consumo de alcohol y la conducta violenta de la mujer hacia**

[32] Miller BA. Partner violence experiences and women's drug use: exploring the connections. En: Wetherington CL, Roman AB, editors. Drugs addiction research and the health of women. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse; 1998. NIH Publication No. 98-4290. p. 407-16.

[33] Testa M, Livingston JA, Leonard KE. Women's substance use and experiences of intimate partner violence: a longitudinal investigation. Addictive Behaviors. 2003;28:1649-64.

[34] Hirschel D, Hutchison IW. The interrelationship between substance abuse and the likelihood of arrest, conviction and re-offending in cases of intimate partner violence. Journal Family Violence. 2010;25:81-90.

**su pareja**, mostrando **resultado negativo** o sin resultado evidente en su gran mayoría. Destacan los estudios de Cunradi *et al.*[35], Klostermann y Falas-Stewart[36], que ponen de manifiesto que en el caso de que sea la mujer la que beba no se establece relación entre el consumo de alcohol y el empleo de agresividad unidireccional (por parte de uno de los dos miembros de la pareja) o bidireccional, y que la evidencia a la hora de ejercer violencia en la mujer es menor que cuando es el hombre quien bebe. Si es el hombre el que consume alcohol, los resultados son contrarios y sí se asocia dicho consumo con el empleo de violencia, tanto hacia su pareja como de manera mutua. Caetano *et al*.[25] son de los pocos autores que relacionan el consumo de alcohol por parte de la mujer con el empleo de violencia bidireccional.

Autores como Downs *et al*.[37], y Kantor y Straus[38], afirman que también es importante tener en cuenta el consumo de alcohol por parte de las mujeres víctimas de violencia ejercida por los hombres (consumidores y no consumidores), ya que tal consumo supone a su vez un aumento de violencia en la pareja.
Con lo anteriormente expuesto queda patente que el consumo de sustancias de adicción y la agresión hacia la pareja se producen en muchas ocasiones de manera conjunta.

**LA MUJER CONSUMIDORA Y MALTRATO Y ABUSO.**

En lo que aquí nos concierne también es necesario señalar que la mujer que consume alcohol o drogas es percibida como una mujer promiscua, una «presa fácil» de conquistas sexuales, por lo que es más vulnerable a ser víctima de abusos sexuales o de maltrato. Además, la
mujer que bebe o se droga está más fácilmente identificada con una persona que presenta una cierta «deficiencia moral», por lo que cuando es víctima de maltrato puede tenderse a valoraciones que minimicen la gravedad de la agresión. «Es decir, cuando la sintomatología alcohólica está presente en un juicio por malos tratos en la mujer, su rol de víctima queda parcialmente cuestionado; en cambio, cuando es el

[35] Cunradi CB, Ames GM, Duke M. The relationship of alcohol problems to the risk for unidirectional and bidirectional intimate partner violence among a sample of blue-collar couples. Violence and Victims. 2011;26(2):147-58.
[36] Klostermann KC, Fals-Stewart W. Intimate partner violence and alcohol use: exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. Aggression and Violent Behavior. 2006;11:587-97.
[37] Downs WR, Miller BA, Panek DD. Differential patterns of partner-to-woman violence: a comparison of samples of community, alcohol-abusing, and battered women. Journal of Family Violence. 1993;8:113-35.
[38] Kantor GK, Straus MA. The "drunken bum" theory of wife beating. En: Straus MA, Gelles RJ, editors. Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8,145 families. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers; 1990. p. 203-334.

hombre el que presenta la enfermedad alcohólica, la percepción tiende a ser más benévola para con su delito y su persona» (Altell y Plaza 2005: 108)[39].
En esta misma línea, vemos asimismo que la incidencia del abuso sexual y los malos tratos en los niveles de adicción de las mujeres en un factor determinante: «La incidencia del abuso sexual y malos tratos entre las adictas europeas estudiadas (69%) es muy superior a los datos de la población femenina general (20-25%)» (Llopis et al. 2005: 154)[40]. De hecho, podemos decir que es esta la relación más unívoca que podemos encontrar entre el maltrato y la violencia sexual y el consumo de drogas. Pero curiosamente, desde un planteamiento que busca la incidencia de las drogas en el comportamiento violento, es una relación inversa a la esperada. Según Llopis et ál.: «En las mujeres adictas la alarmante incidencia de antecedentes de abuso sexual y malos tratos en la infancia provocan trastornos del comportamiento y de personalidad del tipo del trastorno por estrés postraumático, que llevan al desarrollo de conducta dependiente-sumisa (interiorización de la dominación) y al consumo de drogas. A partir de este momento su historia de vida se convierte en una espiral en la que, interminablemente, se suceden el abuso de sustancias, los malos tratos y la dependencia emocional... Es necesario un planteamiento de prevención y tratamiento de la adicción con perspectiva de género. El discurso entonado alrededor de la violencia de género debe incluir a las mujeres adictas ya que constituyen la población de mayor riesgo y la menos atendida» (ibíd.: 155). Teniendo en cuenta estas y otras diferencias en la drogadicción femenina, se ha detectado la necesidad de tratamientos específicos para las mujeres que no solo tengan en cuenta factores biológicos, sino también factores de interacción, familiares, intergeneracionales, sociales y culturales. Y los estudios de los últimos años llegan a la conclusión de que el sexo debe ser tenido en consideración en la prevención y atención de drogodependientes.

## PROGRAMA DE INTERVENCION EN EL MEDIO LABORAL SOBRE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS.

La intervención en el medio laboral, tanto en prevención como en atención a los problemas, sea público o privado, es un deber inexcusable de la administración sanitaria en materia de salud mental y uso de drogas. No es un medio muy trabajado por las peculiaridades que presenta respecto a otros como el medio comunitario o escolar; por

[39] Altell Albajes,Gemma y Montserrat Plaza Aleu (2005). «Abuso de alcohol y violencia doméstica desde una perspectiva de género». En Salud y Drogas, vol. 5, n.º 2, diciembre 2005. Monográfico. «Drogas y género», págs. 99-115.
[40] Llopis, Juan José, Agurtzane Castillo, Montse Rebullida y Paolo Stocco (2005). «Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención». En Salud y Drogas, vol. 5, n.º 2, diciembre 2005. Monográfico. «Drogas y género», págs. 137-135.

su mayor complejidad por la presencia de múltiples actores, y además en ocasiones con intereses encontrados para implementar acciones preventivas y de tratamiento.

En todo caso debe ser un objetivo de la salud publica en materia de salud mental y adicciones intervenir en este medio. En los dos componentes del SCATASM que inciden: la prevención y asistencia, vamos a ver que roles deben asumirse:

- **Desde la salud pública:**

- Planificar la acción global sobre la prevención y asistencia en el medio laboral. Evaluar su cumplimiento.

- Diseñar e implementar los programas de prevención universal, selectiva e indicada en este medio. (hay actividades laborales de riesgo y condiciones de trabajo que favorecen la aparición de estos problemas)
- Implementar un sistema estudios y de información sobre el impacto en este medio de la salud mental y el uso de alcohol, drogas y otras adicciones.
- Articular la participación de los agentes sociales en la política sobre el tema.
- Articular la participación interinstitucional conforme a como se establezca de modo normativo, en especial riesgos laborales, salud laboral, trabajo, salud pública, servicios sociales.
- Hacer seguimiento del tratamiento de la salud mental y las adicciones que se deriva desde las empresas al sistema público o concertado.

- **Desde el SUS: Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC)**

- Articular sobre el terreno el programa de intervención en el medio laboral en las empresas de la zona.
- Apoyar la capacitación de delegados de prevención, servicios médicos de empresa, servicios ajenos, empresarios y trabajadores, en adicciones y medio laboral.
- Recepcionar las demandas de intervención por parte de las empresas conforme al protocolo de referencia establecido.
- Implementar las intervenciones comunitarias oportunas en red con los recursos del área.

Hay que tener en cuenta unas consideraciones para ejercer esta labor:

• La primera de ellas es que el medio laboral debe ser considerado como un elemento más de la actividad preventiva ante el consumo de sustancias, en el mismo nivel que la prevención escolar, familiar, comunitaria entre otras. Esto supone que no debemos intervenir de modo exclusivo en el medio laboral, y, por tanto, deberemos incluir las

acciones previstas en programas o planes más amplios que se complementen y actúen de modo sinérgico desde el medio laboral, escolar, familiar y comunitario.

• En segundo lugar, que las acciones que se desarrollen en el medio laboral deben tener en consideración las especificidades propias de este medio. Especialmente que este entorno no es un medio social abierto, sino que está regido por normas propias de cada organización empresarial particular. Además, el medio laboral conlleva más exigencias de ejecución de tareas y de comportamiento adaptado al entorno, mucho más específicas que en el medio familiar e incluso escolar. Por ello, se deberán diseñar programas individualizados para cada empresa o entorno laboral, de forma que en cada caso se dé respuesta a las necesidades que se plantean.

• En tercer lugar, las actividades de prevención deben ir ligadas a los objetivos de informar a toda la organización sobre las sustancias y
los efectos de su utilización en la ejecución específica a nivel motor y la actividad sensoperceptiva de tareas laborales, procurando la mayor concreción posible respecto a las habilidades específicas que requiere la actividad laboral. Por tanto, deben ser objetivo de la prevención, la salud individual de los individuos de la organización, la salud colectiva en lo referente a que no se ponga en peligro la salud de otros por el consumo de sustancias, y la prevención de riesgos laborales que puedan derivar en accidentes.

• En cuarto lugar, por razones de eficacia en la prevención y también en el diseño de planes de intervención, los programas aun siendo comunes para toda la organización deben diferenciar el colectivo
objeto de la información o de las acciones, y tener en consideración la perspectiva de género. Por ello, se deben considerar, al menos, estrategias diferenciadas para los empleados y la dirección, y para mujeres y hombres. Además de ser conveniente que especialmente se contemple actividad formativa dirigida a departamentos de gestión de recursos humanos, para delegados de prevención y para servicios médicos de empresa, que, aun teniendo unos objetivos comunes, aporte estrategias diferenciadas para cada uno, ya que sus necesidades o prioridades pueden ser diferentes.

Existen también otras consideraciones que, desde el punto de vista de los programas de prevención de drogodependencias, apoyan la necesidad de impulsar la actuación en los entornos laborales, como, por ejemplo:

- Aunque hasta hace unos años el consumo de drogas estaba relacionado con la marginalidad y el desempleo, en estos últimos años se observa una tendencia hacia la "normalización" del perfil de consumidor de drogas. El estar empleado es cada vez más una condición que acompaña a la drogadicción. Por otro lado,

el grave problema del consumo abusivo de bebidas alcohólicas se produce tanto en jóvenes como en adultos, en edad laboral.

- El medio laboral es el lugar donde afloran los problemas de abuso de sustancias por primera vez. Por ello, la detección precoz en este entorno de los mismos es una tarea de gran interés. Y, también, posibilitar las vías para una ayuda rápida siempre desde un contexto de protección de la salud del afectado.

- Existe tradicionalmente en la literatura de los programas de prevención sobre drogodependencias una constante que se refiere a la gran dificultad de captar a los varones adultos y jóvenes para la participación en programas escolares o familiares sobre prevención. Mayoritariamente son las mujeres las que reciben los mensajes preventivos y actúan como agentes de salud.

Pues bien, el entorno laboral aglutina una gran parte de los varones y, por tanto, puede ser un lugar idóneo sobre el que actuar para que los mensajes preventivos les lleguen de modo muy directo. Es decir, podemos mejorar la implicación de los hombres en la prevención realizada en otros contextos como el escolar o familiar; además de que ellos mismos sean objeto de la actividad preventiva.

La prevención de riesgos laborales, o que afectan al Ámbito Laboral, se reconoce, así como un derecho de los trabajadores y un deber de las empresas. El desarrollo de una adecuada política preventiva (informativa, de protección y de sensibilización), en relación con las drogas, constituye un elemento importante de cualquier iniciativa de protección de la salud desde el medio Laboral. Para alcanzar estos objetivos, debemos de adoptar una política de empresa para desarrollar un conjunto de acciones que nos van a permitir alcanzar las metas propuestas.

**MODELO PROPUESTA DE IMPLEMENTACION DE UNA POLITICA SOBRE DROGAS EN EL MEDIO LABORAL DESDE SALUD PUBLICA Y EL SUS (CAIFC)**

EL MODELO DE LOS SIETE PASOS



**1.- CONOCER PARA ACTUAR.**



**2.- COORDINACIÓN.**



**3.- FORMAR UN GRUPO DE SEGUIMIENTO.**



**4.- ESTABLECER OBJETIVOS DEL PROGRAMA.**



**5.- FIJAR UN CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN.**



**6.- DISEÑAR UNA ESTRATEGIA DE INFORMACION SOBRE EL PROGRAMA Y SOBRE LOS RIESGOS.**



**7.- ELABORAR UNA NORMA INTERNA O REGLAMENTO INTERNO.**

**1.- Conocer para actuar.**

Se trata de conocer la situación inicial de la empresa respecto al uso de alcohol y drogas.

¿EN QUE ASPECTOS?

A.- Cuáles son las actitudes y las conductas de los trabajadores y la dirección respecto al abuso de alcohol y tabaco.
B.- Qué opinan los distintos sectores de la empresa respecto a los programas de prevención y tratamiento del uso de alcohol y drogas en el medio laboral.
C.- Líneas base de posibles indicadores de medición de impacto de drogas en le empresa.
D.- Nivel de información sobre el tema: implementar sesiones de puesta en común y difusión del material de referencia.

## 2.- Coordinación Interna y Externa.

. - **coordinación interna:** fijar una figura de liderazgo interno a la empresa; determinación de responsabilidades dentro de la empresa con el programa; redactar un acuerdo de colaboración conjunta de coordinación interna (reglamento interno).

. - **coordinación externa**: Requisitos de la misma:

- Conocer el contexto de prevención de adicciones donde está la empresa ubicada (estatal, departamental, municipal, asociativo)
- Contactar con Salud Pública y SUS (CAIFC) y Trabajo para establecer una coordinación y aprovechamiento de sinergias conjuntas.
- Alinear las iniciativas de prevención y tratamiento en empresa con las de orden escolar, familiar, comunitarias.

## 3.- Formar un grupo de seguimiento.

Se puede realizar desde comités ya constituidos como comités de empresa o de seguridad y salud: se recomienda uno específico (al menos inicialmente a medio plazo). Debe formar parte de él, el coordinador de la política sobre drogas designado por la dirección.

## 4.- Establecer objetivos del programa.

¿COMO SE ELIGEN LOS OBJETIVOS?

- ✓ Realistas y justificados.
- ✓ Adaptados a las necesidades de cada empresa (que actúen sobre problemas detectados).
- ✓ Acordes con la legislación vigente y
- ✓ Cuantificables
- ✓ Que permitan su evaluación posterior.

TIPOLOGIA DE OBJETIVOS (RELACIONADOS CON INDICADORES): Preventivos y asistenciales.

## 5.- Fijar un cronograma de implementación

**Mes 1 a 2: periodo de definición de la política**

determinar las líneas base, realizar encuesta anónima, hacer grupos focales y proponer los programas preventivos y asistenciales

**Mes 3 a 5: consolidación de estructuras de funcionamiento y aprobación de los programas de actuación.**
Fijar la figura de coordinación, determinar el comité de seguimiento, establecimiento de responsabilidades, aprobación del reglamento interno de la política, aprobación de los programas preventivos y asistenciales, redacción de la estrategia coordinación externa (aliados)

**Mes 6: informar a organización del programa.**

## 6.- Diseñar una estrategia de información sobre el programa y sobre los riesgos.

Información a toda la organización del programa

- ✓ razones que han llevado a iniciar una política.
- ✓ objetivos propuestos.
- ✓ ventajas para la organización y trabajadores (mejora de salud individual y colectiva, mejora condiciones laborales)
- ✓ sobre los programas de prevención y tratamiento
- ✓ difusión de los materiales de información y pagina web.
- ✓ reglamento que rige los programas
- ✓ elegir los canales adecuados de información.

## 7.- Elaborar una norma o reglamento internos.

¿Qué es el reglamento interno?

Es un documento formal donde se describen con claridad las iniciativas sobre prevención y asistencia relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, que una empresa acuerda llevar a cabo, así como la forma en que se desarrollarán. Y los compromisos adquiridos de dirección, trabajadores y representantes sindicales

CONTENIDOS DEL REGLAMENTO

- ✓ Describe claramente lo que significa la aplicación del programa de prevención y asistencia.
- ✓ Determina el marco legal de las actuaciones.

- ✓ Describe los protocolos de actuación en caso de sospecha consumos y de riesgos.
- ✓ Establece los canales de comunicación internos.
- ✓ Describe claramente cómo se reparten las responsabilidades para la puesta en marcha y ejecución del programa, cada cuándo debe ser revisado y en función de qué indicadores.

**PROPUESTA DE POLÍTICA DE EMPRESA EN ALCOHOL**

*"LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA ES EL ENFOQUE EN RELACION CON EL USO DE DROGAS, NO EL ENFOQUE PUNITIVO"*

- Supresión de la venta y suministro de alcohol dentro del recinto de la empresa.
- Detección precoz de bebedores excesivos o de riesgo (a través del Servicio de Personal, Recursos Humanos o Salud Laboral).
- Detección de problemas relacionados con el alcohol (a través del supervisor inmediato, o los Servicios de Personal, Recursos Humanos o Salud Laboral.
- Oferta a bebedores excesivos y a enfermos alcohólicos, de atención personalizada confidencial para reducir el consumo o para superar la enfermedad (desde la propia empresa o derivando la atención de la persona a un servicio especializado exterior, público o privado).
- En caso de aceptación de ayuda, asegurar la confidencialidad, y proteger la seguridad del puesto de trabajo.
- En caso de no aceptación de ayuda y de que el problema continúe o se agrave, aplicación de medidas disciplinarias escalonadas, evitando que éstas sean irreversibles.

**PROPUESTA DE LA POLITICA EN RELACIÓN CON LAS DROGAS**

*"LA PERSPECTIVA DE SALUD PÚBLICA ES EL ENFOQUE EN RELACION CON EL USO DE DROGAS, NO EL ENFOQUE PUNITIVO"*

- Prohibición de acudir al trabajo y permanecer en él, bajo los efectos de las drogas y el alcohol.
- Acuerdo para la realización de controles de drogas.
- Detección consumidores (a través del Servicio de Personal, Recursos Humanos o Salud Laboral).
- Detección de problemas relacionados con las drogas (a través del supervisor inmediato, o los Servicios de Personal, Recursos Humanos o Salud Laboral.

- Oferta de tratamiento voluntario confidencial (desde la propia empresa o derivando la atención de la persona a un servicio especializado exterior, público o privado).
- Proteger la seguridad del puesto de trabajo. En caso de rechazar ayuda, actuar por acuerdo sobre aplicación de medidas escalonadas, evitando que sean irreversibles.

**Régimen de Sanciones**

El reglamento interno debe definir una gradación de faltas leves, graves y muy graves, y las consecuencias y sanciones de las mismas. Las sanciones deben ofrecer la posibilidad de establecer plazos para la corrección o mejora del problema.

**Incentivos**

El texto del reglamento debe contemplar una política de incentivos por la consecución de objetivos que ayuden a facilitar los cambios respecto al uso de alcohol y drogas
- oferta de gratificaciones por buenos servicios
- oferta asistencial dentro de la empresa
- autorización de ausencias del trabajo para enfermos alcohólicos o toxicómanos que se comprometan a seguir un tratamiento en servicios especializados fuera de la empresa.
- garantía de confidencialidad y de conservación del puesto de trabajo, sin contemplar sanción alguna, siempre que la persona afectada manifieste interés y esfuerzo por la curación.

**Difusión del reglamento**

- El reglamento debe difundirse después que se haya dado suficiente información general respecto a los problemas asociados al uso de alcohol y tabaco, y respecto al programa de prevención y asistencia.

- Antes de presentar el reglamento a todos los empleados, el coordinador y el grupo de trabajo del programa, deben asegurarse de que todas las personas que ocupan alguna posición de responsabilidad en la empresa:
  - Entienden el reglamento y las razones por las que se ha adoptado.
  - Conocen el proceso que ha llevado a su formulación.
  - Saben cómo y en qué plazos se irá aplicando.
  - Entienden cómo se supervisará su aplicación.
- Una vez adoptado el reglamento deberá darse a conocer también en el momento de formalizar nuevos contratos.

## PROGRAMA DE INTERVENCION DEL EL MEDIO ESCOLAR DE PROMOCION Y PREVENCION, Y ASISTENCIA SOBRE ALCOHOL, Y OTRAS DROGAS.

El Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las adicciones y la salud mental, por su enfoque comunitario tiene que trabajar en Red con los centros educativos de su área de cobertura. Por el hecho de ser un medio que comprenden la gran mayoría de los niños, los adolescentes y jóvenes, es un lugar idóneo para trabajar en la prevención de la salud mental y las adicciones y también para intervenir en casos que se detecten en este medio.
En este sentido, las responsabilidades dentro del SCATASM, para ejercer la intervención en este medio desde el ámbito de la salud son:

- **Desde la salud pública:**
  - Planificar la acción global sobre la prevención y asistencia. Evaluar su cumplimiento.
  - Diseñar e implementar los programas de prevención universal, selectiva e indicada.

  - Implementar un sistema de información sobre el impacto en este medio de la salud mental y el uso de alcohol, drogas y otras adicciones.
  - Articular la participación de la sociedad civil en la política sobre el tema.
  - Articular la participación interinstitucional conforme a como se establezca de modo normativo.
  -Elaborar la normativa en materia de alcohol, tabaco, y otras drogas en lo referido a su impacto social y para la salud.
  - Hacer seguimiento del tratamiento de la salud mental y las adicciones dentro del SUS, asegurando en especial: la equidad de la atención, la accesibilidad a los servicios, la calidad de la atención, la perspectiva de género y la atención a la vulnerabilidad.

- **Desde el SUS: Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC)**

- Articular sobre el terreno el programa de intervención en el medio escolar que se debe elaborar en coordinación con los centros escolares y autoridades educativas.
- Apoyar a los centros educativos en la capacitación de maestros y directores en la perspectiva de salud pública en uso de drogas.
- Recepcionar las demandas de valoración por parte de los centros educativos conforme a protocolo de referencia establecido.
- Implementar las intervenciones comunitarias oportunas en red con los recursos del área.
- Desarrollar los tratamientos oportunos cuando sea procedente, así como las referencias oportunas a el nivel secundario y terciario.
- Contrarreferenciar al centro educativo de origen.

Para tener una aproximación propuesta de un protocolo desde esta perspectiva, se expone los principios y etapas del mismo. Nos centramos en un hecho habitual como es la detección de uso de drogas en el centro escolar. Este hecho, desencadena una intervención comunitaria de apoyo para tratar el problema que comprende la implementación de programas preventivos y una intervención de apoyo y tratamiento si procede.

**PROTOCOLO GENERAL PARA LA INTERVENCIÓN SOBRE PRESENCIA DE DROGAS EN CENTROS EDUCATIVOS: PROPUESTA DE ENFOQUE DESDE LA SALUD PUBLICA Y LA EDUCACIÓN.**

La aplicación de un enfoque de salud pública en la elaboración e implementación del protocolo de intervención en caso se presencia de drogas en centros educativos, supone que cuando estamos ante una situación de consumo de drogas, la aproximación debe ser, en primer lugar, desde intervenciones sociales y sanitarias y no intervenciones punitivas o judiciales, como sí sucede con el tráfico de drogas ilícitas. La presencia de drogas en un centro educativo se entiende como una infracción de la norma interna y el Plan de Convivencia del centro. El consumo de sustancias sea dentro o fuera del centro educativo, es un problema de salud y debe ser tratado como tal, preservando la seguridad y salud del resto de alumnos y el centro en su conjunto. De hecho, hay alumnos que tienen un problema con las drogas legales o ilegales fuera del centro educativo y en su entorno familiar y comunitario, y trasladan el problema al interior del mismo. Por ello, el enfoque del problema no se debe limitar al Centro Educativo y convertirlo exclusivamente en un problema policial.

El enfoque de salud pública implica una coordinación o colaboración de la comunidad donde está inserto el Centro Educativo, de modo que es un elemento más de toda la Red Comunitaria de abordaje de las adicciones, junto con su centro de salud, programas sociales de familia
y menores, ONG que trabajan en esa zona, comisarías de policía, y otros.
La Estrategia básica debe ser entonces global y primordialmente educativa, rehabilitadora y de recuperación en el entorno social.

**FASES DEL PROTOCOLO GENERAL**

La propuesta de protocolo debe enmarcarse en las consideraciones anteriores referidas en el apartado de requisitos necesarios para implantar un protocolo, a saber:
•Formar parte de parte de una política global en materia de prevención de adicciones en el medio educativo.
•De ser tratado de modo diferenciado, pero complementario, y simultáneo respecto a la prevención universal o selectiva e indicada. NO mezclar ambas estrategias de control y de reducción de la demanda.

•Debe ser aprobado dentro de un Plan de convivencia del Centro que contemple una "normativa interna o reglamento" en materia de drogas en el centro educativo.
•Debe tener diseñado un sistema de evaluación del protocolo.
•Debe disponer de una especificación de actuación con perspectiva de género que determine acciones diferenciales para alumnas y alumnos.
•Tiene que tener constituida una Comisión de seguimiento y evaluación del protocolo en el centro escolar.

**FASES DEL PPDCE (Protocolo intervención sobre la presencia de drogas en centros Educativos)**

**FASE I: Detección del Caso**

A.- La detección de un caso forma parte de la dinámica general del centro tanto educativa, como de convivencia del centro, de modo que al igual que otros problemas de salud pública como la anorexia o bulimia, la depresión infanto-juvenil, la violencia de género, el acoso escolar, y otros, aparece el uso de drogas. Por ello, los mecanismos de trabajo del problema deben seguir los mismos parámetros que los anteriores.

B.- Es verdad que al ser un comportamiento que puede constituir un delito y tener consecuencias penales y administrativas, debe ser tenido en cuenta en todo momento lo referido a la seguridad del resto del
alumnado, profesores y familias, lo que puede determinar que la gravedad del hecho haga necesaria la intervención de la Defensoría de la niñez y adolescencia e incluso la policía. En cualquier caso, serán casos excepcionales, respecto a la mayoría de los casos que se van a presentar que se enmarcan en el ámbito de la vulnerabilidad socio familiar, y la salud.
El procedimiento penal y policial debe formularse aparte de esta propuesta como parte de los procedimientos disciplinarios del centro, al igual que otros casos delictivos como violencia intra escolar, acosos etc.
La norma interna, como se señaló antes, se rige por la perspectiva educativa y de salud pública y desiste, inicialmente, de aplicar medidas punitivas o judiciales como principio de acción.

C.- Para el procedimiento detección del problema tras la sospecha o confirmación visual, es necesario que el responsable del protocolo de intervención, y los profesores en general y la dirección este formados en

detección de consumos de drogas, manejo de casos y herramientas de cribado o despistaje, y formación en protocolos o criterios de referencia y contrarreferencia (derivación a dispositivos sociales y de salud externos).

**FASE II: Valoración de los hechos**

A.- Este proceso conlleva el conocimiento de lo acontecido de modo que el responsable del protocolo recaba toda la información lo más objetiva posible, con una entrevista al alumno/os y con la familia sobre lo ocurrido. En la misma se expondrá lo referido a las consecuencias de la violación de las normas del centro en materia de drogas.

B.- Recolección de los resultados de las pruebas de detección y nivel de consumos, estado mental y físico visuales, realizadas por el profesor o persona de referencia.

C.- Emisión de informe ejecutivo para el director del Centro y reunión de la comisión de Convivencia del centro.

D.- Propuesta de intervención y medidas disciplinarias si proceden.

**FASE III: Derivación a recursos comunitarios (CAIFC)**

A.- En esta fase se aplica el procedimiento de referencia a dispositivos comunitarios del ámbito de la salud y los servicios sociales, que previamente ha debido ser redactado de modo conjunto. De este modo, el procedimiento tendrá estabilidad en el tiempo aun cuando hay cambios en los ítems de un lado u otro. En dicho proceso de referencia se realiza un traspaso de los informes y datos recogidos durante las fases anteriores mediante una reunión de coordinación y entrega de documentación.

B.- La tarea básica de los dispositivos comunitarios (CAIFC, SLIM, Defensoría del Menor, SEDEGES) es realizar una valoración psicosocial de los hechos ocurridos en el centro educativo dentro del contexto de la comunidad y la familia; y, por otro lado, un diagnóstico del comportamiento de uso de drogas y de salud mental.

C.- Se debe realizar por parte de los recursos de salud, la determinación del Estadio de cambio para el cambio de comportamiento del consumo de drogas (modelo transteórico de Prochaska y DiClemente,
1982)[41] para establecer la disposición a asumir un proceso de cambio de comportamiento o no. Del mismo modo se debe ubicar el comportamiento con drogas dentro de estrategias de prevención Selectivas o Indicadas.
Esta valoración va a permitir saber el grado de conciencia de problema y las estrategias más adecuadas de intervención.

**FASE IV: Elaboración del Itinerario personalizado de intervención (IPI)**

A.- Con esta valoración conjunta de la vertiente social y de salud, más un diagnóstico de la vulnerabilidad individual y familiar, se propone a la familia y el joven un itinerario personalizado de intervención (IPI) en coordinación con el Centro Educativo. La aceptación de dicho itinerario o no, será determinante para la adopción de medidas disciplinarias y/o judiciales, en caso de ser procedente por la falta cometida.

B.- El IPI debe primar que el alumno/a no pierda clases y le suponga un retraso académico, por esto se debe priorizar planes de intervención ambulatorios y comunitarios abiertos, por delante de lo cerrados tipo Comunidades Terapéuticas. En caso de precisar este tipo de programa, se podría adaptar un personalizar para cada caso las exigencias y requisitos terapéuticos para minimizar el impacto académico.

[41] DiClemente C.C., Prochaska, J.O.: "Self-Change and Therapy Change in smoking behavior: A comparison of processes of change of cessation maintenance", Addictive Behaviors, 7:133-142.

**FASE V: Devolución al centro educativo del alumno.**

A.- El IPI una vez realizado se debe poner en conocimiento del centro educativo en reunión de coordinación entre el director, el responsable del protocolo y los docentes que sea oportuno. El propósito es marcar
las pautas de intervención para desarrollar en el centro escolar, a la par que las que se desarrollan de las unidades de tratamiento y programas sociales comunitarios. Y establecer los mecanismos de comunicación y seguimiento conjunto del caso.

B.- Se debe elaborar un procedimiento de contrarreferencia de los dispositivos comunitarios hacia el centro escolar, de modo que quede

documentado y procedimentado el proceso y pueda tener estabilidad en el tiempo aun cuando hay cambios en los ítems de un lado u otro.

C.- Entre la información que se debe trasladar al centro educativo debería constar:

. - Diagnóstico de vulnerabilidad familiar y social.
. - Diagnóstico del uso de drogas y de salud mental.
. - Diagnóstico jurídico legal derivado de los hechos.
. - IPI: itinerario personalizado de intervención.

**FASE VI: Intervención.**

A.- Las acciones del proceso de intervención por áreas, a modo orientativo podrían ser:

. - **Ámbito Educativo:** medias preventivas selectivas o indicadas en especial por trabajo con iguales mediadores e implicación familiar y centro educativo en su conjunto. Las acciones sancionadoras y disciplinarias, si procede, como se señaló en la declaración normativa interna del Centro educativo, serán un último recurso en caso de fracasar el IPI.
. - **Ámbito Socio-comunitario:** Trabajo en medio abierto de educación social y familiar, inclusión en programas de prevención del delito con consumidores de drogas, seguimiento del IPI en la vertiente social y familiar.
. - **Ámbito de salud:** tratamiento del abuso o adicción, tratamiento de salud mental, ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación si procede.

B.- Como ya se ha señalado antes, y con el fin de proteger el rendimiento académico, se deben priorizar intervenciones ambulatorias sobre las de régimen cerrado.
C.- Se recomienda que se trabaje en el centro escolar con un programa de mediación entre iguales con el/los alumnos/as implicados en la intervención, porque se puede amplificar mucho el impacto de las medidas de salud y sociales que se implementen.

## PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA POBLACIONES INDÍGENAS.

Los recursos comunitarios para la salud mental son particularmente
relevantes para la población indígena y comprenden tantos recursos tradicionales, ligados a sus culturas de origen, como nuevas estrategias surgidas de la solidaridad comunitaria. Las prácticas tradicionales en las comunidades indígenas de América Latina pueden dividirse, en general, en las de carácter personalista, orientadas a la relación social de la persona y al mantenimiento de las normas culturales, tales como las prácticas rituales y de oración, y las de carácter naturalista,
orientadas a restablecer el balance humoral del organismo, basadas en la herbolaria medicinal y en técnicas de manipulación corporal.

Desde esta perspectiva, los problemas de salud mental de los pueblos
deben entenderse en el contexto de violencia estructural y cambio social sin control cultural que enfrentan los grupos, especialmente los más vulnerables, como es el caso de los indígenas (Desjarlais y otros, 1995). Varios estudios muestran que el mundo de los pueblos originarios está marcado por el colapso demográfico, la usurpación, la pobreza, la marginalidad, la represión y la subordinación de sus culturas, como legado de la conquista europea que se mantiene hasta nuestros días (Desjarlais y otros, 1995; Young, 1990; CEPAL, 2007). En varias investigaciones se ha vinculado precisamente la violencia estructural con las altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia que
existen actualmente en los pueblos indígenas. Además, se ha demostrado que estos traumas sociales han impactado de manera preponderante a los jóvenes y que podrían estar en la base de la mayor prevalencia de problemas mentales que presentan hoy día los jóvenes indígenas respecto de sus mayores y de sus pares no indígenas (Cohen, 1999, Kirmayer, Mac Donald y Brass, 2000).
A pesar de la heterogeneidad de situaciones, las cifras disponibles en
América Latina reflejan dos tendencias: a) que existe una mayor mortalidad por suicidio en pueblos indígenas respecto de los no indígenas, sobre todo en edades jóvenes, y b) de manera complementaria, que la incidencia de muertes por suicidio en jóvenes se está incrementando más que en otros grupos etarios. Así, desde hace varios años se observa en la región un aumento en el número de suicidios de niños, adolescentes y jóvenes indígenas en la Argentina, el Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua, el Paraguay y la República

Bolivariana de Venezuela. La situación anterior ha traído como consecuencia una preocupación creciente por parte de las organizaciones y comunidades indígenas y organismos internacionales sobre este tema (UNICEF, 2010).

## Norma legal de apoyo.

**DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE**
**LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. Resolución aprobada por la Asamblea General 61/295.**

Artículo 21
1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.
2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

Artículo 23
Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar
10
activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24
1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés
vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel

más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

**LEY Nª 3897, 26 DE JUNIO DE 2008 (RATIFICACION DE DECLARACION DE DERECHOS DE PUEBLOS INDIGENAS)**

Artículo 1°. - Modificase el Artículo 0° de la Ley N° 3760 de 7 de noviembre de 2007, con el siguiente texto:

"De conformidad al artículo 59, atribución 12° de la Constitución Política del Estado, se elevan a rango de Ley los 46 artículos de la Declaración de las Naciones Unidas, sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada en el 61 ° Período de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), realizada en Nueva York el 13 de septiembre de 2007."

**LEY N.ª 450, DE 4 DE DICIEMBRE DE 2013 de LEY DE PROTECCIÓN A NACIONES Y PUEBLOS INDÍGENA ORIGINARIOS EN SITUACIÓN DE ALTA VULNERABILIDAD**

**CAPÍTULO II**

**MECANISMOS DE PREVENCIÓN**

**ARTÍCULO 7. (ÁMBITO DE SALUD).**

Ante enfermedades y epidemias que amenacen la salud y existencia, de los titulares de la presente Ley, en el marco del modelo Plurinacional de salud, deben adoptarse medidas relacionadas a su situación de alta vulnerabilidad, activándose los siguientes mecanismos de prevención:

1. Ejecutar estrategias particularizadas y contextualizadas de salud intercultural integral, que contemplen acciones sistemáticas, sostenidas y rigurosas para evitar la muerte y el deterioro de la salud de los titulares de la presente Ley, priorizando la atención de las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores.
2. Delimitar las zonas de influencia sanitaria, para el monitoreo constante de vectores endémicos de los titulares de la presente Ley

**ARTÍCULO 8. (ÁMBITO DE DIFUSIÓN Y SENSIBILIZACIÓN).**

Ante diferentes situaciones de alta vulnerabilidad y a fin de lograr una sensibilidad más proactiva y comprometida con el "Vivir Bien", de los titulares de la presente Ley, se activarán los
siguientes mecanismos de prevención:
1. Ejecutar de manera coordinada con el nivel central del Estado y con las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias; estrategias y proyectos de sensibilización dirigidos a las poblaciones mayoritarias, sobre la situación y derechos de los titulares de la presente Ley.
2. Ejecutar programas de información, capacitación formación y sensibilización, adecuando los mismos a las realidades socioculturales de los actores sociales con los que se vaya a trabajar, con especial énfasis en programas educativos para la niñez y adolescencia.

II. La DIGEPIO, deberá implementar programas de capacitación, formación y sensibilización para los servidores públicos vinculados con las temáticas de derechos y políticas públicas que deben llevarse a cabo para los titulares de la presente ley, al objeto de minimizar los impactos negativos.

**MECANISMOS DE PROTECCIÓN**

**ARTÍCULO 11. (ÁMBITO DE SALUD).**

I. Ante la presencia de enfermedades, epidemias, que ataquen la salud y existencia de los sujetos de la presente Ley, deben adoptarse medidas relacionadas a sus situaciones específicas de alta vulnerabilidad, activándose los siguientes mecanismos de protección:
1. Ejecutar de manera urgente, planes de atención oportuna y gratuita en salud familiar comunitaria intercultural, para las comunidades, familias y personas que requieran asistencia médica, priorizando la protección de mujeres, niñas, niños, adolescentes y personas adultas mayores, frente a formas de violencia.

**ARTÍCULO 13. (SITUACIONES DE VULNERABILIDAD).**

7. Creciente población sin acceso a servicios básico, salud y educación

## EL ENFOQUE COMUNITARIO EN LA INTERVENCION CON POBLACION INDIGENA.[42]

En Bolivia la población indígena representa entre 65% y 70% del total. Quechua y aymará son los pueblos mayoritarios. Existen, además, otros pueblos pequeños, todos poseedores de un gran acervo cultural y étnico.

De manera opuesta a la visión biomédica, que considera la depresión como una enfermedad biológica universal causada por un desequilibrio químico en el cerebro, la perspectiva cultural plantea que la depresión es resultado final de la aflicción personal y la realidad social, en el marco de sistemas locales de conocimiento y poder (Kleinman y Good, 1985)[43]. Desde esta perspectiva, en un abordaje intercultural sobre la depresión en jóvenes indígenas se debería tratar de explorar cómo reaccionan estos ante la pérdida y la desesperanza y qué prácticas terapéuticas se construyen en torno a esas reacciones (Oyarce, 2000)[44]. Como un medio de evitar el etnocentrismo en el diagnóstico y tratamiento de la depresión entre los indígenas, especialmente entre los jóvenes, se deberían conocer: a) las fuentes de valor; b) las situaciones de pérdida y metas vitales

bloqueadas en su contexto de vida, y c) la respuesta socialmente organizada ante esas pérdidas o bloqueos vitales (Lutz, 1985)[45], conocida como "trabajo de la cultura". En este proceso, los motivos dolorosos y afectos depresivos privados se transforman en un conjunto de significados y símbolos públicos y legítimos (Obeyesekere, 1985)[46]. Por ejemplo, en las sociedades mapuches de Chile, en los rituales de duelo (eluwun) los sentimientos de pérdida de un ser querido pasan del mundo privado al público. Este "trabajo de la cultura" protege contra la depresión, puesto que hace que la tristeza se disipe. Esta sería la razón por la que la tristeza, que es universal, no necesariamente llega a

manifestarse como enfermedad en sociedades no occidentales (Obeyesekere, 1985; Keyes, 1985[47]).

[42] Salud de la población joven indígena en América Latina: Un panorama general: OMS/OPS/CEPAL. 2011

[43] Kleinman, A. y B. Good (1985), "Introduction and epilogue", Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.

[44] Oyarce, Ana María (2000), "Depression in youth: an international overview", Universidad de Arizona, inédito

[45] Lutz, Catherine (1985), "Depression and the translation of emotional worlds", Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.

[46] Obeyesekere, Gananath (1985), "Depression, Buddhism and the work of culture", Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.

[47] Keyes, Charles (1985), "The interpretative basis of depression", Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder, A. Kleinman y B. Good (eds.), Berkeley, University of California Press.

Otros aspectos fundamentales en el abordaje intercultural de la depresión en jóvenes indígenas se relacionan con el conocimiento y comprensión de:
a) la orientación de la cultura, es decir, si es socio céntrica o egocéntrica; b) la relación entre cuerpo, mente y emociones, y c) el lenguaje de las emociones (Jenkins, Kleinman y Good, 1991)[48]. En este sentido, es urgente avanzar en una investigación intercultural sobre la forma en que se manifiesta la tristeza patológica en los jóvenes, para lo que habría que determinar si es somática o se expresa en términos afectivos.

En términos de riesgo, la tasa de mortalidad por agresiones en jóvenes indígenas (18,2 x 100.000) es más del doble que las tasas de defunciones por esta causa en los jóvenes no indígenas (riesgo relativo [RR]: 2,5). Si bien entre jóvenes indígenas la tasa de suicidio es un poco más baja que la de muertes por agresiones (13,7 x 100.000), la brecha con los no indígenas es más amplia, con un 360% más de riesgo de morir por esta causa en el caso de los indígenas (RR: 4,6)[49].

El concepto de violencia estructural resulta de gran utilidad para entender los determinantes sociales que causan sufrimiento, enfermedad y muerte. Con él se alude a la opresión sistemática relacionada con la pobreza, el racismo y el sexismo; es posible aplicarlo para aproximarse a los procesos que afectan a los pueblos y personas que sufren extrema pobreza, discriminación, hambre, violencia doméstica, migración obligada y desplazamiento (Desjarlais y otros, 1995)[50]. En este sentido, las altas tasas de enfermedad, muerte y autodestrucción, así como la violencia cotidiana por falta de oportunidades vitales, pueden también considerarse violencia estructural (Farmer, 1996)[51].Desde esta perspectiva, los problemas de salud mental de los pueblos indígenas deben entenderse en el contexto de violencia estructural y cambio social sin control cultural que enfrentan los grupos, especialmente los más vulnerables, como es el caso de los indígenas (Desjarlais y otros, 1995). Varios estudios muestran que el mundo de los pueblos originarios está marcado por el colapso demográfico, la usurpación, la pobreza, la marginalidad, la represión y la subordinación de sus culturas, como legado de la conquista europea que se mantiene hasta nuestros

[48] Jenkins, Janis H., A. Kleinman y B.J. Good (1991), "Cross-cultural studies of depression", Psychosocial Aspects of Depression, J. Becker y A. Kleinman (eds.), Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
[49] M. Pedrero y A.M. Oyarce, "Suicidio entre los pueblos indígenas de Chile: aspectos epidemiológicos y contextuales", Santiago de Chile, 2010, inédito
[50] Desjarlais, R. y otros (1995), World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries, Nueva York, Oxford University Press
[51] Farmer, Paul (1996), "On suffering and structural violence: a view from below", Dædalus, Nº 125

días (Desjarlais y otros, 1995; Young, 1990[52]; CEPAL,2007[53]). En varias investigaciones se ha vinculado precisamente la violencia estructural con las altas tasas de depresión, alcoholismo, suicidio y violencia que existen actualmente en los pueblos indígenas. Además, se ha demostrado que estos traumas sociales han impactado de manera preponderante a los jóvenes y que podrían estar en la base de la mayor prevalencia de problemas mentales que presentan hoy día los jóvenes indígenas respecto de sus mayores y de sus pares no indígenas.

Un aspecto central en la comprensión de estas "patologías sociales" en la juventud es el desarraigo y ruptura de un proyecto vital armonioso;

es decir, el quiebre provocado por la contradicciones e inestabilidades del contexto sociocultural, en que se debe formar y consolidar la identidad. En el caso de los jóvenes indígenas, la pérdida y devastación de los territorios, la ruptura de la vida social y espiritual ligada a ellos, la colonización activa (cambio forzados en la organización tradicional) y la acelerada entrada a la modernidad han provocado que sean precisamente los jóvenes las mayores "víctimas del progreso" (Bodley, 1999). Esto se revela principalmente en las altas tasas de suicidio encontradas en jóvenes indígena y ponen en entredicho las supuestas ventajas relativas de ellos en el mundo moderno (Kirmayer, Malud y Boothroyd, 1996)[54]. En síntesis, los daños a la salud que presentan los jóvenes indígenas no pueden entenderse como hechos aislados, sino en el contexto amplio de las condiciones de la vida desventajosas que enfrentan los pueblos indígenas en la actualidad. Prácticamente no hay estudios sobre los factores que protegen a los jóvenes indígenas de los devastadores efectos del legado de la colonización.

No obstante, se podría pensar que, si la gran mayoría de la juventud indígena es sana y muestra resiliencia, se debe principalmente a factores protectores como la espiritualidad y el vínculo con el territorio,la orientación colectiva por sobre la individual, el rol que cumplen la familia extensa y las organizaciones de reivindicación étnica en el soporte social, la falta de estigma de los problemas mentales y el llamado "trabajo de la cultura" (Oyarce, 2000).

En los dos ámbitos más relevantes de la salud de los jóvenes indígenas (la reproductiva y la mental) se ha considerado como una prioridad el enfoque familiar y comunitario. En la mayoría de los pueblos indígenas la familia sigue y siendo la unidad básica de producción y reproducción biológica y cultural, y en ella radican los principales factores de protección para los jóvenes. Por ese motivo, un desdibujamiento de los lazos familiares

[52] Young, A. (1990), "A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (Post Traumatic Stress Disorder)", Knowledge, Power and Practice, S. Lindenbaum y M. Lock (eds.), Berkley, University of California Press

[53] CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), Panorama social de América Latina, 2007 (LC/G.2351-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.07.II.G.124

[54] Kirmayer, Laurence, J. Malud y J. Boothroyd (1996), "Suicide attempted among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors", Acta Psiquiatrica Scandinavica, Nº 94.

y comunitarios, acompañado de un creciente protagonismo de los logros individuales por sobre los colectivos, propicia el surgimiento de nuevos factores adversos. En este sentido, la atención de salud orientada a los jóvenes debe precisamente fortalecer estos vínculos. Potenciar los vínculos comunitarios es prioritario en lo que respecta a la salud mental, pues los estudios han demostrado su peso como factor de protección frente a la depresión, agresiones y suicidio. En este enfoque se debe distinguir la situación de los jóvenes rurales y urbanos. Entre los primeros, el énfasis debería estar en el fortalecimiento del control comunitario, por lo que las estrategias deberían tener base territorial. Entre los segundos, se debería propiciar el vínculo con las organizaciones indígenas surgidas en las ciudades, lo que contribuiría a brindar un soporte social y cultural en estos contextos.

## ESTRATEGIAS COMUNITARIAS DE SALUD MENTAL PARA POBLACION INDÍGENA[55]

Existe amplia evidencia del desarrollo de alternativas exitosas de atención de la salud mental en la comunidad. Los recursos comunitarios para la salud mental son particularmente relevantes para la población indígena y comprenden, tantos recursos tradicionales ligados a sus
culturas de origen, como nuevas estrategias surgidas de la solidaridad comunitaria. Las prácticas tradicionales en las comunidades indígenas de América Latina pueden dividirse, en general, en las de carácter personalista, orientadas a la relación social de la persona y al mantenimiento de las normas culturales, tales como las prácticas rituales y de oración, y las de carácter naturalista, orientadas a restablecer el balance humoral del organismo, basadas en la herbolaria medicinal yen técnicas de manipulación corporal (Foster, 1978; Berlín, 1996).

En América Latina se han desarrollado estrategias comunitarias de promoción y prevención en salud mental, basadas en el desarrollo de una importante base conceptual y práctica en las que se integran la problemática de la pobreza y la marginación (Martin-Baró,1994). Dentro de esas estrategias se encuentran las que favorecen el apoyo de los recursos tradicionales de la medicina indígena y las orientadas al desarrollo de nuevas capacidades dentro del desarrollo comunitario. La estrategia más común, basada en los sistemas locales de salud, procura, mediante la capacitación en el trabajo, la integración de los recursos comunitarios e institucionales.

La formulación de estrategias, se debe considerar la promoción de políticas y programas de desarrollo comunitario que fortalezcan la disponibilidad de recursos para la salud mental y psicosocial. Estas políticas y programas, íntimamente vinculados a los programas de

[55] Programas y Servicios de Salud Mental en Comunidades Indígenas: OMS-OPS.1997

desarrollo y modernización económica adaptados a los sistemas de producción indígenas, son de importancia particular para estas
comunidades.

## CARACTERISTICAS DEL MODEL COMUNITARIO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA PUEBLOS INDÍGENAS

La situación de la salud mental de la población indígena del país guarda una estrecha relación con las condiciones de pobreza, marginación y violencia que sufren estos pueblos. Tales condiciones interfieren con la posibilidad de definir las bases para el establecimiento de un plan nacional de salud mental que integre estos sectores de la población en situación de mayor vulnerabilidad.
El desarrollo de un programa de salud mental debe asentarse en bases conceptuales que integren en su objetivo principal el mejoramiento de la calidad de la vida de los pobladores en su triple dimensión física, psicológica y cultural. Lo anterior implica un equilibrio entre los aspectos
somáticos y psicológicos de la persona, el logro de relaciones armónicas dentro del contexto social, familiar y comunitario y la reafirmación de la propia identidad de los pueblos, dentro de la diversidad que les es peculiar.
Los principales factores que lesionan la salud mental son la pobreza, ligada al ajuste estructural y neoliberalismo, la invasión de los territorios, el desarraigo, la violencia étnica, los conflictos de intereses privados, y la exposición a condiciones estresantes, resultado de las alteraciones sociales. Caben destacar los problemas especiales que enfrentan los migrantes, en particular los relacionados con los procesos de adaptación al nuevo medio, que conllevan muchas veces cambios en la escala de valores, creencias, costumbres y aspectos singulares de la cultura, en desmedro de las creencias, tradiciones y prácticas tradicionales.
Las líneas estratégicas de un plan nacional de salud mental deben incluir:
- programas de investigación científica y creación de indicadores propios de salud mental;
- respeto e integración activa de la medicina tradicional, incluyendo a los practicantes tradicionales, cuya práctica se orienta al manejo de fuerzas de la naturaleza y la armonía hombre-naturaleza;
- programas educativos en salud mental, dirigidos específicamente a los diferentes grupos de edad;
- regionalización y priorización de áreas y grupos con base en diagnósticos regionales;
- aplicación de enfoque intercultural e histórico-cultural para avanzar en la construcción de conocimientos integrados;
- búsqueda de mecanismos de acción comunitaria intersectorial;

- promoción de la conciencia social para identificar problemas, plantear soluciones y tomar decisiones contextualizadas;
- formación de recursos humanos, y
- rescate y sistematización de experiencias.

La preparación de un programa de salud mental y adicciones con perspectiva de pueblos indígenas debe tener en cuenta que el proceso de enfermar indígena tiene que ver con la armonía con las deidades, que son las que producen enfermedades físicas y mentales. El no cumplimiento de las obligaciones de ritos de agradecimiento con la vida, y una vida armoniosa con la familia y la comunidad es el origen de los males. La sociedad aymará cuenta con figuras que son los sanadores espirituales que se encargan de reestablecer la armonía y sanar. Los más conocidos son: Yatiri o el sabio, que realiza las curas espirituales; Qolliri o médico que conoce los remedidos naturales. En lo referido a la salud mental, el Yatiri realiza sesiones de "terapia familiar", para analizar el origen de las disarmonías y es una técnica que se usa en salud mental. Este es un ejemplo de cómo trabajar de modo armónico con la medicina tradicional y la de corte occidental.
En lo referido al SCATASM, hemos incluido una línea estratégica de actuación con población indígena, porque la atención a diversidad es uno de los ejes del Sistema de Atención y Tratamiento, y la consideración de la multiculturalidad en sus métodos y acciones.

## Concepto de salud mental desde un enfoque intercultural

Incorporar el enfoque intercultural en la atención implica que el equipo de salud debe poder leer los problemas de las personas en el marco de
sus valores, formas de vida y condiciones sociales, tomando en cuenta los lenguajes de malestar y los recursos locales y la historia de discriminación vinculada a las poblaciones indígenas. Ello significa un cuestionamiento del modelo convencional desde el cual se ejerce la medicina occidental, caracterizada por una tendencia al etnocentrismo, donde se juzga a las personas de otras culturas desde el punto de vista de nuestros propios códigos culturales, paradigmas y marcos epistemológicos. Aplicar este enfoque implica trascender este paradigma y reconocer que existen otros paradigmas y otros sistemas de salud con sus respectivas formas de entender y resolver los problemas de salud.
El respeto y la consideración de la cosmovisión de los pueblos, sus sistemas de salud, sus conceptos de salud y enfermedad deben incorporarse en el diseño de las políticas públicas. La incorporación de un enfoque intercultural en salud solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibilizan en el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado.

La incorporación de un enfoque intercultural en la atención de salud que brindan los equipos implica que estos deben reconocer la existencia y visibilizar en el modelo de atención, los aportes de las culturas de los pueblos que conviven en un territorio determinado y ver estos aportes como elementos que pueden ayudar a resolver los problemas que tienen las personas y que efectivamente constituye un recurso determinante en el diagnóstico de presencia o ausencia de trastorno mental.

En el mundo indígena la salud mental como tal no existe, ni en sus sistemas médicos ni en la concepción indígena salud, tampoco existe una división mente/cuerpo, esto obedece a que los pueblos indígenas poseen una cosmovisión distinta a la occidental, un marco epistemológico diferente, en dónde el buen vivir/buena vida, es un estado integral, que comprende a la persona como parte de una familia, comunidad en interacción con el mundo que lo rodea.

El enfoque intercultural en la atención de salud mental exige reconocer las diferentes dimensiones de las dolencias de los pacientes y ser capaces de ver en ellas sus aspectos complementarios:
• La dimensión subjetiva, la realidad psicológica del "malestar" del paciente.
• La dimensión orgánica o realidad biomédica, es decir, el "trastorno", considerando las marcadas diferencias de conceptualización y clasificación de los trastornos mentales entre los sistemas indígenas y occidentales.

• La dimensión de "padecimiento", dentro de un proceso sociocultural, dentro de una determinada realidad cultural.

En la situación clínica, el enfoque intercultural permite identificar las tres dimensiones de la enfermedad: el dolor (orgánico, biomédico), el sufrimiento (apreciación subjetiva) y la enfermedad que da cuenta del entorno cultural.

Para un adecuado enfoque intercultural en salud mental y adicciones es fundamental los siguientes aspectos:

1. Que el equipo de intervención tenga **"Competencias interculturales en el equipo de salud"** que deben ser adquiridas.

2. Manejar y conocer el concepto de **"Identidad Cultural"**. Ya que es sabido que presentan baja identificación con su cultura originaria, son quienes presentan con mayor recurrencia problemas de salud mental, razón por la cual, incorporar el

concepto de Identidad Cultural en el abordaje de los factores psicosociales y determinantes sociales de la salud de las personas y comunidades del territorio a cargo, es relevante, sobre todo donde existe una alta tasa de personas pertenecientes a pueblos indígenas.

3. Disponer de la figura del "**facilitador intercultural"**. Entendido como la persona indígena que se desempeña como nexo mediador entre el prestador institucional público, las personas, familias y comunidades indígenas. Así mismo es un nexo entre estos actores y los sistemas de sanación indígenas. Conoce la
4. cultura propia de su pueblo, mantiene vínculos con su comunidad de origen y/u organizaciones, es hablante de su lengua originaria de acuerdo con la realidad territorial. El facilitador intercultural mantiene un vínculo contractual con el prestador institucional público, se desempeña como funcionario en los establecimientos de la red asistencial y forma parte del modelo de salud intercultural

5. Manejar la "**lengua originaria"** en el equipo de salud. La expresión de los malestares en lengua propia facilita la empatía, y un acercamiento a la identidad como indígena que es esencial para un buen abordaje y planificación de las ayudas; así como, la comprensión de los mensajes de promoción y prevención de salud mental y adicciones.

Para una especificación de objetivos y acciones del programa para población indígena ver apartado **LINEA ESTRATÉGICA 5: ACCIONES ESPECIFICAS PARA POBLACIÓN INDÍGENA.**

## SUBPRODUCTO 10. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

Programa diferenciado por género en todas las fases del SCATASM.

El contexto legal en Bolivia sobre la perspectiva de género se recoge en la Ley nº 348, ley de 9 de marzo de 2013, Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. En el ARTÍCULO 4. (PRINCIPIOS Y VALORES). Se relacionan los principios que protege esta ley respecto a la mujer, y que se aplican plenamente a las propuestas que sustentan el SITAPPL.

2. Igualdad. El Estado garantiza la igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres, el respeto y la tutela de los derechos, en especial de las mujeres, en el marco de la diversidad como valor, eliminando toda forma de distinción o discriminación por diferencias de sexo, culturales, económicas, físicas, sociales o de cualquier otra índole.

3. Inclusión. Tomar en cuenta la cultura y origen de las mujeres, para adoptar, implementar y aplicar los mecanismos apropiados para resguardar sus derechos, asegurarles el respeto y garantizar la provisión de medios eficaces y oportunos para su protección.

7. Igualdad de Oportunidades. Las mujeres, independientemente de sus circunstancias personales, sociales o económicas, de su edad, estado civil, pertenencia a un pueblo indígena originario campesino, orientación sexual, procedencia rural o urbana, creencia o religión, opinión política o cualquier otra; tendrán acceso a la protección y acciones que esta Ley establece, en todo el territorio nacional.

8. Equidad Social. Es el bienestar común de mujeres y hombres, con participación plena y efectiva en todos los ámbitos, para lograr una justa distribución y redistribución de los productos y bienes sociales.

9. Equidad de Género. Eliminar las brechas de desigualdad para el ejercicio pleno de las libertades y los derechos de mujeres y hombres.

11. Informalidad. En todos los niveles de la administración pública destinada a prevenir, atender, detectar, procesar y sancionar cualquier forma de violencia hacia las mujeres,

no se exigirá el cumplimiento de requisitos formales o materiales que entorpezcan el proceso de restablecimiento de los derechos vulnerados y la sanción a los responsables.

13. Atención Diferenciada. Las mujeres deben recibir la atención que sus necesidades y circunstancias específicas demanden, con criterios diferenciados que aseguren el ejercicio pleno de sus derechos.

14. Especialidad. En todos los niveles de la administración pública y en especial aquellas de atención, protección y sanción en casos de violencia hacia las mujeres, las y los servidores públicos deberán contar con los conocimientos necesarios para garantizar a las mujeres un trato respetuoso, digno y eficaz.

Si bien son importantes todos los principios, a efectos de esta propuesta resaltaremos el 13, referido a la necesidad de atención diferenciada según sus necesidades específicas, y el 14 por la referencia que hace a la capacitación para sensibilizar y manejar la perspectiva de género. Cuestiones ambas que sustentan la propuesta de perspectiva de género en las acciones y su implementación.

La adopción de una perspectiva de género en salud mental y adicciones significa varias cosas a conseguir, entre ella están:

· incorporar la perspectiva de género en las actuaciones, los programas, las actuaciones y las políticas de salud mental y drogas.
· Sensibilizar y mejorar los conocimientos en perspectiva de género de los agentes implicados en el SCATASM.
· Adecuar el material y el contenido de los programas, integrando la perspectiva de género de forma transversal.
· Sensibilizar a los profesionales que participan del SCATASM y mandos directivos y planificadores en mejorar sus competencias para incorporar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y adicciones.
· Mejorar la atención de las mujeres atendidas en los diferentes programas de salud mental y adicciones y reinserción social, así como en los programas de prevención del delito, de adolescentes y jóvenes en vulnerables, y cualesquiera que se elaboren dentro de los CAIFC, de intervención (minimizar los sesgos en el tratamiento: barreras de acceso y mantenimiento) y evitar desigualdades en el tratamiento.

Cuando hablamos de perspectiva de género en el tratamiento de la salud mental y adicciones, nos referimos a garantizar la equidad en la atención entre mujeres y hombres, analizando las particularidades y las necesidades específicas de unos y otros.
Incorporar la perspectiva de género en el tratamiento permite exteriorizar y comprender mejor los diferentes patrones y problemas asociados a la salud mental y al consumo y adaptar los programas para mejorar su eficacia.
Y esto requiere hacer visible el consumo de alcohol y drogas de las mujeres en un ámbito tradicionalmente masculino, y en el medio penitenciario aún más, ya que al analizar las condiciones de vida de las mujeres implica necesariamente estudiar las realidades de los hombres y las complejas relaciones que se desarrollan entre los sexos.
Entre las medidas específicas que los profesionales de salud mental y adicciones señalan como relevantes para profundizar en la perspectiva de género, están:
Entre las propuestas de mejora planteadas por los y las profesionales, destacan:
- Formación de los profesionales en perspectiva de género.
- Ampliar los recursos de atención que atiendan problemas específicos para mujeres y su accesibilidad.
- Habilitar programas o espacios de intervención específicos, especialmente para mujeres (p. ej., Grupos), y, concretamente, para mujeres víctimas de violencia de género.
- Adecuar los horarios para facilitar el acceso a programas a mujeres con cargas familiares, dentro y fuera de la prisión.
- Trabajar en equipos mixtos siempre que sea posible.
- Fomentar la investigación específica sobre diferencias de género y salud mental y adicciones.
La adecuación de los recursos y programas asistenciales para mujeres con problemas de salud mental y adicciones podrían ser entre otros:
-Incorporar objetivos y actividades dirigidas a detectar y abordar correctamente las formas diferenciales de enfermar de hombres y mujeres.
- Formular medidas que permitan identificar y abordar el impacto de los roles tradicionales de género y de las actividades en salud física y psíquica de las personas, para incorporar acciones para reducir las inequidades que se desprenden (horas de sueño, características del trabajo, tiempo libre, situación familiar, tiempo de actividad física, participación social, violencia, etc.).
- Establecer medidas y programas que eviten la asignación automática a las mujeres de los cuidados en el ámbito familiar, impulsando la corresponsabilidad de los hombres y las mujeres en el ámbito del autocuidado y del cuidado al resto de miembros de la familia.
- Impulsar el desarrollo de acciones que sirvan para disminuir los sesgos de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico. Por ello, hay que evitar la medicalización innecesaria del cuerpo de la mujer y de sus ciclos vitales.

- Incluir herramientas en los instrumentos clínicos y de gestión que permitan e incentiven la incorporación la perspectiva de género en los modelos de atención.
- Proponer revisiones de las guías de práctica clínica de uso habitual, los procesos asistenciales de salud mental y adicciones y de los protocolos de actuación para incorporar en los contenidos la perspectiva de género.
- Promover el establecimiento de indicadores de género y estándares de igualdad en la planificación de la prevención de la salud mental y las adicciones y su tratamiento y en los diferentes servicios asistenciales.
- Garantizar que se tienen en cuenta las necesidades y expectativas de hombres y mujeres en la accesibilidad (horaria, ubicación, etc.), en la oferta por parte de los profesionales en sus programas de tratamiento comunitarios y lo referido al régimen penitenciario, los recursos específicos de mujer como la patología sexual, salud reproductiva, etc. Hay que tener en cuenta que, en caso de que las intervenciones o los tratamientos tengan un coste, las mujeres en su conjunto tienen menos oportunidades, dado que como colectivo disponen de menos recursos económicos que los hombres.
- Desarrollar líneas de acción para garantizar la mejor atención en aquellos aspectos del problema de salud general y de su salud mental y su adicción que tengan especial trascendencia para las mujeres.

En las recomendaciones finales de este documento se señala que se constituya un grupo de seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género en el desarrollo de SCATASM, de modo que pueda recepcionar, antes de implementarse las acciones, la documentación necesaria para ejercer una auditoria de perspectiva de género, vinculante en sus recomendaciones.

En todo caso entre sus funciones estaría la de emitir un informe de aplicación de la perspectiva de género en el SCATASM, durante cada una de las evaluaciones anuales del periodo de implementación.

## ORGANIZACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO DESDE SASLUD PÚBLICA Y EL SUS

La aplicación en la práctica de la perspectiva de género en la promoción y prevención de la salud mental y adicciones, y en el tratamiento de esos trastornos, requiere tener en cuenta aspectos centrales que van a permitir desarrollar programas con esa mirada:

1.- La formación de los profesionales de la salud general, la salud mental y las adicciones en las diferencias del género, relevantes para la prevención y el tratamiento.

2.- Implementar protocolos de prevención y tratamiento con el desarrollo del componente de género, con la consiguiente difusión por todos los dispositivos de primer nivel de salud y los CAIFC, así como segundo y tercer nivel de salud mental y adicciones.

3.- Constitución de un comité técnico de aseguramiento de la perspectiva de género en la SCATASM, que regule su funcionamiento interno, y con capacidad de realizar auditorías en terreno sobre el tema, además de petición de informes sobre la implantación de la perspectiva de género. Entre sus funciones estaría canalizar las demandas de la sociedad civil en la materia y actuar en caso de emergencia por violencia de género y sexual para articular las respuestas adecuadas.

4.- Establecer alianzas con la Universidad y centros de estudios e investigaciones para la realización de estudios aplicados de genero con el fin de hacer un trabajo continuo de mejora de la calidad.

5.- Establecer en los criterios de acreditación de programas de prevención y tratamiento, lo referido a la aplicación de la perspectiva de género para ser requisito necesario para la misma.

6.- Constituir foros de participación de ONGs y otras entidades públicas y privadas, para recibir insumos continuados del desarrollo de la perspectiva de género.

- **Desde salud pública:**

**Funciones para el aseguramiento de la perspectiva de género.**

. - Coordinar la política de salud mental y adicciones con perspectiva de género.
. – Planificar las acciones en materia de promoción y prevención con perspectiva de género en todos los ámbitos de actuación.
. – Elaborar un programa continuado formativo (junto con el SUS) para los profesionales de promoción, prevención, servicios sociales y ONG; profesionales de la asistencia, sobre las diferencias de género en salud mental y adicciones.
. – Impulsar y activar el Comité Técnico de aseguramiento de la perspectiva de género en salud mental y adicciones (extensible a otras áreas como epidemiologia, seguridad alimentaria, vigilancia de la salud, alimentación y nutrición, ejercicio físico…)
. – Promover los foros de participación de la sociedad civil en esta materia.
. – Crear Redes colaborativas para generar conocimiento compartido y mejorar la aproximación de problemas esenciales en materia de género y salud mental y adicciones.

. – Ocuparse de la elaboración de programas de promoción y prevención con esta perspectiva en el medio escolar, familiar, comunitario y laboral.
. – Gestionar la territorialización de todas las iniciativas mediante la constitución de Redes municipales para implementar la perspectiva de género, así como redes gubernamentales coordinadas.
. – Constituir un grupo técnico específico para la perspectiva de género en privadas de libertad (sobre salud en general, además de salud mental y salud pública).
. - Elaborar una estrategia de estudios e investigación en materia de género en salud mental y adicciones, junto con el SUS. Especialmente centrada en la investigación de eficacia y eficiencia de programas en términos de mejora en salud biosicosocial.

- **Desde el Sistema Único de Salud (SUS).**

. – Redactar una ruta crítica para la mejora de la accesibilidad a los servicios de las mujeres con problemas de salud mental y adicciones: trabajo sobre el estigma social, dificultades por cuidado de hijos y familiares, organización de horarios de prestaciones y citaciones para facilitar la asistencia, programas domiciliarios en caso de detección de barreras para la asistencia que favorezcan la captación del caso; entre otras medidas.
. – Acreditación de programas y dispositivos de atención de la salud mental y las adicciones que dispongan de consideraciones específicas de género.
. - Constitución de un Comité Técnico para el aseguramiento y control de la aplicación de la perspectiva de género en todos los niveles de atención: primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de atención en salud mental y adicciones.
. – Implementar un programa formativo continuado (junto con Salud pública) para los profesionales de todos lo niveles en diferencias de género en farmacología, tratamientos psicológicos, intervención social, enfoque comunitario de género, reinserción y rehabilitación consideraciones de género.
. - Elaborar una estrategia de estudios e investigación en materia de género en salud mental y adicciones, junto con el SUS. Especialmente centrada en la investigación de eficacia y eficiencia de programas en términos de mejora en salud biosicosocial.

## EVIDENCIA DISPONIBLE DE DIFERENCIAS DE GÉNERO Y FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.

A continuación, se resume la evidencia disponible sobre la influencia diferencial ejercida por los factores de riesgo y protección en los consumos de drogas de las chicas y los chicos adolescentes. Estos factores diferenciales deben ser esenciales a la hora de diseñar los programas de promoción y prevención del uso de alcohol y drogas.

**Factores asociados al uso de drogas entre las chicas**

➽ La imagen negativa de sí mismas, la baja autoestima, los problemas para controlar el peso, los elevados niveles de ansiedad y depresión o el uso de drogas por parte de su pareja son factores de riesgo influentes en el uso de drogas por parte de las chicas.

➽ Las chicas pueden ser particularmente vulnerables a la influencia de sus compañeros y amigos y a la desaprobación/aprobación del consumo de sustancias por los compañeros.

➽ La influencia de las actitudes y el modelado paterno en relación con las drogas es más relevante entre las chicas.

➽ Las transiciones sociales comportan mayores riesgos para las chicas.

➽ Los factores familiares (como el apego padres/hijos, la supervisión paterna, la comunicación familiar y las actitudes de los padres hacia el consumo de sustancias) y la vinculación con la escuela parecen ejercer una mayor influencia protectora sobre las chicas que sobre los chicos.

➽ La mayor percepción de los riesgos y daños asociados al consumo de drogas, la menor accesibilidad a las sustancias y las normas culturales que establecen una menor aceptabilidad de su uso brindan una protección adicional a las mujeres.

➽ Determinados rasgos del modelo tradicional de feminidad, como la calidez emocional, la preocupación por los otros, el sentido de la responsabilidad y el mayor interés por la salud, brindan una protección adicional a las chicas y mujeres.

**Factores asociados al uso de drogas entre los chicos.**

➽ La existencia de normas sociales más tolerantes respecto del consumo de drogas, las actitudes paternas más favorable al consumo de sustancias, el escaso compromiso con la escuela, la vinculación temprana con conductas antisociales y las interacciones con iguales antisociales y el riesgo percibido asociado al consumo son factores de riesgo relevantes para el consumo de drogas por parte de los chicos.

➽ El autocontrol o la regulación conductual y los factores ambientales o relacionados con el entorno comunitario parecen tener una mayor influencia en el abuso de sustancias por parte de los chicos.

➽ El grado de riesgo en su entorno vecinal es el factor externo más crítico para el uso y abuso de drogas por parte de los chicos.

➽ La identificación con los modelos tradicionales de masculinidad, vinculados al riesgo y la agresividad, incrementan el riesgo de uso y abuso de drogas.

➽ Los chicos tienen mayores oportunidades para la implicación prosocial en la comunidad.

**OTROS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA TENER EN CUENTA**

1. Las chicas informan de más influencias protectoras que los chicos dentro del ámbito familiar, escolar y comunitario, lo que explicaría sus menores niveles de consumo de drogas en relación con los chicos.

2. Existen algunas características diferenciales de los factores de riesgo asociados a los consumos de drogas por parte de las mujeres:

➽ Determinados estados emocionales y sintomatología negativa de tipo psicológico se configuran como importantes precursores de los consumos de drogas femeninos.

➽ El papel instrumental que los consumos tienen como facilitadores de la sociabilidad femenina.

3. Los factores de protección que influyen en las mujeres reúnen algunos rasgos característicos:

➽ La mayor percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas permite a las mujeres desarrollar estrategias de control y evitación de las conductas de uso y/o abuso de drogas.

➽ Las mujeres atribuyen un mayor valor a la salud, lo que hace que mantengan más autocuidados que los hombres.

➽ La influencia protectora ejercida por el entorno familiar. El modelo tradicional de roles de género, vigente en muchos padres y madres, facilita a las chicas un plus adicional de protección frente a las drogas, que se concreta en: 1) actitudes paternas hacia el consumo de drogas por parte de las hijas adolescentes son menos permisivas que en el caso de los chicos, 2) mayor nivel de supervisión y/o control sobre las actividades de las hijas y 3) una mayor restricción a la participación de las chicas en los espacios de ocio nocturno en los que se consumen drogas.

**PROPUESTAS PARA INCORPORAR LA PERSPECTIVA DE GÉNERO A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DESDE SALUD PUBLICA**

- **Desarrollo de investigaciones profundicen en las siguientes variables críticas en cuanto a diferencias de género y consumo de drogas:**

➽Cuestiones de género relacionadas con la salud y las drogas en general.

➽Mejorar la comprensión de los factores predisponentes del consumo de sustancias entre los hombres y las mujeres de diferentes edades, a fin de poder identificar los factores específicos de género asociados al consumo de drogas.

➽Incorporar a los sistemas de información sobre drogas variables clave para el diseño, desarrollo y evaluación de las estrategias y programas preventivos, tales como las diferencias en los patrones de consumo, las motivaciones y los factores de riesgo y protección asociados al uso y abuso de las diferentes sustancias, las consecuencias para la salud y de carácter social derivadas del consumo y las respuestas a los tratamientos del abuso y/o dependencia a las drogas.

➽Los estudios, investigaciones y encuestas sobre drogas deben incorporar variables como el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educativo, el nivel de renta o la distribución en el uso del tiempo, para permitir un análisis de sus resultados con un enfoque de género.

➽Desarrollar programas adicionales de investigación que incorporen el género en el análisis de los resultados de los programas de prevención.

➽Requerir que todos los programas de prevención publiquen análisis de sus resultados en función del género, a fin de determinar su diferente eficacia en los chicos y las chicas.

➽Comparar los resultados de los programas basados en la evidencia en función del género para determinar cómo mejorar la eficacia de los programas de prevención para las chicas y los chicos, puesto que existe evidencia de que su efectividad y/o efectos preventivos pueden ser diferentes.

➽Como sigue constatándose un aumento en la iniciación y el uso de distintas drogas entre las chicas, es muy importante aumentar la investigación sobre los enfoques

específicos de género en el uso indebido de sustancias, poniendo un mayor énfasis en el desarrollo de modelos y programas etiológicos basados en el género y la difusión de las intervenciones preventivas eficaces para las chicas y para los chicos.

➽Debe profundizarse en la investigación dirigida a identificar las estrategias preventivas que resultan más efectivas con las chicas y los chicos adolescentes, estableciendo la idoneidad o no de desarrollar programas específicos de género o programas mixtos comunes para chicas y chicos.
➽Es necesario investigar sobre el impacto que distintas medidas dirigidas reducir la oferta de drogas (desarrollos normativos, políticas fiscales y de precios en relación con las bebidas alcohólicas y el tabaco, etc.) tienen en hombres y mujeres.

- **Relativas al diseño y/o planificación de las intervenciones preventivas**

➽Para mejorar la efectividad de los programas de prevención es imperativo incorporar la perspectiva de género en todas las fases del proceso de planificación:

**a) En la evaluación de necesidades**

➽ Analizando las motivaciones, comunes y específicas, que llevan a chicas y chicos, hombres y mujeres a iniciarse en el consumo de las distintas drogas y a mantener o intensificar su uso.
➽ Analizando los patrones de consumo de drogas de hombres y mujeres y cómo diferentes variables vinculadas al género (edad, nivel educativo, clase social, etc.) condicionan los mismos.
➽ Identificando los factores de riesgo y protección comunes y específicos asociados al consumo de drogas por parte de los hombres y las mujeres y los mecanismos a través de los cuales influyen en los comportamientos relacionados con el consumo de drogas de ambos grupos.
➽ Conociendo los efectos y consecuencias que, para chicas y chicos, hombres y mujeres se derivan del uso y abuso de drogas.

**b) En su diseño e implementación**

➽ Analizando la evidencia disponible y los resultados de la investigación para conocer cómo el género condiciona la salud de hombres y mujeres y sus relaciones con las drogas.
➽ Incorporando estrategias preventivas diferenciales para chicos y chicas, dirigidas a neutralizar la influencia de los factores de riesgo que inciden, específicamente, en cada grupo y potenciando aquellos factores de protección asociados al género.

➽ Incorporando componentes que propicien la mejora de los efectos preventivos en los hombres y mujeres de diferentes edades.
➽ Incluyendo contenidos y módulos específicos en los programas de prevención que permitan dar una respuesta diferencial en clave de género a las necesidades detectadas.
➽ Seleccionado los métodos de entrega o desarrollo del programa que propicien una mayor efectividad para los hombres y mujeres.

**c) En la evaluación**

➽ Estableciendo diseños de evaluación sensibles al género, que permitan conocer los resultados alcanzados por los programas preventivos implementados en hombres y mujeres y la intensidad de los efectos preventivos sobre el consumo de drogas.
➽ Estableciendo diseños de evaluación que permitan conocer el impacto, a medio y largo plazo, que las estrategias y los programas preventivos desarrollados tienen sobre las chicas y los chicos.
➽ Las instituciones implicadas en el desarrollo de intervenciones preventivas deben incluir la perspectiva de género en el diseño de los programas de prevención, optimizando las intervenciones en base a los factores de riesgo y protección que influyen específicamente sobre las mujeres y los hombres, puesto que en la práctica el genérico universal tiende a masculinizarse.

- **Relativas a los contenidos y las características de los programas y las políticas preventivas**

➽ Para que los programas resulten efectivos es preciso que se fundamenten en modelos teóricos consistentes, que identifiquen las variables relevantes del inicio y mantenimiento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas entre las chicas y los chicos adolescentes.
➽ Desarrollar de programas específicos de género para las mujeres que se centren en la promoción de la unión familiar, la comunicación y la supervisión de los hijos, así como en el reconocimiento de las funciones
cruciales de la imagen corporal, depresión y asertividad social tienen como precursores de los consumos de drogas femeninos.
➽ Entre los factores que pueden contribuir decididamente a mejorar la efectividad de los programas preventivos para chicas se incluyen (CASA, 2006)[56]:

[56] CASA (2006). Girls and Alcohol. Adapted from WOMEN UNDER THE INFLUENCE By The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University The Johns Hopkins University Press.

- Potenciar la supervisión familiar y el apoyo familia.
- Reforzar la conexión de las niñas con la escuela.
- Ofrecer a las chicas modelos de roles femeninos positivos.
- Priorizar la adquisición de habilidades para la vida como un componente básico de los programas.
- Favorecer una intervención temprana.

➽ Los programas preventivos deberían dirigirse a las chicas en momentos de mayor riesgo (por ejemplo, en la transición a la enseñanza secundaria o a la universidad) y ser sensibles a las razones por las cuales las chicas consumen sustancias (CASA, 2003a)[57].

➽ Los programas de prevención universal destinados a la población adolescente, en especial aquellos que apuestan por el desarrollo de habilidades, deben promover conocimientos relevantes y útiles para chicos y chicas, que sean aplicables de forma inmediata a sus experiencias cotidianas y que estén vinculados al desarrollo de habilidades y a los objetivos de los programas (WHO, 2002). Además, las estrategias de carácter informativo dirigidas a adolescentes y jóvenes deben enfatizar los efectos a corto plazo derivados del consumo de sustancias para las chicas y los chicos, dando especial relevancia a las consecuencias a nivel psicosocial, en lugar de centrarse en señalar los efectos derivados del consumo a largo plazo sobre la salud.

➽ Algunos países ya han avanzado hacia políticas sensibles al género. Por ejemplo, el Gobierno Federal de Canadá exige un análisis basado en el género en todas sus políticas y programas (HEALTH CANADA, 2000)[58].

➽ Los programas de prevención con enfoque de género deben incidir sobre los modelos referenciales de género, evitando que las adolescentes y chicas jóvenes imiten sin más las conductas masculinas, más proclives a la asunción de riesgos y a un menor cuidado de la salud. Estos programas deberían enfatizar un doble mensaje:

➽ Para las chicas que la igualdad no se basa en imitar los comportamientos de los hombres, sino en tener autonomía y capacidad para desarrollar proyectos propios.

➽ Para los chicos cuestionando la oportunidad de seguir manteniendo los viejos estereotipos de la masculinidad, reforzando la idea de que ser hombre no implica tener que asumir riesgos o mantener conductas poco saludables, sino comportante de manera inteligente y saludable.

[57] CASA (2003a). The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls and Young Women Ages 8-22. New York: National Center on Addiction and Substance Abuse.

[58] HEALTH CANADA (2000). Política de análisis basado en el género de Health Canada. (Cat. H34-110/2000.) Otawa: Ministerio de Sanidad.

➽ Los programas de prevención deben procurar contrarrestar la manipulación que la publicidad y los medios de comunicación realizan de las identidades de género, neutralizando los mensajes que lanza selectivamente a hombres y mujeres para reforzar el consumo de alcohol y tabaco.

- **Relativas a las acciones de apoyo o soporte para el desarrollo de intervenciones preventivas**

➽ La incorporación del enfoque de género en los programas de formación básica y de especialización de los profesionales que trabajan en el campo de la prevención de las drogodependencias y la promoción de la salud.

➽ El impulso de programas de formación sobre género y drogas destinados al personal investigador y a los responsables institucionales implicados en la gestión de los programas de ayuda a la investigación en el campo de la salud y las adicciones.

➽ Establecer la incorporación de la perspectiva de género en el diseño y la evaluación de resultados de los programas de prevención como criterios básicos para su acreditación/certificación (SANCHEZ, L. et al., 2014)[59].

- **Relativas a los contenidos y las características de los programas para prevenir el consumo de alcohol**

➽ Cuando la exposición al alcohol es limitada ciertas estrategias preventivas, como las destinadas a desafiar las expectativas positivas hacia el consumo de alcohol, las centradas en aumentar la supervisión paterna de las actividades de los hijos y la enseñanza de respuestas de afrontamiento saludables, son igualmente útiles para chicos y chicas.

➽ Dado que los chicos pueden estar enfrentando un menor número de consecuencias físicas debido al consumo de alcohol, su tolerancia aumenta de forma más rápida y muestran un mayor retraso en el desarrollo de la función ejecutiva y la regulación emocional en
comparación con las chicas adolescentes, ven reforzadas las expectativas positivas hacia el alcohol, negando al mismo tiempo los
efectos negativos asociados a su consumo. Aunque la entrevista motivacional se utiliza generalmente con poblaciones ya diagnosticados con un trastorno por consumo, los

[59] SÁNCHEZ L, ALONSO C, MARTÍNEZ F, PEREIRO C. (2014). Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda. Actividad 3.4.4. de COPOLAD. Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas, Entidad de Coordinación y Ejecución (ECE): Madrid.

principios básicos de este enfoque pueden ser utilizados también con los jóvenes varones en riesgo desarrollar consumos problemáticos (BROWN, S.A. et al., 2005)[60].

➽ Los chicos pueden beneficiarse más de las estrategias de aprendizaje de toma de decisiones básicas, ya que su conjunto de habilidades funcionamiento ejecutivo parecen desarrollarse a un ritmo más lento que el de las chicas. Si bien ambos sexos podrían beneficiarse de este tipo de esfuerzos preventivos, los chicos pueden requerir una intervención más intensiva.

➽ El desarrollo de los roles de género en la juventud ofrece una oportunidad única para dar forma a las cogniciones de los adolescentes acerca de lo que constituye comportamientos con la bebida "típicos" de los hombres y de las mujeres. La identificación de modelos adultos masculinos positivos, que no beben alcohol o que lo hacen moderadamente, puede contrarrestar las creencias convencionales de los chicos sobre el alcohol, mientras que las chicas podrían fortalecer su autonomía y reforzar las decisiones contra la bebida como una elección personal. Por ello el uso de modelos positivos e intervenciones más formales podrían utilizarse para ayudar a los adolescentes a desafiar las creencias convencionales sobre el alcohol, identificando sus expectativas acerca de la bebida y la abstinencia y ayudándoles a comprender los factores que influyen en las creencias, proporcionando formas para impugnar la validez de las percepciones sobre el alcohol.

➽ Las normas elaboradas por el Canadian Centre on Substance Abuse para la prevención del abuso de sustancias en la escuela. (CCSA, 2010)[61] establecen entre sus requisitos la necesidad de tener en cuenta, tanto las diferencias biológicas como las vinculadas al género, en el diseño, desarrollo y evaluación de este tipo de programas.

➽ En base a los resultados de la investigación, el National Institute on Drug Abuse estableció una serie de principios que deben tener en consideración los programas de prevención (entre los cuales se incluye el que los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos asociados a las características de la población destinataria, como la edad, el género y el origen étnico, a fin de mejorar la eficacia del programa (NIDA, 2011)[62].

[60] BROWN SA, ANDERSON K, SCHULTE MT, SINTOV ND, FRISSELL KC. (2005). Facilitating youth self-change through school based intervention. Addictive Behaviors 2005;30:1797–1810.

[61] CCSA (2010). Building on our strengths: Canadian standards for school-based youth substance abuse prevention (version 2.0). Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

[62] NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (2011). DrugFacts: Lecciones aprendidas de las investigaciones sobre la prevención. Disponible en: http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/ drugfacts/lecciones-aprendidas-de-las-investigaciones-sobre-la-prevencion.

- **Relativas a los contenidos y las características de los programas para prevenir el consumo de tabaco.**

➽ Las políticas para prevenir o reducir el alcance de la epidemia del tabaco entre las mujeres de todo el mundo requiere de esfuerzos concertados que incluyan mejoras en el estatus de las chicas y las mujeres, innovaciones basadas en la igualdad en los programas y políticas de los sectores sanitario, social y económico, así como políticas verdaderamente globales en relación con el tabaco.

➽ Es de vital importancia lograr que las políticas para el control del tabaco sean más sensibles al género.

➽ Los modelos positivos a imitar y el fomento de actividades de promoción de la salud, como la práctica del deporte, favorecen la reducción del consumo de tabaco entre las chicas.

## SUBPRODUCTO 11: ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DUAL EN EL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM).

El diagnóstico dual salud mental y uso de drogas en lo habitual mas que una excepción en la atención de estos trastornos. Este hecho aconseja que el abordaje se haga de modo integral de ambos trastornos, especialmente por la gran interacción que se da entre los mismo de modo que uno puede agravar el otro y viceversa, uno puede mejorar al otro. La integración plena en redes de atención de salud mental y adicciones de ambos tipos de trastornos es el presupuesto base del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud mental (SCATASM). Desde la aprobación y desarrollo del Sistema Único de Salud (SUS) se ha integrado la atención de ambos trastornos en un modelo de atención comunitario que gira en torno a los CAIFC (Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria).

Por ello se requiere la implementación de una estrategia específica de abordaje de los trastornos duales conforme a la evidencia y recomendaciones en la materia. Sin pretensión de ser exhaustivo en este momento vamos a exponer el estado de recomendaciones de los problemas más prevalentes en la atención de primer nivel de salud y salud mental y adicciones.

**EPIDEMIOLOGIA**

Los estudios epidemiológicos internacionales y nacionales determinan que un 70% de estos pacientes con trastorno por uso de sustancias presentan de forma simultánea o secuencial otro trastorno mental, la patología dual (Szerman et al., 2012)[63]. Algunos autores consideran que se subestima esta realidad que podría abarcar al 100% de estos pacientes, pero que los actuales instrumentos que diagnostican categorías en lugar de síntomas no permiten detectar. De hecho, esta "comorbilidad" no es óptimamente detectada cuando se usan categorías diagnósticas en lugar de dimensiones sintomáticas que podrían no alcanzar el umbral diagnóstico.

La población general que sufre trastornos mentales presenta en más del 50% de los casos un trastorno por uso de sustancias cuando se incluye el tabaco, excluido en anteriores estudios (Lev-Ran et al., 2013[64]; Martinez-Raga et al., 2013[65]). Además, esta población tiene una elevada prevalencia –al menos duplica la de la población general– de otros trastornos médicos (metabólicos, infecciosos, neumológicos, neurológicos, oncológicos, etc.).

## RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL DIAGNOSTICO DEPRESIVO DUAL

- Un episodio depresivo debe tratarse a pesar de que el paciente esté en situación de consumo activo. El tratamiento de la patología dual debe tener en cuenta ambos trastornos: el tratamiento de la depresión no puede sustituir al tratamiento de la adicción.
- Debe tratarse la adicción, aunque el paciente se halle en un episodio depresivo. El tratamiento antidepresivo tiene un impacto limitado en el uso de sustancias; se debe plantear tratamiento concomitante específico para el TUS.
- El uso de sustancias no es una limitación para el tratamiento de la depresión.
- Los efectos de los antidepresivos son superiores cuando los pacientes presentan una DM independiente.
- El tratamiento debe contemplar abordaje farmacológico y el psicoterapéutico.

[63] Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. Subst Use Misuse. 2012;47(4):383-9.

[64] Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J, Le Foll B. Exploring the association between life time prevalence of mental illness and the transition from substance use to substance use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions (NESARC). Am J Addict. 2013;22(2):93-8.

[65] Martinez-Raga J, Knecht C, de Alvaro R, Szerman N, Ruiz P. Addressing dual diagnosis patients suffering from attention deficit hyperactivity disorders and comorbid substance use disorders: a review of treatment considerations. Addict Disord Their Treat. 2013;12(4):213-30

- Los ISRS son los antidepresivos más utilizados en los estudios y en ningún caso han mostrado eficacia para el tratamiento de la depresión comórbida con trastorno por uso de alcohol, cocaína u opiáceos.
- Con ningún antidepresivo e incluso en el caso de la DM y trastorno por uso de cannabis se ha observado un aumento del consumo de cannabis.
- Hay que tener precaución especial con los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) por su interacción, con resultados fatales, con la tiramina de algunas alimentos o bebidas alcohólicas, estando también totalmente contraindicados con el consumo de estimulantes (cocaína, anfetaminas metanfetamina, MDMA).

- El tratamiento de la depresión dual con terapia cognitivo-conductual (TCC) está bien reconocido. Sin embargo, en la práctica clínica todavía no se aplica habitualmente a pesar de los datos disponibles sobre su eficacia.

**RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD DUAL**

• El tratamiento ha de ser individualizado, teniendo presentes los recursos asistenciales disponibles en el entorno y las expectativas del paciente.

• El tratamiento de ambos trastornos debería realizarse de modo simultáneo. No obstante, es importante establecer una adecuada secuenciación de los tratamientos debido a la frecuencia con la que la abstinencia se acompaña de síntomas de ansiedad que posteriormente desaparecen y para evitar interacciones peligrosas con los fármacos para el tratamiento de la ansiedad en pacientes que mantienen el uso de sustancias.

• Se ha comprobado que los pacientes con patología dual a menudo llevan a cabo una mala adherencia terapéutica. En ocasiones rechazan la toma de psicofármacos por considerarlo indicativo de fracaso de los esfuerzos de cambio y otras veces hacen un uso excesivo e inadecuado de los mismos para manejar situaciones de estrés.

• En general, el tratamiento de la ansiedad dual es semejante al de los TA no comórbidos, no estando en principio contraindicado ningún psicofármaco. No obstante, al elegir la medicación se deben tener en cuenta las interacciones de los psicofármacos con el alcohol o las drogas en caso de recaída, hecho que nunca se puede descartar. Además, conviene usar fármacos con el menor potencial de abuso y con el mayor margen de seguridad por la frecuencia con que estos pacientes presentan otros problemas médicos y un elevado riesgo de suicidio.

• Se recomiendan apoyo psicosocial y entrenamiento en estrategias de afrontamiento para los trastornos de ansiedad inducidos, mientras que el uso de medicación debe reservarse para la ansiedad persistente y los TA primarios.

• Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de elección en el tratamiento de la ansiedad comórbida con el TUS, por el bajo potencial de abuso, escasas interacciones y relativa seguridad en caso de sobredosis. Las dosis son las mismas que la que se emplea en población sin TUS, cuidando las interacciones con otros fármacos habituales en pacientes abusadores de drogas (metadona, antirretrovirales, interdictores del alcohol, etc.).

• Los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ATC) deben utilizarse con precaución, dados los efectos secundarios y las interacciones. Además, disminuyen el umbral convulsivo, circunstancia para tener en cuenta en pacientes alcohólicos o con antecedentes de convulsiones o lesión cerebral. Debido a las interacciones con fármacos y alimentos, se desaconseja el empleo de los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Para una detallada revisión de las principales interacciones de las sustancias de abuso con antidepresivos, se remite al lector al Protocolo de Intervención en Depresión (Torrens Mèlich y Martínez-Santivens, 2009[66]).

• Las benzodiacepinas (BZD) deben utilizarse con precaución por el potencial de abuso y las peligrosas interacciones con alcohol, opiáceos y otros depresores del sistema nervioso central. Están indicadas para el tratamiento de los cuadros de abstinencia y en las desintoxicaciones de alcohólicos o con dependencia de hipnosedantes. La experiencia de uso de alprazolam en nuestro medio indica que tiene un elevado potencial adictivo en pacientes con patología dual. Por otra parte, es importante que la duración del tratamiento con estos fármacos no

debe superar, en el caso de los trastornos de ansiedad, las 8-12 semanas, incluyendo el tiempo de retirada progresiva de las mismas.

• Los nuevos antiepilépticos podrían constituir un buen tratamiento alternativo al uso de BZD en el tratamiento de esta patología dual. El TA en el que se dispone de mejor nivel de evidencia científica de eficacia para los antiepilépticos es el TAG, siendo pregabalina el fármaco con más aval científico, mientras que en el caso de TUS las evidencias más notables se obtendrían, en el caso de la dependencia de alcohol, con gabapentina, pregabalina y topiramato, y, en el caso de la dependencia de cocaína, con topiramato.

[66] Torrens Mèlich M, Martínez-Sanvisens D. Patología dual. Protocolos de intervención. Depresión. Barcelona: EdikaMed, SL; 2009.

De igual modo, aunque con evidencias más limitadas, los antipsicóticos con perfil sedativo a dosis bajas podrían constituir otra posible alternativa para el tratamiento sintomático.

•Tratamiento farmacológico del **Trastorno de pánico (TP)**: Muchos tipos de medicamentos han demostrado eficacia para el tratamiento del TP, como los ISRS, los ATC, los IMAO y las BZD. Sin embargo, no se dispone de estudios sistemáticos que evalúen la eficacia de estos tratamientos cuando el TP va asociado al abuso de sustancias. El uso de ISRS se debe proceder a instaurar el tratamiento de modo progresivo, con un incremento paulatino desde dosis bajas ya que parecen presentar una sensibilidad mayor a este efecto y con ello, un mayor riesgo de recaída.

•Tratamiento farmacológico del **Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** Los ISRS y los IRSN son los fármacos más utilizados por la eficacia y seguridad en el TAG comórbido con TUS. Se recomienda evitar las BZD en el TAG que aparece en pacientes duales, y si se utilizan, debería hacerse con mucha cautela no sobre pasando las 8-12 semanas de tratamiento.

•Tratamiento farmacológico del **Trastorno por estrés postraumático (TEPT):** El TEPT es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes en
sujetos con un trastorno por uso de sustancias (Donovan et al., 2001[67]). La presencia de TEPT incrementa la posibilidad de abusar de sustancias y los consumidores de sustancias tienen un riesgo más elevado de TEPT (Jacobsen et al., 2001[68]). Por su eficacia, seguridad y tolerabilidad, los fármacos más utilizados en el tratamiento del TEPT son los ISRS por su escaso potencial de abuso.
•Tratamiento farmacológico de la **Fobia social (trastorno de ansiedad social, TAS):** Las personas con TAS tienen unas altas tasas de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, en especial con TUS (Brady et al., 2005[69]). La elevada asociación entre TAS y consumo de alcohol puede explicarse con la hipótesis de la automedicación. Según esta hipótesis, el alcohol se utilizaría para disminuir la ansiedad en las interacciones sociales. Sin haber demasiadas evidencias, la paroxetina podría ser de utilidad en pacientes con TAS y uso de alcohol. Los nuevos antiepilépticos, especialmente

[67] Donovan B, Padin-Rivera E, Kowaliw S. "Transcend": initial outcomes from a posttraumatic stress disorder/substance abuse treatment program. J Trauma Stress 2001;14(4):757-72.
[68] Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. Am J Psychiatry 2001;158(8):1184-90
[69]Brady KT, Sonne S, Anton RF, Randall CL, Back SE, Simpson K. Sertraline in the treatment of co-occurring alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. Alcohol Clin Exp Res 2005;29(3):395-401.

gabapentina y pregabalina, podrían ser una excelente alternativa al uso de BZD, sobre todo en el caso del TAS asociado con trastorno por uso de alcohol.

•Tratamiento farmacológico del **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** En cuanto al tratamiento farmacológico, no hay ensayos clínicos sobre el uso de psicofármacos en esta patología dual. Como en todos los casos de comorbilidad con uso de sustancias, se recomienda usar fármacos con escaso potencial de abuso, evitando, si es posible, el empleo de BZD. Los ISRS son los fármacos de primera elección a las dosis recomendadas para el TOC.

## RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS GENERALES PARA EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA DUAL

Los pacientes con esquizofrenia son más vulnerables a desarrollar una dependencia de sustancias. Los datos epidemiológicos así lo demuestran y son reveladores, aunque no todos los estudios aportan las mismas cifras, lo que puede deberse a diferencias en la identificación de los casos, utilización de distintos criterios diagnósticos, de los instrumentos utilizados, de la población estudiada, etc. La prevalencia de diagnóstico dual está entre un 37-62% a lo largo de la vida. Especialmente el tabaco con hasta un 90% de fumadores y alcohol entre un 30-60% de prevalencias de consumo.

Hay tres modelos de tratamiento dual que no presentan evidencia de superioridad de uno sobre otro: en serie, en paralelo e integrado.

• En el modelo de **tratamiento en serie o secuencial**, el paciente es atendido por una de las dos redes (de salud mental o de drogodependencias) y debe completar el tratamiento antes de ser atendido en la otra. En el caso de los esquizofrénicos con TUS, por lo general se trataría primero el TUS y se derivarían a la red de salud mental los casos en remisión o abstinencia.

• En el modelo de tratamiento en paralelo, se abordan de manera independiente y desde distintos dispositivos los dos trastornos, esquizofrenia y el TUS. En la práctica, muchos pacientes psicóticos con TUS son excluidos de ambas redes, por presentar comorbilidad, y no pueden acceder a los recursos que ambas redes disponen.

• El modelo de tratamiento integrado supone que el paciente es atendido por un único equipo, que aborda tanto el trastorno psicótico como el TUS. Desde la década de 1980, se plantea la necesidad de dispositivos de tratamiento específicos para pacientes duales, ya que el enfoque tradicional, que incluía servicios por separado, se hace insuficiente. Se ha sugerido que el tratamiento de los esquizofrénicos duales debe realizarse siguiendo un modelo integrado. Los servicios de salud mental deben plantearse implementar programas específicos de patología dual en los servicios sanitarios, realizar una búsqueda activa de estos pacientes y atender las necesidades, sobre todo, de los más difíciles y de peor pronóstico.

## RECOMENDACIONES SEGÚN NIVEL DE EVIDENCIA

### FUERTE RECOMENDACIÓN A

- Se recomienda la utilización de antipsicóticos atípicos en el tratamiento de psicóticos duales.

- Se recomiendan antipsicóticos con poco efecto anticolinérgico y sedativo. Los antipsicóticos bajan el umbral anticonvulsivo. Precaución en pacientes en tratamiento para dependencia de alcohol y/o benzodiazepinas. Entre los antipsicóticos de segunda generación, los que tienen más evidencias sobre su eficacia en esquizofrénicos duales son olanzapina, risperidona, clozapina y aripiprazol, probablemente porque son los antipsicóticos con los que se han realizado mayor número de estudios.
- La clozapina no se considera fármaco de primera elección entre los antipsicóticos atípicos, debido a la presencia de efectos adversos y a la necesidad de realizar una estrecha vigilancia.

- Los antipsicóticos inyectables de larga duración mejoran la adhesión y el cumplimiento del tratamiento farmacológico en psicóticos duales. Se recomiendan los antipsicóticos intramusculares de segunda generación debido a su mejor perfil de efectos secundarios.

### MODERADA RECOMENDACIÓN B

- La naltrexona se recomienda como fármaco de primera elección en pacientes esquizofrénicos con trastorno por dependencia de alcohol y, como segunda elección, en pacientes esquizofrénicos con trastorno por dependencia de opiáceos.

### DÉBIL RECOMENDACIÓN C

- La metadona y la buprenorfina son el tratamiento farmacológico de primera elección en pacientes con trastorno por dependencia de opiáceos, pero no hay evidencia científica específica suficiente en pacientes esquizofrénicos dependientes de opiáceos sobre su administración.

- Hay evidencias científicas que avalan la eficacia de los interdictores en pacientes esquizofrénicos duales. Se recomienda su uso con precaución ante riesgo de posibles descompensaciones psicopatológicas.

- En el tratamiento de psicóticos duales con antidepresivos, se recomiendan los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, venlafaxina, duloxetina, mirtazapina o bupropion por su menor riesgo de efectos secundarios y su escaso potencial de abuso.

- Se recomienda evitar el uso de benzodiazepinas en pacientes esquizofrénicos duales, dado su potencial adictivo.

## SUBPRODUCTO 12.- DETECCIÓN DE USO Y ABUSO DE ALCOHOL, OTRAS DROGAS Y ADICCIONES COMPORTAMENTALES, E INTERVENCIÓN TEMPRANA, EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD.

Los trastornos mentales, neurológicos específicos y debidos al consumo de sustancias y el suicidio constituyen un subgrupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, y suponen una tercera parte de todos los años perdidos por discapacidad (APD) y una quinta parte de todos los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) en la Región de las Américas.
La transición epidemiológica está transformando el mundo: las enfermedades transmisibles y la mortalidad temprana solían determinar las necesidades mundiales en materia de salud, mientras que ahora dominan principalmente las enfermedades no transmisibles, la multimorbilidad y la supervivencia con discapacidad (9, 10). En este contexto, se está poniendo de manifiesto que las enfermedades mentales plantean un reto particularmente complejo: a pesar de su visibilidad cada vez mayor en la comunidad mundial de la salud y el desarrollo, la estigmatización estructural generalizada, las prácticas y los marcos desactualizados, así como la fragmentación organizativa, afectan a la capacidad de evaluar, priorizar e invertir adecuadamente en las enfermedades mentales, y de responder a ellas en proporción a la carga, en paridad con la salud física y de acuerdo con la evidencia sobre su eficacia y costo-efectividad.

La OMS ha establecido en estudios multicéntricos mundiales 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 sobre si recibieron tratamiento. Una revisión de la bibliografía a nivel mundial encontró que las brechas en materia de tratamiento eran del 32% para la esquizofrenia, 56% la depresión y hasta 78% en el caso de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Muchos estudios realizados

en la población han revelado que más del 95% de los pacientes epilépticos de muchas regiones con escasos recursos no reciben el tratamiento adecuado. Los ejemplos nacionales también ilustran la gravedad de la situación: en China, sólo el 11% de los casos graves de trastornos mentales había recibido algún tipo de tratamiento en los 12 meses anteriores, y sólo el 10% de las personas tratadas en Nigeria había recibido un tratamiento adecuado.

La enrome brecha de atención a los trastornos mentales y de adicciones en la población general hace urgente que se mejoren los sistemas de detección y la posibilidad de atender dichos problemas en niveles no especializados con un coste efectividad muy razonable.

En el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM) la Atención Primaria de salud (primer nivel de atención) y el segundo escalón de dicho nivel, los Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC), son en centro de la atención a la salud mental y adicciones. Todo ello desde una perspectiva comunitaria y de género y vulnerabilidad.

Por esto mismo a nivel organizativo se deben adoptar una serie de medidas que faciliten el trabajo conjunto entre el primer nivel de salud y los CAIFC. Las medidas a tomar se deben articular a través de:

**Constituir un comité ejecutivo de coordinación entre Salud Publica y el sistema de prestaciones en salud mental y adicciones del SUS**.

Este comité será ejecutivo en cualquier acción de promoción, prevención y tratamiento y rehabilitación y reinserción de las personas con esas patologías.

Las funciones encomendadas al comité en relación con la detección y derivación de casos a CAIFC (y otros niveles posteriormente si es preciso) serán:

- Programar la formación anual y ejecutarla a todo el personal de primer nivel de salud, en especial de médicos y enfermería y trabajo social sobre los principios de detección en ese nivel y de intervención mínima y criterios de referencia y contrarreferencia.
- Implementar las acciones de promoción y prevención en el primer nivel de salud en salud mental y adicciones.
- Redactar y aprobar los protocolos de referencia y contrarreferencia.
- Actuar para el cumplimiento de los criterios de acreditación de programas y servicios de salud mental y adicciones previstos en la normativa.
- Redactar y aprobar los protocolos de intervención en primer nivel de salud para los problemas más prevalentes.

- Trabajar en los puntos anteriores a nivel infanto juvenil, bajo la competencia de la pediatría: Formación, referencia y contrarreferencia, protocolos más útiles en ese nivel de atención.
- Articular organizativamente reuniones periódicas de carácter bisemanal o mensual como mínimo para el comentario de caso conjunto y adopción de criterios clínicos de seguimiento y manejo por el primer nivel y criterios de referencia a CAIFC.

Aunque existen documentos de referencia para la formación del personal del primer nivel de atención de salud como es el mhGAP de la OMS[70] que es una buena herramienta para la formación. La propuesta de programa de mejora de la detección que se propone proviene de un documento de consenso entre sociedades de médicos de primer nivel de salud y que responde a lo que es posible realizar en este nivel para la detección y una intervención breve y la referencias a los CAIFC.

**Las drogas en la consulta de primer nivel de salud**

**Situaciones frecuentes**

El consumo de alcohol y otras drogas en nuestra sociedad hace que con bastante frecuencia se tenga que atender a pacientes que presentan algún problema relacionado con el consumo de alcohol, el abuso de medicamentos y/o el uso de otras drogas.

Entre las situaciones más frecuentes destacan:

− El uso de alcohol: Personas con un consumo excesivo de alcohol, o con un problema de alcoholismo que no son conscientes de ello; pacientes que solicitan ayuda para dejar de beber.

− El abuso de ansiolíticos u otros psicofármacos: Es frecuente la demanda de recetas de psicofármacos (especialmente de Benzodiacepinas), o la detección de un uso abusivo de los mismos.

− El uso de otras drogas, especialmente el cánnabis o la cocaína.

[70] GUIA DE INTERVENCIÓN mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. 2012

− El policonsumo de distintas sustancias.

− Una patología dual. Es decir, junto al trastorno por uso de sustancias (abuso o dependencia) coexiste en su paciente un trastorno mental grave con tendencia a la cronicidad (pacientes diagnosticados de: esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, trastorno de ansiedad, trastornos del humor, trastorno de la personalidad, o problemas afectivos diversos).

− Padres y madres de adolescentes que se preocupan por la situación de alguno de sus hijos en relación a las drogas.

− Muestran preocupación o solicitan ayuda para desintoxicación personal o de algún familiar.

Sin embargo, la existencia de un problema relacionado con las drogas no siempre aparece abiertamente en la consulta. A menudo se debe atender a pacientes que:

− Tienen un problema y, por distintas razones, no lo explicitan.

− Presentan patologías relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas, sin ser conscientes de ello.

− Demandan ansiolíticos u otras sustancias psicoactivas.

− Presentan problemas socioeconómicos o legales, potencialmente relacionados con el uso de drogas.

− Sufren un problema de comorbilidad o patología dual.

**Condiciones indispensables para iniciar una intervención**

Antes de iniciar cualquier actuación sobre drogas en su consulta, asegúrese de que su intervención se apoya en los tres pilares siguientes:

- Efectividad demostrada de la actuación para modificar de manera sustancial la historia natural del proceso.

- Garantía de continuidad de la atención de las personas sometidas a pruebas de cribado, idealmente desarrollada por el mismo equipo profesional que ha intervenido en la detección.

- Disponibilidad de medios para realizar la confirmación diagnóstica, así como para desarrollar una intervención adecuada, incluido el seguimiento posterior de los pacientes diagnosticados.

## El Proceso de Detección de un problema de abuso de alcohol o drogas.

- Objetivos de la detección:

1. Identificar a las personas que tienen —o se hallan en riesgo de desarrollar— algún problema relacionado con el consumo de alcohol u otras drogas.

2. Valorar qué tipo de aproximación diagnóstica y asistencial es más apropiada para cada paciente.

3. Conocer si su paciente está consumiendo alcohol o alguna otra droga cuya ingesta puede interaccionar negativamente con los fármacos cuya prescripción es adecuada para la patología que presenta.

La identificación de pacientes con problemas relacionados con las drogas o en situación de riesgo de tenerlos, es más fácil cuando existe una demanda explícita al respecto.
Sin embargo, con frecuencia, aun existiendo algún problema relacionado con el uso de drogas, hay personas que no lo manifiestan espontáneamente. En este caso es preciso adoptar una aproximación proactiva.

**Pacientes que se pueden beneficiar de un cribado proactivo**

La detección de abuso de alcohol u otras drogas es una tarea clínica similar a otras como, por ejemplo, preguntar sobre hábitos de alimentación, ejercicio físico y descanso, o tomar la presión arterial.
En caso de que no lo plantee su paciente o algún familiar de su paciente, existen circunstancias que justifican valorar si una persona se halla en una potencial situación de riesgo relacionada con el alcohol u otras drogas.

## ¿QUÉ PERSONAS SE PUEDEN BENEFICIAR DE UN CRIBADO PRO-ACTIVO?

Pacientes que presenten:
− Síntomas físicos difícilmente explicables por otra causa (trastornos hepáticos, enfermedades de transmisión por vía parenteral, arañas vasculares, telangiectasias, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías, ictericia, soplos cardíacos, abscesos en zonas de venopunción, etc.).

− Mal cumplimiento terapéutico y descompensación de otras patologías.
− Sintomatología psicológica o enfermedad mental (personas con problemas de ansiedad, depresión, trastorno de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, etc.).
− Alteración del comportamiento durante la entrevista. O alteración grave del comportamiento fuera de la entrevista (según informe familiar).
− Alteración en los resultados de la analítica realizada por otros motivos. − Signos de consumo reciente (fetor etílico; hiperemia conjuntival por consumo de cannabis; midriasis por consumo de estimulantes; signos de venopunción en la piel; existencia de lesiones en tabique y fosas nasales, epistaxis frecuentes o episodios repetidos de infección local, etc.).
− Efectos tóxicos agudos, incluyendo: la ataxia, vómitos, fiebre y confusión.
− Consulta banal, o solicitud de baja laboral, tras el fin de semana.
− Alteraciones en relaciones laborales, familiares y sociales (pérdida del trabajo, desestructuración familiar, abandono familiar, malos tratos, dificultades financieras, etc.).
− Pacientes con familia desestructurada o en situación de grave deprivación socioeconómica.
− Problemas legales potencialmente relacionados con el consumo (peleas, violencia de género, abusos diversos, arrestos, etc.).
− Pacientes cuya patología requiere la administración de un fármaco que presenta interacciones negativas con el uso del alcohol u otras drogas.

## ¿EN QUÉ OTRAS OCASIONES ES RECOMENDABLE UN DESPISTAJE PRO-ACTIVO?

− Cuando se abre una historia clínica nueva.
− De forma periódica en el contexto de promoción de estilos de vida saludables.
− Ante cualquier demanda indirecta o referencia encubierta relacionadas con un potencial consumo de drogas.

− En etapas vitales de transición (adolescencia, proceso de inserción en el mundo laboral, desempleo, jubilación, etc.), o ante cambios vitales que pueden conllevar situaciones de estrés (fracaso escolar o
académico, accidente, conflicto familiar, divorcio, fallecimiento de un familiar, etc.).
− Durante el embarazo.

**¿CUÁNDO POSPONER LA DETECCIÓN PRO-ACTIVA?**

− Ante un cuadro de intoxicación aguda.
− Cuando el paciente necesita un tratamiento de urgencia.
− Ante un cuadro de estrés psicológico agudo.

## cómo empezar cuando no hay una demanda explícita.

En este caso se puede introducir alguna pregunta sobre el consumo de alcohol u otras drogas, de la forma más natural y adaptada posible a cada paciente.
Diversas situaciones clínicas le ofrecen una oportunidad adecuada para recabar información sobre el uso de alcohol y otras drogas, cuando Ud. lo considere necesario.
En estos casos se trata de abordar el tema en el momento y forma más idóneos. En este marco, puede hacerlo mediante preguntas enmarcadas en un contexto amplio. Por ejemplo:

– De forma oportunista, es decir:

1. Como parte del tratamiento y/o seguimiento de enfermedades potencialmente relacionadas con el uso de bebidas alcohólicas u otras drogas.
2. Ante una consulta por otro tema de salud donde podría ser oportuno el cribado de un potencial consumo.

– Antes de la prescripción de fármacos que interaccionan negativamente con el alcohol u otras drogas.

– Partiendo de algún comentario del paciente que permita relacionarlo con una o más preguntas sobre el consumo de alcohol y/u otras drogas.

– Como parte de la actuación para promover estilos y hábitos de vida saludables, de acuerdo al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud del primer nivel de atención. Es decir, en el marco de la exploración sobre dieta, ejercicio físico, consumo de tabaco, hábitos de descanso, etc.

La evidencia disponible en la actualidad indica que:

– No está justificado el cribado periódico y sistemático del uso de drogas en población general asintomática.

– Está justificado el cribado anual del consumo esporádico de drogas en personas que se hallan en situaciones de riesgo en relación a las drogas.

## El proceso de evaluación de un problema de abuso de alcohol y otras drogas.

Objetivos de la evaluación:

1. Explorar y valorar la situación de cada paciente en relación con el consumo de drogas.

2. Establecer un diagnóstico, en caso de detectar la existencia de algún tipo de problema relacionado con el uso de alcohol u otras drogas.

Si su paciente le plantea directa o indirectamente algún tema relacionado con las drogas, o si se observa que se encuentra en alguna de las potenciales situaciones de riesgo ya descritas, el siguiente paso consiste en definir exactamente dicha situación a través de una exploración clínica que le permita realizar una anamnesis adecuada y valorar el grado de riesgo en que se encuentra.

## La importancia de un marco de partida: empatía y confidencialidad

Sea cual sea la situación de su paciente en relación con las drogas, el fin último de la intervención a realizar es ayudarle a disfrutar del mayor grado posible de salud, y en caso necesario, mejorar su situación con respecto al uso del alcohol u otras drogas.
Para muchas personas resulta incómodo hablar de su consumo de drogas, por temor a recibir un juicio moral o a que dicha información pueda llegar a terceras personas que la puedan utilizar en su contra (en la familia, en el trabajo, en su círculo de amistades, etc.).
Cualquier aproximación a este tema debe partir de una actitud ética y profesional basada en promover la confianza mutua y asegurar el secreto profesional.

## El establecimiento de un clima de confianza implica:

− Adoptar una actitud profesional de escucha respetuosa con las opciones de vida de cada persona, exenta de alarmismos o juicios morales.
− Asegurar la confidencialidad a cada paciente mediante:
  - un comentario explícito al respecto,
  - la solicitud de su consentimiento si en algún momento fuera preciso hablar de su caso con terceras personas (familiar o cualquier otra persona).
− Evitar juicios de valor, o cualquier clase de comentario estigmatizador o que implique un juicio moral.

## ¿son útiles o necesarias las pruebas fisiológicas?

En algunas ocasiones, especialmente cuando quien realiza una consulta en relación con las drogas es la madre, el padre, la pareja u otro familiar cercano a la persona que supuestamente tiene un problema, se suele plantear la demanda de facilitar o prescribir la realización de alguna prueba fisiológica (parches, análisis de orina, sudor, etc.) para evaluar la situación.
Es importante saber que, en general, este tipo de pruebas no son aconsejables, dado que pueden generar rechazo (a la realización de la propia prueba o a la potencial aproximación asistencial posterior), ponen en cuestión el principio ético de respeto a la autonomía de cada paciente y, sin embargo, no aportan información relevante alguna para facilitar la intervención.

## La exploración sobre el uso de alcohol y otras drogas

Una vez elegido el momento adecuado, se puede empezar la exploración.
Adoptar un planteamiento abierto e interactivo: Plantar preguntas abiertas y en tono neutro. Facilitan la posibilidad de que el paciente responda con sinceridad, sin tener la sensación de que está siendo sometido a un interrogatorio judicial. Algunas preguntas no amenazantes ayudan al paciente a ser, en general, honesto en sus respuestas. Por ejemplo:

− Con personas adultas: «¿Ha consumido alguna vez alcohol u otras drogas?» «¿Suele consumir alcohol u otras drogas?» «Ahora, para la evaluación de su problema de salud debo saber, con exactitud, si consume alcohol u otras drogas». «Tomar algunos medicamentos a la vez que el alcohol u otras drogas, puede ser muy perjudicial para su salud. Es importante para mí saber de forma precisa si Ud. consume alcohol o alguna

otra droga, con el fin de asegurar que el medicamento que debo recetarle no le producirá efectos indeseados».

− Con adolescentes: «A tu edad, hay chicos y chicas que salen de marcha y a veces hacen botellón… ¿Qué opinas de esto?», «¿Conoces a alguien que lo haga?», «¿Qué haces cuando sales de marcha?», «¿Cuánto aguantas?», «¿Qué tomas una noche normal?», «¿Y alguna vez tomáis otras cosas?…

Evitar preguntas que:

1. Den por sentado el consumo: «¿Qué drogas consume?»
2. Dicotómicas, que sólo permiten una respuesta: «¿Consume drogas?»
3. Incluyen la respuesta dentro de la propia pregunta: «¿Drogas no, ¿verdad?», «De drogas ni hablar ¿verdad?», «Drogas ¿no consume, cierto?», etc.

Mantener una escucha activa y, si es preciso, pedir clarificaciones: Adicionalmente, si se considera que es preciso profundizar u objetivar cualquier aspecto, valorar la posibilidad de:
− Clarificar cualquier respuesta ambigua o confusa.
− Resumir la información recogida y preguntar si queda algo por abordar.
− Señalar alguna frase que le haya planteado cualquier duda.
Una vez abordado el tema del alcohol y/u otras drogas, y siempre que se considere necesario realizar una valoración más a fondo para complementar la historia clínica, puede recurrir al uso de instrumentos estandarizados de probada validez.

## Instrumentos breves de apoyo para la evaluación

Los de manejo más fácil en primer nivel de salud son:

- «Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test» (ASSIST)
- Cuestionario Audit (Alcohol use disorders identification test)
- Cuestionario Cage (Chronic alcoholism general evaluation)

## Pruebas complementarias

Como en cualquier acto clínico, las circunstancias concurrentes en cada caso (patrón y frecuencia de consumo, vía de administración, características farmacológicas de la/s

sustancias consumida/s, etc.) le permitirán valorar si precisa pruebas adicionales para completar la anamnesis.
Así, mientras consumos ocasionales o esporádicos en personas asintomáticas, no requieren pruebas diagnósticas complementarias, éstas sí pueden ser de interés en casos de diagnóstico de uso abusivo de alcohol u otras drogas, para determinar los posibles efectos del consumo sobre la salud o descartar complicaciones infecciosas

| SITUACIÓN | POSIBLES PRUEBAS ADICIONALES |
|---|---|
| Consumo abusivo de alcohol | - Marcadores bioquímicos: ácido úrico, triglicéridos, enzimas hepáticas - Marcadores hematológicos: volumen corpuscular medio. |
| Consumo abusivo de otras drogas | - Valoración estandarizada de síntomas coadyuvantes. - Prueba de tuberculina. - Electrocardiograma, radiografía de tórax, espirometría, etc. |
| Consumo actual o previo de drogas por vía parenteral | - Prueba de Mantoux, serologías para hepatitis B y C, VIH, sífilis, citomegalovirus, toxoplasma, etc. - Radiografía de tórax, espirometría, electrocardiograma, pruebas de neuroimagen, cultivos en medios específicos, etc. |

En este momento se pasaría a la fase de actuación. En la misma se pueden realizar acciones de **valoración de la motivación para el cambio**, y la llamada **"intervención breve"** (en alcohol y otras drogas).
La evidencia disponible indica que la INTERVENCIÓN BREVE ES EFICAZ.:

El *asesoramiento, clarificación y consejo clínico han sido descritos como los elementos esenciales de la intervención breve*. Cuanto más la integre en el marco del tratamiento adecuado para los problemas de salud y la prevención de las consecuencias del uso continuado de drogas, mayor será la probabilidad de éxito. Si no dispone del tiempo suficiente para profundizar en el asesoramiento, puede plantearse:

a. La entrega de un folleto de apoyo.
b. Facilitar o promover la formación de otros profesionales del equipo, para que puedan complementar su intervención.

Otra herramienta es la **"intervención familiar breve"** muy útil en intervención en el nivel primario de salud, y muy alineada con la política SAFCI.

**La Referencia a CAIFC**

En general, la evaluación diagnóstica y el tratamiento de las personas susceptibles de un diagnóstico de dependencia de las drogas deberían realizarse desde un equipo multidisciplinario especializado. Pero como ya hemos visto hasta aquí, desde la Atención Primaria se pueden realizar importantes tareas de cribado, intervención, orientación y motivación de los casos que deban derivarse a otros servicios de segundo nivel.

**CRITERIOS DE REFERENCIA**

Pacientes con síntomas de dependencia necesitan casi siempre un apoyo terapéutico intensivo que requiere especialización, tiempo y participación familiar. El tratamiento en estos casos no es fácil y puede prolongarse en el tiempo, hasta que se supera la adicción y se consolida un estilo de vida libre de drogas.
En estos casos la derivación está claramente indicada. Sin embargo, no puede abordarse como un simple trámite. Se trata de un paso crucial para el inicio del tratamiento, y como tal requiere asegurar una serie de condiciones previas o prerrequisitos.
Prerrequisitos para una correcta derivación Para optimizar los resultados asegúrese de que:

1. Su paciente entiende la necesidad de tratamiento.

2. La familia entiende, apoya y está dispuesta a participar en el tratamiento especializado.

3. Tanto el paciente como la familia entienden que la derivación no es señal de desentendimiento por su parte sino todo lo contrario, y para ello, es recomendable establecer visitas periódicas de seguimiento, que refuercen la adherencia al proceso terapéutico externalizado.

4. El paciente y su familia se comprometen a seguir puntualmente el programa al cual se les deriva.

5. El equipo especializado al que Ud. deriva a su paciente es solvente y dispone de la experiencia necesaria para asumir el caso.

## Criterios de derivación a CAIFC.

Es recomendable derivar a pacientes a centros de tratamiento especializado, cuando se presentan una o varias de las siguientes situaciones:
− Cuando después de haber aplicado la Intervención Breve, es evidente que su paciente tiene serias dificultades para alcanzar los objetivos que se había propuesto.

− Presencia de síntomas inequívocos de dependencia al alcohol u otras sustancias psicoactivas, incluido la existencia de síndrome de abstinencia.

− Fracaso recurrente tras participar en programas de asistencia especializada.

− Carencia de apoyo familiar y/o social, o con grave deterioro de las relaciones familiares, sociales y /o laborales.

− Pacientes con síntomas de deterioro físico (por ejemplo: daño cerebral, enfermedad hepática, neuropatía periférica, u otra complicación física grave).

− Personas con síntomas de patología dual, es decir con una patología psiquiátrica paralela al consumo de drogas.

## SUBPRODUCTO 13.- MARCO DE FORMACIÓN CONTINUA DE PROFESIONALES Y MEDIADORES COMUNITARIOS.

La capacitación de los profesionales y todos los agentes que van a intervenir en el desarrollo del SCATASM, y yendo más allá de la capacitación puntual, la formación continuada es fundamental para una adecuada calidad del sistema y asegurar la perspectiva de género, por poner dos cuestiones centrales.
Para ello se debe construir un sistema de formación continuada, con fondos para ello, anual, con participación en las propuestas de los profesionales, mediadores y todos aquellos que trabajan en la salud mental y adicciones comunitarias, y que revierta en

las mejores prácticas y la mejora de la satisfacción de los profesionales y la calidad de la atención en general. Por su puesto que deben tener capacitación continua todos los niveles de atención, pero en su caso se canalizará por el programa formativo de los centros hospitalarios.

Con esta perspectiva se va a proponer una estrategia formativa que es aplicable al SCATASM.

Las actividades formativas deben avanzar hacia tres objetivos.

- En primer lugar, **en la adquisición y actualización de conocimientos y habilidades en torno a las áreas priorizadas** anualmente (como, por ejemplo: la detección precoz de trastornos psicóticos o el diagnóstico de trastornos del espectro autista, la prevención del suicidio, o la intervención en patología dual).

- En segundo lugar, en el **conocimiento y respeto de los derechos humanos y de los derechos de los usuarios y el impulso a la participación en la toma de decisiones de las personas con trastorno mental y adicciones**; en este sentido, se debe abordar el deber de informar de modo claro y asumible, respetando los tiempos y adecuando el vocabulario, la incorporación de los valores y las creencias, y valores culturales de los usuarios en la toma de decisiones y las habilidades de comunicación y apoyo emocional en situaciones difíciles para facilitar el logro de los objetivos terapéuticos con el paciente. Así como estrategias de acercamiento comunitario como eje principal del trabajo terapéutico.

- En tercer lugar, se plantean **actividades formativas en calidad de los servicios**, encaminadas a avanzar en:

  - implantar una cultura de la evaluación y la mejora continua, para reducir la variabilidad clínica (extensión de la evidencia),
  - identificar riesgos y prevenir daños al paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria (seguridad del paciente), y los riesgos y responsabilidades de la intervención comunitaria.
  - para incorporar la perspectiva y experiencia del usuario en la mejora de la organización y en la implementación de programas y acciones (participación y calidad percibida).

Es importante tener claro cuáles serán las modalidades de enseñanza docente. En general se recomienda priorizar el **aprendizaje participativo en pequeños grupos con talleres o sesiones clínicas**, **la supervisión externa de casos**, la actualización de conocimientos mediante **Jornadas monográficas** y **cursos específicos en formato presencial, semipresencial y online**. En algunas de las actividades de formación se incorporará a personas usuarias como docentes que puedan aportar su perspectiva experiencial.

**ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA FORMACION CONTINUADA**

Para estructurar internamente la línea de formación continuada, desde el órgano competente de salud mental y adicciones se constituirá la **Comisión de Formación Continuada de Salud mental y Adicciones**, con las funciones de:

-. Ser el cauce adecuado de participación para la detección de necesidades formativas expresadas por los profesionales y personas que participan en el SCATASM.

-. Gestión de la organización de los cursos, contacto con ponentes, logística, diplomas, acreditación de los cursos.

-. Evaluación de las actividades docentes y mejora continua de las mismas.

-. Realizará una petición a las unidades de atención de la salud mental y adicciones, y mediadores y ONG de la red de atención, sobre las necesidades normativas que detectan entre el personal a cargo.

**CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DEL SCATASM**

Es de mucho interés, abrir una línea con iniciativas en torno al **cuidado de los profesionales y de los equipos de trabajo en salud mental y adicciones**. Los profesionales de salud mental y adicciones, en su día a día, toman contacto con problemáticas que implican gran sufrimiento personal, a las que deben atender y encauzar desde su propio estado de salud. Son funcionalmente depositarios de un intenso componente emocional inherente a las características de los usuarios, deben proporcionar contención tanto a usuarios como a familias en situaciones de especial dificultad y dar una respuesta asistencial adecuada para transformar la demanda en respuesta estructurada y estructurante.
En este sentido, se proponen **medidas saludables desde prevención de riesgos laborales**, para el cuidado de los profesionales y de los equipos de trabajo, para detectar de forma

precoz la aparición de trastornos o situaciones problemáticas y finalmente, para tratar adecuadamente al profesional enfermo y restituir los equipos de trabajo. Del mismo modo proporcionar la atención necesaria para su tratamiento, recuperación y vuelta al trabajo, todo ello desde la máxima confidencialidad.

Los objetivos que se proponen en materia de formación continuada son:

**OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

OBJETIVOS

**1. Mejorar la calidad de la atención en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, mediante la formación continuada de los profesionales.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y online con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de:

- Detección y orientación de problemas de salud mental y adicciones, especialmente para los profesionales de Primer de Atención (Medicina, Enfermería, mediadores), servicios de
  urgencias y emergencias, Educación, Juventud y Deporte y Políticas Sociales y Familia.

- Enfoque comunitario en salud mental y adicciones y acompañamiento terapéutico a profesionales de nueva incorporación en los programas de continuidad de cuidados.

- Salud mental perinatal en primer nivel de salud y en la red de salud mental.

- Atención en salud mental y adicciones a menores en situación en riesgo psicosocial.

- Detección e intervención en violencia de género (mujeres y menores) desde la red de salud mental y adicciones.

- Salud mental y uso de alcohol y drogas en población indígena.

- Detección y el manejo del riesgo suicida en primer nivel de salud, urgencias y emergencias, red de salud mental, red social y otros organismos y entidades de interés.

- Signos de alarma de Trastorno del Espectro Autista en Pediatría de primer nivel de salud y diagnóstico específico y diagnóstico complejo en la red de salud mental y adicciones.

- Trastornos de la Conducta Alimentaria en primer nivel de salud, Pediatría, Endocrinología, Aparato digestivo y red de salud mental y adicciones.

- Trastornos Personalidad Grave en primer nivel de salud y en la red de salud mental y adicciones.

- Trastornos por uso de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas), en primer nivel de salud, pediatría, medicina interna, cardiología, neumología, servicios de urgencia y emergencia.

- Trastornos por juegos de azar, y apuestas, en primer nivel de salud, pediatría

- Intervenciones psicoterapéuticas modelizadas basadas en la evidencia para primer nivel de salud, CAIFC, servicios de salud mental y adicciones de segundo nivel y tercer nivel.

**2. Mejorar la comunicación con los usuarios y fomentar el respeto de los derechos humanos y de sus derechos como usuarios.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollan talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y online con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de:

- Comunicación y trato de que incluyan técnicas de control desescalada de la agitación y contención verbal a profesionales sanitarios y no sanitarios.
- Intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento cognitivo-emocional de pacientes y familiares.
- Derechos humanos en las personas con trastorno mental para prevenir la estigmatización y promover el respeto y la atención igualitaria.

- Derechos de la mujer en relación con conocer los estigmas, barreras de acceso a servicios, enfoques diferenciales por género.
- Derechos de la población indígena en relación con el respecto de sus diferencias culturales en el abordaje se la salud mental y adicciones.

**3. Impulsar la formación en calidad de los servicios para la mejora de la atención en salud mental y adicciones.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y online con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de:

- Reducción de la variabilidad clínica a través de la implementación de la evidencia disponible y la identificación, evaluación y extensión de buenas prácticas.
- Prevención del daño y reducción del riesgo asociado con la atención sanitaria (seguridad del paciente): análisis de incidentes, sistemas de notificación, reducción de prácticas innecesarias, prácticas seguras.
- Evaluación y mejora continua, calidad percibida y participación de los usuarios.
- Liderazgo, gestión eficiente, equidad y sostenibilidad.
- Eficacia, eficiencia y efectividad de programas y tratamientos.

**4. Promover el cuidado en los profesionales de salud mental y adicciones, e impulsar medidas saludables y de prevención de riesgos en los equipos de trabajo.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- Constitución de grupos Balint.
- Formación sobre implicaciones emocionales en el profesional sanitario del suicidio, estrategias de afrontamiento y grupos de trabajo en caso de suicidio de paciente.
- Elaboración y desarrollo de Plan de acogida a profesionales afectados en las unidades de salud mental y adicciones.
- Potenciar el conocimiento del perfil e intereses profesionales de los componentes de los equipos de trabajo para favorecer su desarrollo profesional.
- Flexibilidad para la participación en comisiones o grupos de trabajo o de mejora.
- Reconocimiento de iniciativas de mejora propuestas por los profesionales.
- Impulso del trabajo en equipo, clarificando funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales.

- Participación en programas de intercambio de experiencias o definición de programas de rotación por otros servicios o unidades.

**5. Mejorar la detección precoz de problemas individuales y de equipos.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- Elaboración del programa de atención al profesional sanitarios y su difusión en los centros de salud mental y a las personas implicadas en el SCATASM.

- Constitución de una Unidad de acogida y valoración de los casos de profesionales con problemas de salud mental y adicciones, que va a gestionar los casos.

**6. Fomentar la atención adecuada a los profesionales en el caso de presentar trastorno mental y/o adicciones, y a los problemas de equipos de trabajo.**

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- Refuerzo de los recursos personales y estructurales de la Unidad de acogida y valoración, según necesidades identificadas.
- Descripción y análisis de los casos atendidos en la Unidad de Acogida y Valoración, con conflictos en motivo de consulta.
- Elaboración de documento de orientación en pacientes que son profesionales de Salud Mental y Adicciones.
- Medidas para facilitar una mejor atención a los profesionales de salud mental y adicciones cuando son pacientes (designación de profesional referente, accesibilidad por libre elección, acceso prioritario a tratamiento psicológico, colaboración y adaptabilidad en caso de hospitalización en UHB...).
- Elaboración de protocolo sobre medidas de actuación en los profesionales con Trastorno Mental Grave.
- Intervención de la Unidad de Acogida y Valoración, en caso de actuaciones suicidas de los profesionales de salud mental.
- Actividades formativas a los responsables de los equipos de Salud Mental y adicciones (sobre código ético y código de buenas Prácticas, abordaje y la solución de conflictos en las instituciones sanitarias y prevención y actuación frente a todos los tipos de acosos en el trabajo y en la administración pública)

- Asesoramiento para la mejora del funcionamiento y dinámica de los equipos.

## SUBPRODUCTO 14.- FOMENTO E INCENTIVOS PARA ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES.

En otro momento se ha señalado la importancia de mantener una adecuada calidad técnica en los programas de prevención de salud mental y adicciones; así como la calidad de los tratamientos mediante una continua actualización de las mejores prácticas según los estudios de eficacia y eficiencia.

En salud mental y adicciones hay un conocimiento limitado sobre la epidemiologia en población general. No se conoce bien los problemas más prevalentes en la población, ni la incidencia en los servicios de atención. De aquí, que la realización de estudios sobre morbilidad sea necesario e imperioso.

Desde otra vertiente hay muchos interrogantes sobre la eficacia en terreno de programas y técnicas que han probado su eficacia en otros contextos, pero que no se han validado en contextos específicos y culturas, y situaciones psicosociales.

Del mismo modo, se sabe más bien poco sobre lo que funciona mejor para mujer u hombre en los programas de prevención por las diferencias que hemos visto en otro apartado más arriba. Del mismo modo sobre los tratamientos clínicos sobre salud mental y adicciones.

En otro orden de prioridades para el SCATASM, la extensión territorial y el trabajo en poblaciones específicas, hace necesario conocer más sobre cómo trabajar en poblaciones indígenas, en situaciones de gran vulnerabilidad, poblaciones especiales como LGBTI, trabajadoras sexuales.

El enfoque comunitario también impone retos sobre cómo articular programas compactados que obtengan resultados en términos de mejor salud biopsicosocial y cultural.

Todos estos vacíos de conocimiento hacen realmente importante en SCATASM el eje de los que es Sistemas de Información sobre la salud mental y adicciones, y la estrategia de estudios e investigación.

Recientemente los Nobel de economía Esther Duflo, Abhijit Banerjee y Michael Kremer han puesto en evidencia que las políticas de desarrollo, entre ellos el desarrollo de servicios de salud y desarrollo comunitario no pueden apoyar solo en teorías, sino que se deben conjugar con ensayos sobre su impacto real y medirlo. Este planteamiento es el que se propone para el SCATASM, como mejora continua de la calidad.

## ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La investigación y los estudios sobre salud mental y adicciones debe ir ligada a la calidad de propio sistema de tratamiento SCATASM. En el apartado referido a la "Propuesta de sistema aseguramiento de la calidad, eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios en prevención y tratamiento" se propone el órgano que debe articular
la calidad asistencial. Se trata de la **Comisión de calidad del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental (SCATASM).**
Entre las funciones que puede asumir en relación a investigación y estudios estarían:

- Formular la estrategia bianual de investigación y estudios conforme a las necesidades recogidas en las unidades y servicios de atención, y a las prioridades de búsqueda de eficacia y eficiencia en las prestaciones.
- Construir en su seno un **Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones** que asegure la corrección técnica de las propuestas de investigación que les lleguen, y el cumplimiento de los estándares éticos y legales de las mismas.
- Proponer la estrategia de alianzas para investigación con Universidades, centros de investigación, empresas privadas y públicas, para ser elevada al ministerio competente para articularse en forma de colaboraciones, convenios singulares, subvenciones competitivas a proyectos etc.
- Convocar subvenciones en concurrencia competitiva, premios e incentivos para la investigación que mejoren la calidad de la prevención y tratamiento de las adicciones.
- En particular; instaurar un premio sobre los estudios de género y salud mental y adicciones.
- Formular y difundir a todos los profesionales y entidades colaboradoras, los estándares de calidad científico-técnica para trabajo en prevención y tratamiento de salud mental y adicciones.
- Coordinar con la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación modificación de los criterios de acreditación de servicios de salud mental y adicciones conforme la consolidación
- de las practicas preventivas y asistenciales por los estudios e investigaciones.

- Elaborar un mapa de recursos para la investigación en salud mental y de alianzas y fuentes de financiación.

## LA FORMACION EN INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Una parte esencial de la política en investigación en salud mental y adicciones es la creación de una "cultura" de la investigación. Esto requiere que los profesionales adopten una mirada de curiosidad por su trabajo y generar una capacidad de hacerse preguntas de investigación pertinentes.
Para conseguir esto es esencial introducir en las necesidades de formación anual módulos de investigación con el fin de llegar a la meta de incrementar el número de personas que investigan en Salud Mental, apoyando la formación en metodología de la investigación, en todos los niveles de atención, haciendo especial énfasis en el nivel comunitario y lo tratamientos en CAIFC.

## LINEAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGIAS DE ESTUDIO RELEVANTES PARA EL SCATASM

## METODOS DE INVESTIGACIÓN MAS ADECUADOS PARA EL SCATASM

Antes de exponer la propuesta de líneas de investigación, debemos referirnos a las formas de investigación que se deben emplear para avanzar en resultados de mejora de salud biopsicosocial y cultural. Por orden de potencia de metodologías, la primera recomendación son los **estudios cuasi experimentales** porque se deben realizar en entornos naturales y no permiten aleatorización de sujetos. Es el método idóneo para dirimir efectos diferenciales de tratamientos y programas, para estudiar cohortes de pacientes en el tiempo o en un momento dado. Este tipo de diseños sería de elección siempre que sea posible en estos casos. Es el método idóneo de mejora de la calidad técnica de la prevención y la atención de la salud mental y adicciones.

Las características y ventajas de estos son:
1.- Existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho.

2.- Alternativas en su diseño según necesidades: puede tener controles históricos, puede ser una comparación antes de la intervención y posterior a esta y puede haber un grupo de control externo.

3.- La principal diferencia con los experimentales consiste en que no hay aleatorización en la distribución de los sujetos en los grupos.

4.- En estos estudios no existe un control absoluto de todas las variables relevantes debido a la falta de aleatorización, por lo que son más vulnerables a los sesgos. Esto intenta evitarse realizando estudio de equivalencia entre los dos grupos en estudio para asegurar que sean lo más homogéneos posible.

5.- Su principal ventaja es que resultan más sencillos y económicos de realizar que los estudios experimentales.
6.- La única forma de realizar el estudio cuando no es posible llevar a cabo una asignación aleatoria, o cuando es preciso realizarlo en condiciones naturales.
7.- Limitaciones: son muy susceptibles de presentar sesgos, especialmente de selección y confusión. Además, el uso de grupos ya formados puede comprometer su validez externa y comprometer la aplicabilidad de los resultados. Otro inconveniente es el riesgo de presentar efecto placebo y efecto Hawtorne, lo que puede minimizarse consiguiendo que los sujetos participen en el estudio sin ser conscientes de la intervención a la que son sometidos.

El uso de **métodos de encuesta** es de interés para obtener perfiles de consumo de sustancias, para recabar la prevalencia de trastornos mentales en poblaciones, para obtener descripciones y asociación de variables de interés sobre uso de drogas, por ejemplo; hacer perfiles de consumidores, entre otras utilidades. Su limitación fundamental es referida a la selección de muestras para llegar a poblaciones cuya variable de estudio es poco prevalente en población de estudio; y que no se conocen los mecanismos que explican resultados obtenidos solo se ofrece asociación de variables.

Entre sus características se pueden destacar las siguientes:

*1.* La información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.

2. La encuesta permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras.

3. El interés del investigador no es el sujeto concreto que contesta el cuestionario, sino la población a la que pertenece; de ahí, como se ha mencionado, la necesidad de utilizar técnicas de muestreo apropiadas.
4. Permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas.
5. La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que faculta hacer comparaciones intragrupales.

Los **métodos cualitativos** de investigación se usan para profundizar en los determinantes que están detrás de hechos observados. Por ejemplo: sabemos con datos que un 40% de mujeres abandona su tratamiento de adicción, pero no sabemos por qué: el método cualitativo nos dará luz sobre lo que explica ese hecho.
La investigación cualitativa es inductiva (los conceptos se desarrollan a partir de los datos recopilados) y se enfoca no sólo en los individuos sino en el contexto que habitan. Asimismo, los estudios cualitativos requieren que los investigadores aparten sus propias creencias para valorar las opiniones y acciones de los participantes, además de reconocer el efecto de su labor sobre los entornos estudiados y los participantes.

La metodología cualitativa es pertinente para estudios que buscan recolectar datos descriptivos, que no están guiados por hipótesis rígidas, sino que son más bien exploratorios, flexibles, y que tienen por objetivo conocer el contexto de los individuos para entender los hechos sociales desde sus perspectivas.

Las Técnicas más útiles serán:
1.- Observación Participante.
2.- Entrevista individual.
3.- Focus Group – Entrevista Grupal-.
4.- Técnicas de acceso a poblaciones ocultas o de difícil acceso (usuarios de drogas de poco acceso, menores en riesgo, …)
5.- Muestreo no probabilístico "bola de nieve": El muestreo por bola de nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos. Se usa igualmente en poblaciones de difícil acceso, Entre sus ventajas la bola de nieve nos permite, parcialmente y dependiendo del caso, estimar el tamaño de una población, así como conocer aspectos centrales de los grupos como tipos de vínculos y espacios de sociabilidad frecuentes entre individuos.

**LINEAS DE INVESTIGACION DEL SCATASM**

Seguidamente expone líneas de investigación que se podrían desarrollar progresivamente mediante la Estrategia de investigación que se formule:

**SOBRE ESTRUCTURA Y CONDICIONES FISICAS Y AMBIENTALES, Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO**

1.- Estudios de mejora de condiciones físicas y organizativas para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud mental y adicciones. Teniendo en cuenta las barreras de género, vulnerabilidad, culturales y otras.

2.- Diseño de consultas para jóvenes que favorezcan el acceso a los programas de prevención y de tratamiento.

**SOBRE PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SALUD PUBLICA**

1.- Estudios de efectividad de programas preventivos en condiciones reales, validación de programas ya contrastados.

2.- Estudios para la reducción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas en entornos de ocio nocturno especialmente.

3.- Estudios de programas de reducción de daños por alcohol en entornos como la conducción, ocio nocturno, entornos festivos.

4.- Estudios de campo que innoven las redes sociales para llegar a los jóvenes y en especial a grupos vulnerables con información, reducción de daños y prevención.

5.- Validación de intervenciones comunitarias en salud mental y uso de drogas sobre prevención selectiva e indicada.

6.- Estudios de prevención en el medio laboral dirigidos a reducir la siniestrabilidad por uso de alcohol y otras drogas.

7.- Estrategias preventivas para poblaciones indígenas.

8.- Estudio de Impacto de programas de prevención del delito.

**SOBRE PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑOS**

1.- Estudios sobre impacto de programas de consumo seguro, y ensayo de medidas para disminuir enfermedades infecciosas sobre la salud.

2.- Estudios de alternativas al uso de pasta base mediante uso de hoja de coca como reducción de daños, y otras alternativas de reducción de daños.

3.- Impacto de los programas de reducción de daños en el medio penitenciario.

4.- Programas comunitarios en poblaciones de riesgo y contextos especiales sobre reducción de daños (lugares de consumo controlado, dispensación de preservativos, kits de consumo seguro...)

**SOBRE PROGRAMAS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES**

1.- Estudios en el terreno de variables diferenciales en cuanto a factores de riesgo entre chicas y chicos sobre salud mental y el abuso de alcohol y otras drogas.

2.- Estudios sobre barreras para el acceso a programas de prevención y programas de tratamiento, y ensayo de medias alternativas.

3.- Estudios clínicos sobre modelos de tratamiento con perspectiva de género.

**SOBRE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.**

1.- Estudios de adaptación de los programas de tratamiento a población indígena.

2.- Estudios de evaluación de programas de tratamiento de salud mental y adicciones para poblaciones vulnerables en condiciones reales.

3.- Estudios de eficacia de tratamientos en el terreno.

4.- Estudios sobre tratamientos de salud mental y adicciones desde la perspectiva de género.

5.- Elaboración de protocolos clínicos modelados en la evidencia científica.

6.- Estudios de eficiencia de tratamientos para la toma de decisiones sobre recomendaciones clínicas.

**SOBRE PROGRAMAS DE REHABILITACION Y REINSERCION**

1.- Estudios sobre componentes de los programas de reinserción eficaces.
2.- ExPrivados de libertad y variables críticas de reinserción.
3.- Componentes de los programas de reinserción socio laboral eficaces con perspectiva de género.
4.- Componentes de programas de reinserción sociolaboral de jóvenes infractores...
5.- Estudios sobre mejora de los componentes de la rehabilitación psicosocial: programas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de habilidades de la vida diaria, psicoeducación personal y familiar y rehabilitación vocacional, …

## PROGRAMACIÓN POR LINEAS ESRATÉGICAS, OBJETIVOS, ACCIONES E INDICADORES DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

---

## OBJETIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1. Impulsar la atención de calidad a los trastornos mentales y de adicciones en todo el territorio de Bolivia.

2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta;

3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental y las adicciones;

4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

5.- Promover la investigación en salud mental.

## LINEAS ESTRATÉGICAS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

1. Promover una Red integrada de tratamiento de salud mental y adicciones para prevenir y actuar tempranamente en el inicio del deterioro de la salud mental y la adicción.
2. Fortalecer y convertir en eje esencial del sistema la rehabilitación y reinserción sociolaboral.
3. Hacer de la perspectiva de género uno de los ejes transversales centrales en todo el SCASTASM.
4. Situar la estrategia basada en la coordinación y colaboración entre todos los agentes implicados (administración estatal, departamental y local, sociedad civil, empresas y administraciones en todos sus niveles) en el centro de la gestión del SCATASM.
5. Fortalecer la estrategia de prevención del binomio delito/adicción/salud mental, como herramienta básica para disminuir los efectos deletéreos de la judicialización en colectivos vulnerables como mujeres y jóvenes.
6. Impulsar la adopción de estrategias de reducción de daños por el uso de drogas, en medio comunitario y en entorno penitenciario, en colectivos específicos en riesgo para la salud física y mental.
7. Garantizar la atención sanitaria de las adicciones y salud mental en condiciones de accesibilidad y equidad respecto de otras patologías del sistema único de salud.
8. Potenciar la formación de todos los colectivos y ámbitos de actuación de interés dentro del SCATASM, en especial: jueces y fiscales, profesionales sanitarios y sociales, policía penitenciaria y comunitaria, educadores, SEDES Y SEDEGES departamentales, Municipios, SLIMS, Defensoría de Menor, ONGs, y otros.

9. Implementar un sistema de información sobre drogas y salud mental y un sistema de registro de actividad asistencial del SCATASM, que permita compartir las bases de datos con otros actores del sistema.
10. Incorporar el tratamiento de adicciones y salud mental en el Sistema Único de Salud (S.U.S.), que garantice la asistencia a las adicciones en las mismas condiciones que el resto de las patologías y una adecuada reinserción sociolaboral.

## LINEA ESTRATEGICA 0:

## POLÍTICA DE PERSONAL PARA LA IMPLEMENTACION DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM), QUE PROMUEVA LA ESTABILIDAD EN EL EMPLEO, Y UNOS RATIOS DE PROFESIONALES POR POBLACION ATENDIDA DE CALIDAD.

## OBJETIVO GENERAL 0.1.

**Conocer los ítems disponibles en Ministerio de salud y del SUS, y entidades públicas y privadas financiadas por el Ministerio de salud, gobiernos departamentales y municipales; y estimación de gasto público para la salud Mental y Adicciones. Para proyectar las necesidades de ítems en el periodo del plan de acción.**

## JUSTIFICACIÓN

La creación de un sistema de atención y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones con enfoque comunitario es un reto que se ha iniciado con un muy buen paso, al quedar integrada en el Sistema único de Salud la atención a dicho problemas sanitarios.

La precariedad y la escasez de los ítems actuales en salud mental y adicciones aconsejan una política y una estrategia a largo plazo que permita ir incorporando nuevos ítems al sistema y además proporcionar la máxima estabilidad posible en los puestos de trabajo.

Bolivia gasta un 0,2% de su presupuesto de salud en salud mental, lo que la sitúa en la cola de la región en gasto público en salud mental (datos de 2010, IESM - Organización Mundial de la Salud)[71]. La tasa de psiquiatras en Bolivia es de 1.06 por 100 mil habitantes siendo una de las mas bajas de la región. En lo que se refiere a enfermería la tasa por 100 mil habitantes está en 0,34, psicólogos 0,46, trabajador social 0,25 y terapeutas ocupacionales un 0,20; resultando en todos los casos también las más bajas de la región.

Por todo ello, es primor dial que los esfuerzos se dirijan a una serie de medidas que permitan en el medio plazo ir paliando estos déficits estructurales de la atención a la salud mental y las adicciones.

## ACCIONES

### 0.1.1. Realizar un estudio de ítems disponibles para apoyar la implementación de sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.

[71]INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA DEL SUR Mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM. Organización Mundial de la Salud 2010) Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.

Estimación de costes: Trabajo técnico de recopilación de datos, redacción de catálogo de recursos de salud mental y adicciones. Reuniones de coordinación.

### 0.1.2. Hacer un catálogo de ítems por titulaciones, ubicación y tipo de contratos.

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.

Estimación de costes: Trabajo técnico de redacción, reuniones de coordinación.

### 0.1.3. Hacer una proyección de ítems necesarios de cada categoría profesional para cubrir las necesidades de atención según población y dispersión geográfica.

Horizonte temporal: primer trimestre de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.

Estimación de costes: Trabajo técnico de redacción, reuniones de coordinación.

## INDICADORES

- **Indicadores:**

  - De proceso:

**IP-0.1.1.** Disponer de los documentos del estudio de ítems, el catálogo y la proyección de necesidades para el periodo de este plan operativo.

  - De resultado:

**IR-0.1.1.** Mejorar la satisfacción de los usuarios de SCATASM, y de los profesionales medido en escalas, cada año sucesivo de incorporación de ítems al sistema de atención y tratamiento hasta fin de plan operativo.

## OBJETIVO GENERAL 0.2.

**Proyectar unas vías de adscripción de los Ítems disponibles al sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental y para la sostenibilidad para el futuro.**

**ACCIONES**

**0.2.1. Realizar una propuesta de integración de los ítems al sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.**

Horizonte temporal: mitad de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, Municipios, Ministerio Competente en contratación de ítems.

Estimación de costes: Trabajo técnico redacción de la propuesta de integración.

**0.2.2. Realizar un estudio y una propuesta para la funcionarización de los ítems.**

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, Municipios, Ministerio Competente en contratación de ítems.

Estimación de costes: trabajo técnico de elaboración de la propuesta. Reuniones de estudio con agentes implicados.

**INDICADORES**

- De proceso:

**IP-0.2.1.** Existencia del documento de integración de ítems y propuesta de funcionarización.

- De resultado:

**IR-0.2.1.** Mejorar la satisfacción de los usuarios de SCATASM, y de los profesionales medido en escalas, cada año sucesivo de incorporación de ítems al sistema de atención y tratamiento hasta fin de plan operativo.

**IR-0.2.2.** Incremento al doble de las tasas de profesionales para la salud mental y adicciones respecto al informe (IESM. Organización Mundial de la Salud 2010) (ver referencia 65)

## LINEA ESTRATEGICA 1:

## GOBERNANZA PARA EL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL DESDE EL MINISTERIO DE SALUD: SALUD PUBLICA Y SUS.

## OBJETIVO GENERAL 1.1.

## Ordenar y reformar las estructuras del Ministerio de Salud y los órganos de participación para sostenibilidad de los programas y planes de salud mental y adicciones: salud pública y SUS.

**JUSTIFICACIÓN**

La gobernanza de la promoción, prevención y tratamiento de las adicciones y la salud mental es la piedra angular de la sostenibilidad del sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental. En este momento, el Ministerio de salud cuenta con un AREA DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES dentro de la UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Es decir, no existe un departamento con rango de Dirección que se pueda ocupar de toda la parte de promoción y prevención de las adicciones y la salud mental, y la planificación de la atención; así como un área específica dentro de SUS que se ocupe de la atención a las adicciones y la salud mental. La ausencia de estas estructuras públicas de gobernanza de la salud mental y adicciones, son un hándicap importante en el mantenimiento de una política continuada y de calidad.

**ACCIONES**

**1.1.1. Modificar la estructura del Ministerio para adaptarla a las nuevas exigencias del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM), en materia de prevención y tratamiento.**

Horizonte temporal: primera primer semestre de 2021. Segunda fase final 2023.

Agentes implicados: Ministerio de salud.

Estimación de costes: Trabajo técnico de adaptación de los reglamentos ya existentes, reuniones de coordinación,

**1.1.2. Crear una estructura mínima específica para el funcionamiento y dinamización de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno prevista en la ley 913.**

Horizonte temporal: primera primer semestre de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de salud.

Estimación de costes: Costes de contratación de ítems a determinar. Equipamientos informáticos, mobiliario. Costes de difusión y trabajo territorial inicial de la unidad de gestión de la Red.

**1.1.3. Constituir un órgano de participación de administraciones, entidades y sociedad civil en materia de salud mental específicamente.**

Horizonte temporal: primera primer trimestre de 2021

Agentes implicados: Ministerio de salud.

Estimación de costes: Reuniones con sociedad civil, jornadas. Costes de gestión de la Red de Salud Mental asumidos por la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.

**INDICADORES**

De proceso:

**IP-1.1.1.1.** Para primer semestre de 2021 se habrá aprobado una estructura de gobernanza del SCATASM que contemple la promoción y prevención, el tratamiento, la rehabilitación y reinserción, y la coordinación territorial. Segunda fase para final 2023.

**IP-1.1.1.2.** Para primer semestre de 2020 se habrá constituido una figura de Coordinación del Programa Nacional de Prevención y tratamiento de las Adicciones (PNPTA)

**IP-1.1.1.3.** Para primer semestre de 2020 se habrá constituido la unidad de gestión de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno

- De resultado:

**IR- 1.1.** Duplicar el gasto público en salud mental y adicciones para final de 2023, en estructuras de gobernanza estatales y descentralizadas, conforme al informe IESM. Organización Mundial de la Salud. 2010

## LINEA ESTRATÉGICA 2:

## PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PUBLICA Y EL SISTEMA UNIFICADO DE SALUD. CONSIDERACION DE PERSPECTIVA DE GÉNERO.

## OBJETIVO GENERAL 2.1

**Impulsar la acción planificada de promoción y prevención de la salud mental y adicciones desde programas de Salud Pública, desde el primer nivel de salud y desde los CAIFC (Centros de atención integral familiar y comunitaria), de modo coordinado.**

## JUSTIFICACIÓN

La intervención de promoción de salud mental y adicciones es un proceso que se inicia desde programas poblacionales, sean universales, selectivos o indicados de Salud pública; continua en forma de programas de intervención desde la Atención primaria de Salud en la consulta de médicos de familia, pediatras y la enfermería; y continua en los CAIFC a través de campañas de promoción, programas de prevención comunitarios y en las consultas de psiquiatría, psicología, trabajo social y otros profesionales adscritos. En este momento no hay una acción sistemática coordinada que permita evaluar resultados a medio y largo plazo una política de promoción y prevención para disminuir la aparición de problemas de salud mental y adicciones. Nos referimos a una acción múltiple y complementaria como es la acción de prevención y promoción desde programas de salud pública, más la acción de promoción y prevención desde el primer nivel de salud, y, por último, la realizada desde los Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC).

## ACCIONES

**2.1.1. Redactar, aprobar y difundir los planes de promoción y prevención de la salud mental y las adicciones, con perspectiva de género, desde la Salud pública, incidiendo en estrategias de uso de las redes sociales en campañas de medios, programas escolares, de familia y en el medio laboral. Todo ello conforme a las recomendaciones según la evidencia en prevención.**

Horizonte temporal: Redactado y aprobado un plan de prevención comunitario, escolar, familiar y laboral en salud mental y adicciones, para primera mirad de 2021. Difusión a todas las entidades implicadas para final de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio de Educación. Ministerio de trabajo (Dirección General de Trabajo, Higiene y Seguridad Ocupacional) y otros agentes implicados.

Estimación de costes: Trabajo técnico de redacción de los documentos, reuniones de coordinación, edición de planes o estrategias conjuntas. Difusión por todo el país y capacitaciones para su gestión.

**2.1.2. Diseñar e implementar un programa formativo con perspectiva de género, continuado descentralizado anual, para la elaboración de programas de prevención en salud mental y adicciones para el personal de salud pública, para los profesionales de primer nivel de salud, para CAIFC, y para el personal de higiene y seguridad ocupacional.** [72]

Horizonte temporal: implementado último trimestre de 2020 y cada año.

Agentes implicados: Ministerio de salud (unidad de género), SEDES departamentales. Municipios. Ministerio de Educación. Ministerio de trabajo (Dirección General de Trabajo, Higiene y Seguridad Ocupacional)

Estimación de costes: Redacción del programa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de impartir la formación a expertos. Gastos por desplazamientos territoriales.

**INDICADORES**

- De proceso:

**IP-2.1.1.1.** Para final de 2020 deberá estar redactada el plan de acción desde Salud Pública dirigida a comunidad y a la familia en salud mental y adicciones. Para mitad de 2021 el plan de acción para educación, y del medio laboral.

**IP-2.1.1.2.** Junto con SEDES y municipios, educación, y trabajo, difundir el plan de acción preventiva para su implantación en todo el territorio, durante 2021.

[72] Acción que corresponde a la línea estratégica ….. sobre formación.

**IP-2.1.2.1.** Disponer de un documento anual consensuado de formación continuada aprobado para su implantación para los ámbitos de: salud pública, profesionales de primer nivel de salud, CAIFC e higiene y seguridad ocupacional, y descentralizado en SEDES y municipios, en último trimestre de 2020, y los sucesivos años de vigencia del plan de acción para el SCATASM.

**IP-2.1.2.2.** Para fin de 2020, se habrá consensuado en los órganos de coordinación territoriales, la estrategia de difusión de la formación que se aplicará el año siguiente.

**IP-2.1.2.3.** Dentro del programa formativo deberá haber módulos de perspectiva de género, de evidencia en prevención y evaluación de programas preventivos.

- De resultado:

**IR- 2.1.1** Disminución, en al menos 3 puntos al año de implantación de los programas, de consumo de riesgo en adolescentes y jóvenes de diferentes drogas y alcohol y tabaco según línea base de encuestas de consumo anteriores.

**IR-2.1.2.** Disminución de en al menos 3 puntos las sospechas de malestar psicológico en estudio epidemiológico sobre salud mental realizado como base en 2021, conforme a la escala de GHQ de Goldberg, en población adolescente y juvenil.

**IR-2.1.3.** Disminución en al menos 3 puntos, al año de implantación (2023), del consumo de riesgo observado en entornos laborales por trabajadores, conforme a datos de consumo de drogas y alcohol en medio laboral. Así como, los fallecidos en el trabajo donde está implicado el consumo de sustancias conforme a registros de trabajo según datos de Instituto de investigaciones forenses de Bolivia.

**IR-2.1.4.** Incremento de la habilidad percibida, conforme encuesta, para implementar programas de prevención en los ámbitos de la formación referidos antes.

**IR-2.1.5.** Aumento del número de programas de prevención de la salud mental y adicciones puestos en marcha, respecto a la línea base del ministerio de salud, educación y trabajo, al año de la formación recibida.

**IR-2.1.6.** Incremento del conocimiento práctico por encuesta de valoración, para aplicar en los programas preventivos: la perspectiva de género, basados en la evidencia y con evaluación.

## LINEA ESTRATÉGICA 3:

## DE ORGANIZACIÓN Y CALIDAD DE LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DEL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

# OBJETIVO GENERAL 3.1

**Definir en conjunto de prestaciones del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la salud Mental (SCATASM) con el fin de asegurar la equidad de la atención en todos los niveles de atención y en el todo el territorio.**

**JUSTIFICACION**

Si hay un elemento esencial para que funciones un sistema de prevención y atención de las adicciones y la salud mental es una buena organización de los recursos disponibles a todos los niveles y conforme a la responsabilidad establecida para cada uno de ellos. El otro pilar básico para que sea una prestación pública de calidad, accesible y equitativa para todos, es la calidad de los servicios en un sentido amplio.
En el sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM) la organización y la calidad se entienden como una serie de procesos que deben cumplir los servicios que se prestan para asegurar dichas prestaciones.

La **cartera de servicios comunes del SCATASM** dentro del Sistema Único de Salud en salud mental y adicciones es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones en salud mental y adicciones.

**ACCIONES**

**3.1.1. Implementar la cartera de servicios del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la salud Mental (SCATASM), mediante la redacción y aprobación de la normativa, difusión de la misma, y capacitación a los diferentes niveles de gobierno departamental y municipios y la constitución de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación para la gestión de los procedimientos de calidad y acreditación en salud mental y adicciones.**

Horizonte temporal: redacción y aprobación de la normativa para final de 2020. Capacitaciones finalizadas en primer semestre de 2021. Constitución de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, e Implementación para último trimestre de 2021. Difusión realizada a final de primer semestre de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Red de Prevención Integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración social de personas con adicciones (ley 913). Redes de salud mental.

Estimación de costes: Redacción de la normativa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

**INDICADORES**

- De proceso:

**IP- 3.1.1.1.** Para final de 2020 estará redactada y aprobada la normativa de cartera de servicios del SCATASM.

**IP- 3.1.1.2.** Para final de primer semestre de 2021 estarán realizadas las capacitaciones de gobiernos departamentales, municipios, CAIFC, primer nivel de salud, recursos de salud mental y adiciones de segundo nivel y tercer nivel.

**IP- 3.1.1.3.** Para final de primer semestre de 2021 estará distribuido el documento de la cartera de servicios en todos los centros y dispositivos de la red el SCATASM.

**IP- 3.1.1.4.** Para último trimestre de 2021 se habrá constituido la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, y se habrá aprobado si régimen de funcionamiento.

- De resultado:

**IR- 3.1.1.** Para final de 2022, se habrá cumplido la aplicación de la cartera de servicios en un 80% de los centros auditados en su cumplimiento.

**IR- 3.1.2.** Para final de 2022 se habrá incrementado la satisfacción de los usuarios respecto a línea base de encuesta en 2020, de modo que será como mínimo de notable en una escala de uno a diez sobre la calidad de la atención percibida.

**IR- 3.1.3**. Para final de 2022 se habrá incrementado la satisfacción de los profesionales del SCATASM en respecto a línea base de satisfacción en 2020, sobre la calidad de tratamientos, hasta un mínimo de notable en una escala de uno a diez en una escala ad hoc.

## OBJETIVO GENERAL 3.2

**Asegurar la seguridad en la atención y los niveles de calidad mínimos exigibles para una adecuada intervención preventiva, asistencial y rehabilitadora y de reinserción.**

**JUSTIFICACION**

El pilar básico para que sea una prestación pública de calidad, accesible y equitativa para todos, es la calidad de los servicios en un sentido amplio, y en particular lo referido a que los centros y servicios tengan cumplimiento continuo de los requisitos mínimos exigibles para poder estar en funcionamiento, y no sólo eso, sino los requisitos técnicos deseables para poder recibir un estatus de acreditado y por ello poder ser susceptible de conveniar con las administraciones públicas, y poder formar parte de las Redes de prevención y atención a la salud mental y adicciones.

La **acreditación como centro o programa específico de asistencia a las adicciones y salud mental** supone el reconocimiento, por parte de la administración competente en materia de adicciones y salud mental, del cumplimiento de los requisitos que se

establezcan y se regulen por normativa al efecto y, resultado de ello, se reconoce una calidad mínima exigible y una mayor calidad en la prevención y tratamiento de las personas afectadas por problemas salud mental y de abuso y dependencia de drogas.

**ACCIONES**

## 3.2.1. Implementar el procedimiento acreditación de la calidad de los centros y servicios Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la salud Mental (SCATASM) mediante la redacción y aprobación de la normativa al efecto, difusión y capacitación de los diferentes niveles de gobiernos departamentales y municipales

Horizonte temporal: redacción y aprobación de la normativa para final de 2020. Capacitaciones finalizadas en primer semestre de 2021. Difusión realizada a final de primer semestre de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios.

Estimación de costes: Redacción de la normativa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

**INDICADORES**

- De proceso:

**IR- 3.2.1.1.** Para final de 2020 estará redactada y aprobada la normativa de acreditación de servicios del SCATASM.

**IP- 3.2.1.2.** Para final de primer semestre de 2021 estarán realizadas las capacitaciones de gobiernos departamentales, municipios, CAIFC, primer nivel de salud, recursos de salud mental y adiciones de segundo nivel y tercer nivel.

**IP- 3.2.1.3.** Para final de primer semestre de 2012 estará distribuido el documento de acreditación de servicios en todos los centros y dispositivos de la red el SCATASM.

- De resultado:

**IR- 3.2.1.** Para final de 2022, habrán obtenido la acreditación de servicios en un 80% de los pertenecientes al SCATASM.

**IR- 3.2.2.** Para final de 2022 se habrá incrementado la satisfacción de los usuarios respecto a línea base de encuesta en 2020, de modo que será como mínimo de notable en una escala de uno a diez sobre la calidad de la atención percibida.

**IR- 3.2.3**. Para final de 2022 se habrá incrementado la satisfacción de los profesionales del SCATASM en respecto a línea base de satisfacción en 2020, sobre la calidad de tratamientos y servicios, hasta un mínimo de notable en una escala de uno a diez en una escala ad hoc.

## OBJETIVO GENERAL 3.3

**Asegurar una adecuada continuidad en los tratamientos y en la intervención preventiva, de forma que se trabaje en redes comunitarias y entre niveles de atención en salud mental y adicciones.**

## JUSTIFICACIÓN

Establecer criterios de derivación de unos niveles a otros del SUS en salud mental y adicciones es una tarea que se debe realizar en conjunto entre los profesionales de cada dispositivo y nivel de atención.
Se deben establecer los casos en que se puede remitir un paciente a un tratamiento específico, unas pruebas diagnósticas, un régimen de tratamiento más intensivos, entre otros motivos de derivación.

En el sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM) la organización y la calidad se entienden como una serie de procesos que deben cumplir los servicios que se prestan para asegurar dichas prestaciones. Entre ellos están los protocolos de referencia y contrarreferencia.

Los **protocolos de referencia y contrarreferencia** entre dispositivos y niveles de atención permiten ordenar y regular la continuidad de tratamientos dentro del sistema. La mejora de la calidad de modo continuado del SCATASM, asegurando la adecuada coordinación entre niveles, es la única forma de prestar las mejores intervenciones preventivas, de tratamiento y de rehabilitación y reinserción.

Respecto a la actividad preventiva en salud mental y adicciones se debe asegurar una continuidad en las intervenciones escolares especialmente, de modo que se cubran los ciclos del desarrollo infantil con las intervenciones más apropiadas según la literatura científica. Para ello se trabajará en un **plan estratégico de prevención de salud mental y adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente.**

**ACCIONES**

## 3.3.1. Implementar los protocolos de referencia y contrarreferencia para todo el Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la salud Mental (SCATASM), mediante su redacción, aprobación, difusión y capacitación de los diferentes niveles de salud y los gobiernos departamentales y municipales.

Horizonte temporal: redacción y aprobación de la normativa para final de 2020. Capacitaciones finalizadas en primer semestre de 2021. Difusión realizada a final de primer semestre de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud en todos los niveles, SEDES departamentales. Municipios.

Estimación de costes: Redacción de la normativa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de

capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

## 3.3.2. Implementar un Plan Estratégico de Prevención de Salud Mental y Adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente, mediante su redacción, aprobación, difusión y capacitación de los diferentes niveles de salud y los gobiernos departamentales y municipales.

Horizonte temporal: redacción y aprobación del Plan Estratégico para primera mitad de 2021. Capacitaciones finalizadas en segundo semestre de 2021. Difusión realizada a final de segundo semestre de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud en todos los niveles, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio de Educación y centros educativos.

Estimación de costes: Redacción del Plan Estratégico por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

**INDICADORES**

- De proceso:

**IR- 3.3.1.1.** Para final de 2020 estarán redactados los protocolos de referencia y contrarreferencia de todos los servicios del SCATASM.

**IP- 3.3.1.2.** Para final de primer semestre de 2021 estarán realizadas las capacitaciones sobre los protocolos de referencia y contrarreferencia, de gobiernos departamentales, municipios, CAIFC, primer nivel de salud, recursos de salud mental y adiciones de segundo nivel y tercer nivel. Y centros y recursos públicos y privados concertados.

**IP- 3.3.1.3.** Para final de primer semestre de 2021 estará distribuido el documento de los protocolos de referencia y contrarreferencia de servicios en todos los centros y dispositivos de la red el SCATASM.

**IP- 3.3.2.1.** Para primera mitad de 2021 estará redactado y aprobado el Plan Estratégico de Prevención de Salud Mental y Adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente.

**IP- 3.3.2.2.** Para segundo semestre de 2021 estarán realizadas las capacitaciones sobre Plan Estratégico de Prevención de Salud Mental y Adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente, de gobiernos departamentales, municipios, CAIFC, Ministerio de Educación y centros educativos de primaria secundaria y bachiller. Y centros y recursos públicos y privados concertados.

**IP- 3.3.2.3.** Para final de segundo semestre de 2021 estará distribuido el Plan Estratégico de Prevención de Salud Mental y Adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente en todos los centros y dispositivos de la red el SCATASM.

- De resultado:

**IR- 3.3.1.** Para final de 2022, habrán aplicado los protocolos de protocolos de referencia y contrarreferencia en un 100% de los casos según auditoria al efecto.

**IR- 3.3.2.** Para final de 2022 se habrá incrementado la satisfacción de los usuarios respecto a línea base de encuesta en 2020, de modo que será como mínimo de notable en una escala de uno a diez sobre la calidad de la atención percibida.

**IR- 3.3.3**. Para final de 2022 se habrá incrementado la satisfacción de los profesionales del SCATASM en respecto a línea base de satisfacción en 2020, sobre la calidad de tratamientos y servicios, hasta un mínimo de notable en una escala de uno a diez en una escala ad hoc.

**IR- 3.3.4.** Para final de 2022, se habrá puesto en marcha el Plan Estratégico de Prevención de Salud Mental y Adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente, en todos los centros Escolares de primaria y secundaria.

**IR- 3.3.5.** Para final de 2023 habrá un aumento de un 30% de la detección de problemas de salud mental infanto juvenil en primaria y secundaria respecto a estudio de base en 2021; y el tratamiento de los mismos será de un 100% de los detectados.

**IR- 3.3.6**. Para final de 2023 se habrá incremento de un 70% la satisfacción de los profesionales de educación y de salud en respecto a línea base de satisfacción en 2021, sobre la atención a los problemas de salud mental y uso de drogas en primaria y secundaria y bachiller

## LINEA ESTRATÉGICA 4:

## CALIDAD DE LA ATENCION, FORMACION E INVESTIGACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

## OBJETIVO GENERAL 4.1

**Asegurar una adecuada calidad científico-técnica de la atención de los programas de prevención, y centros y servicios de adicciones y salud mental.**

### JUSTIFICACION

El hecho de que los centros y dispositivos de atención en Bolivia sea en su mayoría privados, y en un estatus diferente respecto a la atención de otras patologías físicas, ha generado que no se contemple en las normas de habilitación, certificación y acreditación este tipo de recursos para la salud mental y las adicciones. Por ello es esencial, trabajar en la incorporación de los centros y servicios de atención de las adicciones y la salud mental en los procedimientos administrativos existentes del habilitación, categorización y acreditación.

Conforme se ha puesto de manifiesto en economía de la desigualdad y el desarrollo, es preciso generar una investigación aplicada sobre las prácticas y programas de prevención, tratamiento y reinserción, desde un enfoque cuasi experimental. A través de una programación de investigaciones sobre el terreno que nos permita identificar que practicas son exitosas y eficientes, podremos creas un ciclo continuo de mejora de la calidad y un ahorro de costes.
Por otro lado, no hay una estimación de la prevalencia poblacional de los trastornos de salud mental más relevantes, por lo que es preciso elaborar un estudio ad hoc. Del mismo modo, para las adicciones que deben complementar los estudios cuantitativos con cualitativos para enriquecer los resultados. Es preciso una encuesta nacional de consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales para genere una serie periódica valida que de tendencias.

## ACCIONES

### 4.1.1.- Incorporar en todo el territorio, la habilitación y acreditación de centros y servicios de atención a las adicciones y la salud mental en los tres niveles de atención

Horizonte temporal: primera fase final de 2020. Redacción y aprobación de la normativa para final de 2020. Capacitaciones finalizadas en primer semestre de 2021. Difusión realizada a final de primer semestre de 2021. Segunda fase final 2023.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.

Estimación de costes: Trabajo técnico de adaptación de los reglamentos ya existentes, reuniones de coordinación, edición de las nuevas normal y su aprobación. Difusión por todo el país de las normas y capacitaciones para su gestión.

### 4.1.2.- Puesta en marcha de un procedimiento de control y evaluación periódica de los programas y las practicas que se realizan en los centros y servicios de atención a las adicciones y la salud mental, para poder evaluar la eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios en prevención y tratamiento.

Horizonte temporal: final 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, municipios.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

## INDICADORES

De proceso:

**IP-4.1.1.1**.- Existencia de un documento de normativa y reglamento de habilitación y acreditación de centros y servicios de atención a la salud mental y adicciones en los tres niveles.

**IP-4.1.1.2.-** Existencia de un procedimiento de solicitud y gestión para dichos actos administrativos en cada una de los SEDES departamentales.

**IP-4.1.1.3.-** Para final de 2020 estarán habilitados y acreditados un 50% de los centros públicos y privados de atención a las adicciones y la salud mental.

**IP-4.1.2.1.-** Existencia de un documento de control de la calidad de los programas de reducción de la demanda para cada uno de los niveles y servicios de atención, que establezca un procedimiento de control de aplicación de las buenas prácticas en clínica y prevención.

**IP-4.1.2.2.-**Elaboracion de una estrategia de territorialización del control de la calidad.

**IP-4.1.2.3.-** Elaboración de una guía de buenas prácticas basadas en la evidencia para los trastornos más prevalentes en los CAIFC, Comunidades terapéuticas, y resto de dispositivos a atención en los tres niveles.

De resultado:

**IR-4.1.1.1.**- Incremento de la calidad percibida de la atención en salud mental y adicciones en los centros públicos y privados medido en escalas de satisfacción, a los seis meses y al año de implantación de los procedimientos.

**IR-4.1.2.1.-** Aumento de la adherencia a los tratamientos de salud mental y/o adicciones, reducción de duración de ingresos hospitalarios, respecto a línea base previa a la implantación. A los seis meses y al año.

**IR-4.1.2.2.-** Aumento de la satisfacción de los profesionales de salud mental y adicciones con el Sistema de calidad.

## OBJETIVO GENERAL 4.2

**Impulsar la investigación aplicada en prevención, tratamiento y reinserción para la mejora del coste eficacia de las intervenciones en Salud Mental y adicciones, dentro de un proceso de mejora continua de la calidad de las prestaciones.**

### JUSTIFICACIÓN

En este momento no hay estructuras de impulso y regulación de la investigación y los estudios que puedan ayudar a proveer las mejores prácticas de tratamiento y prevención. Un pilar fundamental es disponer de un órgano colegiado que impulse y controle la calidad de la prevención y la asistencia. Este órgano debe ocuparse de una función de mejora continuada de las buenas prácticas para que sean los más actuales posibles, eficaces y eficientes.

### ACCIONES

**4.2.1. Constituir una comisión de investigación para los cometidos de control de la calidad de la prevención y la asistencia de Salud mental y adicciones, y elaboración del plan bianual de investigación experimental aplicada de SCATASM.**

Horizonte temporal: final 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los
procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

**4.2.2. Elaborar un plan bianual de investigación experimental aplicada, con enfoque territorial, con perspectiva de género, y grupos vulnerables.**

Horizonte temporal: último trimestre 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

**4.2.3. Establecer el procedimiento de norma interna para que los resultados de investigaciones sean trasladados a la práctica habitual de los centros y servicios.**

Horizonte temporal: último trimestre 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

**INDICADORES**

De proceso:

**IP-4.2.1.** Para final de 2020 estará constituida la Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.

**IP-4.2.2.** Para el primer trimestre de 2021 estará elaborado el plan bianual de investigación experimental aplicada de SCATASM que contemple perspectivas de género y vulnerabilidad. Y así sucesivamente en los años, 2022 y 2023 de vigencia de este plan.

**IP-4.2.3.** Para final de 2021 se estará redactado y aprobado, y difundido entre los CAIFC y otros niveles de atención un procedimiento interno de traslado de evidencia científica en prevención y tratamiento sobre salud metal y adicciones en la práctica clínica.

De resultado:

**IR-4.2.1.** Para el final del periodo de vigencia del plan en 2023 estará incrementada la percepción de la calidad de la atención en salud mental y adicciones en un 30% según escala de medida, respecto a línea base de 2020.

**IR-4.2.2.** Incremento de la percepción de mejora de la calidad de la atención en salud mental y adicción por parte de los profesionales del SCATASM respecto a medición entre 2020 y 2023.

**IR-4.2.3.** Para el fin de 2023 el 80% de los profesionales del SCATASM estarán usando las directrices de actualización de las técnicas preventivas y terapéuticas.

## OBJETIVO GENERAL 4.3

**Conocer la aproximación de la epidemiologia de la Salud mental y las adicciones en Bolivia, mediante técnicas adecuadas de estimación, que permita generar series temporales.**

**JUSTIFICACION**

En el momento actual no se dispone de un estudio epidemiológico de salud mental y de consumo de drogas de gran escala tanto en población general como en población escolar. Es una buena herramienta de tendencias a largo plazo de comportamientos de consumo y de trastornos más prevalentes en población general. Con ello es posible una planificación de servicios y de programas preventivos.

**ACCIONES**

**4.3.1. Realizar un estudio epidemiológico sobre salud mental y adicciones en Bolivia con validez de estimación Territorial por departamentos y áreas de especial vulnerabilidad.**

Horizonte temporal: último trimestre 2020-primer trimestre de 2021

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

**4.3.2. Realizar estudios con metodologías cualitativas y estudios para conductas de consumo poco prevalentes que complemente los estudios cualitativos.**

Horizonte temporal: último trimestre 2020 a fin de plan de acción 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

**INDICADORES**

- De proceso:

**IP-4.3.1.** Para final de 2020 estará elaborado de diseño de la investigación epidemiológica preparado para ser realizado.

**IP-4.3.2.** Para mitad de 2021 estará implementado el estudio epidemiológico y con los resultados y conclusiones cara a la planificación de la prevención y el tratamiento de salud mental y adicciones.

**IP-4.3.3.** Para final de 2021 se habrá realizado un estudio sobre la accesibilidad a los centros de tratamiento de poblaciones vulnerables y de la mujer con perspectiva de género.

De resultado:

**IR- 4.3.1.** Para final de 2023 se habrá mejorado la atención de la población de la salud mental y las adicciones, medida por la satisfacción de los usuarios respecto a mediciones de 2020.

## OBJETIVO GENERAL 4.4

**Reforzar la investigación en adicciones y salud mental mediante alianzas con universidades y centros de investigación, y la administración pública y entidades privadas. Preferentemente investigación cuasi experimental y aplicada.**

### JUSTIFICACION

La investigación no se puede hacer de modo asilado y se requiere alianzas para el sostenimiento de la misma a largo plazo, y porque es en centros universitarios y otros donde disponen las mejores herramientas para ello. La colaboración de la administración sanitaria con la universidad y otros centros de estudios es actualmente limitada y sin una planificación a largo plazo.

### ACCIONES

**4.4.1. A través de la Comisión de investigación de Salud mental y adicciones, se promoverá una alianza con la Universidad en materia de investigación aplicada en salud mental y adicciones.**

Horizonte temporal: último trimestre 2020-primer trimestre de 2021

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.
Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

### INDICADORES

- De proceso

**IP- 4.4.1.** Para primer trimestre de 2021 estará firmado el primero convenio con las universidades en materia de investigación.

**IP-4.4.2.** Para segundo trimestre de 2021 se habrá diseñado el primer estudio al amparo del acuerdo entre Ministerio de Salud y Universidades.

**IP-4.4.3.** Se pondrá en marcha en primer trimestre de 2021 un acuerdo para la asistencia técnica para la actualización de la cartera de servicios del SCATASM, basada en la evidencia.

De resultado:

**IR- 4.4.1.** Se habrá mejorado para 2023 en la satisfacción de los profesionales del SCATASM el resultado de los tratamientos y programas preventivos, según una línea base de medida en 2020.

## LINEA ESTRATÉGICA 5:

## ACCIONES ESPECIFICAS PARA POBLACIÓN INDÍGENA.

# LINEA ESTRATÉGICA 5:
# ACCIONES ESPECIFICAS PARA POBLACIÓN INDÍGENA

### JUSTIFICACIÓN

Bolivia está entre los países de la región que tiene una importante proporción de indígenas en su población. Según (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2013), el 29% de los jefes de hogar se identificaron con algún pueblo indígena, siendo la zona del altiplano la que concentra la mayor proporción de indígenas. En (Banco Mundial, 2015) se exponen las brechas persistentes en contra de la población indígena, en aspectos como el acceso a servicios básicos, niveles de educación e ingresos.

La OPS ha reportado que la población indígena es una población vulnerable a los trastornos de salud mental y adicciones, en temáticas como el suicidio y otros trastornos mentales graves; y problemas de abuso de alcohol. Los problemas derivados de la identidad con su pueblo, produce una desubicación respecto a los valores centrales de su pueblo, que pueden terminar en una mayor susceptibilidad de padecer problemas mentales y de adicciones. De aquí que la prevención tenga una especial relevancia para minimizar los factores de riesgo que predisponen a problemas de salud mental y adicciones.

Para los pueblos indígenas no existe un programa específico en la prevención, ni tampoco para el abordaje del tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Existen programas dispersos dirigidos por instituciones y grupos cristianos, con un impacto relativo. Estos centros no cuentan con el apoyo de profesionales y se basan

específicamente en su religión. Se requiere una capacitación continua a los voluntarios de estos centros, para que puedan ser acreditados por el Ministerio de Salud.

**ACCIONES**

**5.1.1. Constituir un grupo de trabajo para la elaboración de un programa de promoción y prevención de la salud mental para población indígena y para la prevención de las adicciones, desde una perspectiva de multicultural.**

Horizonte temporal: Debe estar constituido para final de 2020. Y celebrada primera reunión para mes de octubre 2020.

Agentes implicados: Ministerio de salud, otros ministerios competentes en políticas indígenas.

Estimación de costes: Reuniones de coordinación, redacción y edición del programa. Difusión por todo el país del programa.

**INDICADORES**

De proceso:

**IP- 5.1.1.1.** Para fin de 2020 se habrá hecho una constitución formal del grupo de trabajo para elaborar el programa.

**IP- 5.1.1.2.** Habrá un reglamento de trabajo del grupo con un cronograma para fin de 2020.

- De resultado:

**IR-5.1.1.** Satisfacción de los profesionales con la política de prevención y tratamiento sobre salud mental y adicciones en población indígena, en comparación con antes de disponer de programas.

**IR-5.1.2.** Disminución de la línea base de trastornos de salud mental y adicciones en población indígena, al año de implantación de los programas. (CEPAL-OPS, 2011)[73].

[73] Salud de la población joven indígena en américa latina: CEPAL-OPS, 2011

## OBJETIVO GENERAL 5.2

**Formar al personal de CAIFC, y entidades colaboradoras en la prevención tratamiento y rehabilitación/reinserción, en la perspectiva indígena para la promoción y prevención, y tratamiento de la salud mental y adicciones**

**JUSTIFICACIÓN**

Hay un déficit de formación para la atención de población indígena en abordaje de la salud mental y las adicciones desde una perspectiva multicultural. El conocimiento de los contextos sociales vinculados a una violencia estructural contra dichas poblaciones, y conocimiento de su cosmovisión son esenciales para un adecuado enfoque en la elaboración de programas terapéuticos y preventivos.

**CCIONES**

**5.2.1. Elaborar una propuesta formativa continuada para el personal de CAIFC en intervenciones promoción y prevención de la salud mental y**
**Adicciones con perspectiva indígena, así como sobre programas de tratamiento y rehabilitación/reinserción.**

Horizonte temporal: El último trimestre de 2020 deberá estar elaborada la propuesta de formación para 2021, y así sucesivamente cada año.

Agentes implicados: Ministerio de salud, otros ministerios competentes en políticas indígenas.

Estimación de costes: Reuniones de coordinación, redacción y edición del programa formativo. Difusión por todo el país del programa.

**INDICADORES**

De proceso:

**IP- 5.2.1.1.** Existencia de un documento de programa formativo aprobado para fin de 2020.

**IP- 5.2.1.2.** Para primer trimestre de 2021 se habrá realizado la difusión del programa y establecido un calendario de fechas y ponentes para la formación.

- De resultado:

**IR-5.2.1.** Satisfacción con la actividad formativa por parte de los profesionales formados, y percepción positiva de la capacidad de trabajar desde esta perspectiva.

**IR-5.2.2.** Mejora de la captación de personas indígenas con problemas de salud mental y adicciones, respecto línea base, al año de implantación de los programas. (CEPAL-OPS, 2011)[74].

**IR-5.2.3.** Incremento de la satisfacción de la población diana indígena con el enfoque y la accesibilidad a los programas de promoción y prevención, los programas de tratamiento.

[74] Salud de la población joven indígena en américa latina: CEPAL-OPS, 2011

## LINEA ESTRATÉGICA 6:

## ACCIONES SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y JOVENES CON CONDUCTAS ANTISOCIALES CON ENFOQUE COMUNITARIO.

## OBJETIVO GENERAL 6.1

**Integrar las acciones sobre adolescentes y jóvenes con conductas antisociales y uso de drogas en las acciones preventivas y de intervención sobre el riesgo y la vulnerabilidad desde una perspectiva comunitaria.**

## JUSTIFICACION

La problemática de la comisión de delitos menores como robos con o sin violencia en jóvenes, acompañado por un consumo de alcohol y drogas y conductas antisociales en el momento de cometer el delito es un problema que se puede atajar desde una perspectiva preventiva. Una buena parte de estos delitos podrían ser reconducidos hacia evitar la judicialización e implementar medidas de tratamiento de salud mental y consumo de drogas, y será una oportunidad para recuperar al joven de su comportamiento delictivo y de su consumo de sustancias psicotrópicas.

Como se ha puesto de manifiesto en estudios sobre programas preventivos eficaces para jóvenes, la intervención en medio familiar de familias de riesgo, en medio escolar y medio comunitario son estrategias prometedoras para intervenir de modo selectivo e indicado (NIDA 2004)[75]. Por otro lado, la intervención selectiva e indicada en adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta factores de riesgo familiares y del entorno, así como individuales, es una estrategia eficaz de intervención para lograr resultados en comportamientos de riesgo y delictivos (UNODC, 2018)[76].

**ACCIONES**

[75] Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. NIH-NIDA, 2004)

[76] Estándares internacionales en prevención del uso de drogas. UNODC, segunda edición actualizada, 2018)

**6.1.1.- Implantar programas, en el medio escolar, de prevención selectiva e indicada de detección precoz de familias y adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social, por salud mental y abuso de alcohol y drogas, y especialmente con conductas antisociales. Diferenciando medidas específicas de género.**

Horizonte temporal: final de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Educación, Ministerio de salud.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para coordinación. Costes de presentación en centros educativos en tiempo de técnicos. Posible consultoría para el impulso y preparación y asesoramiento en el programa. Elaboración de materiales de apoyo centro escolar y gastos de difusión en medios e internet (redes sociales).

**6.1.2.- Implantar programas dentro de las comisarías de Policía, de Intervención con jóvenes con conductas antisociales y consumo de drogas en coordinación con los programas escolar y comunitario de drogas y delincuencia. Diferenciando medidas específicas de género.**

Horizonte temporal: final 2021.

Agentes implicados: FELCN, Gobernaciones y Municipios, ONG, Ministerio de Salud, CONALTID, Viceministerio de Desarrollo Social, Régimen penitenciario.

Estimación de costes: Recursos de formación de policía comunitaria, CAIFC, SEDES, SEDEGES, ONG, y régimen penitenciario en lugares de implantación del programa de prevención del delito. Costes de coordinación y tiempo de técnico asignado al programa.

**6.1.3.- Implantar programas de intervención social en medio abierto para jóvenes en riesgo de abuso de drogas y conductas antisociales, en el ámbito de los servicios sociales y CAIFC.**

Horizonte temporal: final 2021

Agentes implicados: Gobernaciones y Municipios, ONG, Ministerio de Salud, Régimen penitenciario. FELCN. Ministerio de Empleo, deportes.

Estimación de costes: Recursos de formación de agentes comunitarios en el programa: CAIFC, SEDES, SEDEGES, ONG, municipios en programas en medio abierto. Costes de coordinación (Centros educativos, CAIFC, FELCN, programas de empleo y deporte, gobernaciones y Municipios) y tiempo de técnicos asignado al programa. Contratación de Educadores de calle.

**6.1.4.- Implantar un programa de apoyo a jueces y fiscales, que incluye un programa formativo para el ámbito de las adicciones y conductas antisociales, y medidas no privativas de libertad y alternativas a la prisión para el tratamiento. Diferenciando medidas específicas de género.**

Horizonte temporal: final 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, Régimen penitenciario, FELCN Ministerio de justicia, Ministerio de Gobierno.

Estimación de costes: Recursos de formación de jueces y fiscales, y otros agentes del ámbito judicial.

**INDICADORES**

De proceso:

**IP-6.1.1.1**- Existencia de un documento del programa consensuado y aprobado para final de 2020.
**IP-6.1.1.2.-** Porcentaje de alumnos en vulnerabilidad social y con consumo de drogas y conductas antisociales detectados sobre el total de alumnos diana.

**IP- 6.1.2.1.-** Para mitad de 2021. Redacción y aprobación de un documento de prevención de la delincuencia para jóvenes y adultos con problemas de salud mental y consumo de drogas de enfoque comunitario para la policía, con su programa formativo para los agentes implicados.

**IP- 6.1.2.2-** Para finales de 2021 estarán formados un 50 % de policías comunitarios, y para finales de 2023 estarán formados el 100%.

**IP- 6.1.2.3.-** Cobertura de al menos un 70 % de los policías comunitarios en el programa de prevención del delito.

**IP- 6.1.2.4.-** Formación en un 100% en el programa de los CAIFC, los recursos de Gobernaciones y Municipios prioritarios, ONG con programas comunitarios y equipos multidisciplinares de prisiones.

**IP- 6.1.2.5.-** Porcentaje de jóvenes que se les aplica el programa sobre el total de detecciones de problemas con drogas.

**IP- 6.1.3.1.-** Número de documentos aprobados de programas de intervención social en medio abierto para jóvenes y adultos en riesgo de salud mental y abuso de drogas y delincuencia, con su programa formativo para los agentes implicados; por parte de entidades implicadas (CAIFC, SEDEGES, ONG, Municipios)

**IP- 6.1.3.2.-** Cobertura de un 100 % de los CAIFC, en programas de intervención social en medio abierto para jóvenes y adultos en riesgo de salud mental y abuso de drogas y delincuencia.

**IP- 6.1.3.3.-** Formación en un 100% en programas de intervención en medio abierto de los CAIFC, los recursos de Gobernaciones y Municipios prioritarios, ONG con programas comunitarios y equipos multidisciplinares de prisiones.

**IP- 6.1.3.4.-** Porcentaje de jóvenes y adultos captados para el programa de intervención en medio abierto sobre el total de detecciones de problemas con drogas en jóvenes y adultos atendidos.

**IP- 6.1.4.1.-** Porcentaje de jueces y fiscales formados sobre el total de jueces y fiscales.

**IP- 6.1.4.2.-** Porcentaje de jóvenes y adultos a los que se les ha aplicado medidas alternativas a la prisión para tratar la salud mental y adicciones sobre el total con delitos con consumo de drogas.

De resultado:

**IR-6.1.1**.- Reducción de la línea base de número de delitos en adolescentes con problemas de salud mental y consumo de drogas sobre años anteriores.

**IR- 6.1.2.-** Disminución del número de jóvenes y adultos que no entran en prisión por delitos y consumo de drogas del total de detenidos por entrar en programa de prevención del delito.

**IR-6.1.3.-** Porcentaje de jóvenes y adultos que reducen el comportamiento delictivo y el consumo de drogas a los seis meses de entrar en el programa de prevención del delito.

**IR-6.1.4.-** Porcentaje de jóvenes y adultos que reducen el comportamiento delictivo y el consumo de drogas, medido por escalas, a los seis meses de entrar en el programa de intervención en el medio abierto.

**IR-6.1.5.-** Porcentaje de jóvenes y adultos que permanecen en programas alternativos a la prisión a los seis meses, sobre el total remitidos.

## OBJETIVO GENERAL 6.2

**Promover la no estigmatización del tratamiento de adicciones para personas privadas de libertad, mediante su integración dentro de Sistema de prestaciones públicas, con un sistema de aseguramiento de la calidad de las prestaciones.**

**JUSTIFICACION**

Desde la LEY 913, 16 DE MARZO DE 2017.- LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS se señala en su ARTÍCULO

29. (RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO) se crea la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana. Esta articulo pone las bases de que la consideración de las adicciones como parte del Sistema Nacional de salud. Retomando este hecho, se da un paso de mucha trascendencia con la promulgación de Sistema Único de salud, en la Ley 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, que pone las bases de las prestaciones del sistema de salud

de carácter público y gratuito. En este contexto, se considera transcendental que el S.U.S contemple la atención sanitaria de las adicciones como parte de la cartera de servicios del mismo. Y por extensión que toda la atención sanitaria de las adicciones dentro del sistema penal de privación de libertad.
Esta propuesta que se hace aquí tiene la virtud de considerar al PPL como un usuario más del sistema de salud con la única circunstancia del que ha sido privado de libertad, por lo que se aborda una cuestión de derechos fundamentales como es el derecho a la equidad de la atención en salud para cualquier ciudadano independientemente de su condición. Así mismo se podrá paliar en parte significativa, el impacto negativo de las políticas con énfasis en el control del consumo de drogas y no en el problema de salud pública que constituye, como ha puesto de manifiesto el informe de PNUD de 2015 sobre "Políticas de control de drogas y desarrollo Humano".

**ACCIONES**

**6.2.1.- Recoger por normativa legal la integración de los tratamientos de adicciones y salud mental para personas privadas de libertad dentro del Sistema Único de Salud (S.U.S)**

Horizonte temporal: final de 2020

Agentes implicados: DGRP, Ministerio de Salud

Estimación de costes: Costes de la asunción de la atención a las adicciones en PPL por parte del S.U.S., cuantificables en atenciones ambulatorias, recursos intermedios y hospitalarios. Costes de coordinación de las unidades ministeriales correspondientes.

**6.2.2.- Se establecerá el sistema de acreditación de centros y programas de atención para las adicciones para personas privadas de libertad que contemple los diferentes niveles de atención. Y un programa de formación para su aplicación en los diferentes niveles de atención. Todo ello dentro del SCATASM.**

Horizonte temporal: Primer trimestre de 2021

Agentes implicados: Ministerio de Salud y DGRP.

Estimación de costes: Costes de personal implicado en la redacción del Sistema de acreditación. Conlleva costes de personal y desplazamientos para la formación en el sistema de acreditación.

**6.2.3.- Se formulará y se publicará el conjunto de prestaciones para la atención de personas privadas de libertad, que deberán formar parte del Sistema Único de salud, del sistema de servicios sociales, y del sistema de empleo; y la correspondiente cartera de servicios que prestan cada uno de ellos.**

Horizonte temporal: primer semestre de 2020.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, DGRP, ministerio de trabajo, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de prestaciones para las personas privadas de libertad. Gastos de reuniones y coordinación.

**INDICADORES**

De Proceso:

**IP-6.2.1.1-** Existencia del documento normativo que recoge la integración de las personas privadas de libertad (PPL)dentro del S.U.S.

**IP-6.2.1.2-** Elaborar un documento de integración del tratamiento de las adicciones y la salud mental de personas privadas de libertad (PPL), con análisis de necesidades, recursos, ítems necesarios y costes de dicha integración, y cronograma.

**IP-6.2.1.3.-** Registrar en S.U.S., para poder ser susceptibles de atención, al 100% de los internos con adicciones y/o problemas de salud mental, o en su caso asegurar la atención a los indocumentados, para final de 2020.

**IP-6.2.2.1.-** Estará formulado y documentado un procedimiento de acreditación para todos los programas de intervención de adicciones en los tres niveles de atención para PPL, consensuado con los Gobiernos Departamentales y Municipales.

**IP-6.2.2.2-** Realización de las actividades de formación para el 100% de dispositivos de tratamiento que les incumbe, sobre los requisitos técnicos de la acreditación y el procedimiento de solicitud de la misma

**IP-6.2.3.1**.- Existencia del documento de las prestaciones de salud entendida como conjunto de servicios que él SUS ofrece a los ciudadanos e incluye actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas, rehabilitadoras y de promoción y mantenimiento de la salud. A nivel social y de empleo elaborar un documento similar, y su cartera de servicios y programas correspondiente. Y su publicación y aprobación en la colección "Norma Nacional de caracterización de Establecimientos" en la parte de Salud, y la que corresponda para Servicios sociales y empleo. Todo ello referido a las PPL.

**IP-6.2.3.2.-** Elaboración del documento de cartera de servicios del S.U.S en adicciones; entendida como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias en adicciones. Y elaboración de un documento similar en atención social y recursos de empleo. Todo ello referido a las PPL.

De Resultado:

**IR-6.2.1-** Mejora de la atención a las adicciones percibida por los servicios médicos y equipos multidisciplinares y los propios usuarios, antes y después de la integración.

**IR- 6.2.2.-** Disminución de consumo de drogas durante el ingreso y tras la privación de libertad en reinserción, y del estado de salud general percibido por los afectados.

**IR-6.2.2.-** Para final de 2021 estarán acreditados el 100% de los recursos de atención a las adicciones para los PPL.

**IR-6.2.3.-** Mejora de la atención a las adicciones percibida, antes y después de su entrada en funcionamiento, difusión de la misma, por el personal de salud y equipos multidisciplinarios de prisiones.

## LINEA ESTRATEGICA 7:

## PROGRAMAS DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS POR USO DE ALCOHOL Y DROGAS

## OBJETIVO GENERAL 7.1:

**Impulsar la elaboración de estrategias de reducción de riesgos y daños por uso de alcohol y otras drogas, que permita establecer grupos vulnerables, y acciones selectivas en colectivos de riesgo.**

### JUSTIFICACIÓN

La política de reducción de daños desde una perspectiva de salud pública se basa en trabajar mejora el estado de salud del usuario de alcohol y drogas como un objetivo intermedio en tanto se continua un consumo de la sustancia. En el caso del alcohol o tabaco porque son sustancias legales y en el caso de otras drogas porque el sujeto no está preparado para un proceso de cambio para abandonar su uso.
En Bolivia es una estrategia nueva que apenas si ha tenido desarrollo, pero según recomendaciones internacionales (ver apartado SUBPRDUCTO 8: ESTRAEGIA DE REDUCCION DE DAÑOS EN ALCOHOL Y OTRAS DROGAS DESDE LA SALUD PUBLICA), está avalado su implementación porque tienes efectos muy positivos en ese grupo de poblaciones.

Por otro lado, las estrategias que indicen en la reducción de los riesgos asociados a una mayor probabilidad de provocar una mala salud mental y/o consumo de sustancias, como son los riesgos ambientales (familia, amigos iguales, entrono laboral, contextos urbanos y sociales, normativas legales y reguladoras sobre uso de sustancias, entre otras),

se demuestran de una necesidad imperiosa dentro de los programas de prevención y reducción de riesgos.

**ACCIONES**

**7.1.1 Elaborar una estrategia de reducción de daños en materia de alcohol que contemple acciones en venta de alcohol y consumo en ocio nocturno, conducción, y violencia de género, y se aplique en salud pública y el SUS (primer nivel y CAIFC), y un programa formativo.**

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de estrategia de reducción de daños. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

**7.1.2. Elaborar una estrategia de daños en drogas ilegales para colectivos más vulnerables. En especial privados de libertad, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad, población indígena, prostitución. Y un programa formativo.**

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de estrategia de reducción de daños. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

**7.1.3.- Disponer de un Programa implantado de reducción de daños por consumo de drogas en la prisión dirigido a PPL, con perspectiva de género, que contemple entre otras medidas: prescripción de medicamentos sustitutivos, implementación programa de masticado de coca como reducción de daños; actuación en casos de sobredosis, en caso de urgencias neurológicas, psiquiátricas o cardiovasculares por uso de drogas;**

**entrenamiento de primeros auxilios entre PPL; habilitación de zonas de consumo seguro; educación entre pares sobre consumo seguro; disposición de preservativos; entre otras medidas.**

Horizonte temporal: final de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios. Psiquiatras penitenciarios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de programa de reducción de daños intrapenitenciario. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

**INDICADORES**

- De Proceso:

**IP-7.1.1.1-** Para final de 2021 se habrá elaborado documento de una estrategia sobre reducción de daños en alcohol y se habrá aprobado para su implantación

**IP-7.1.1.2-** Para primer trimestre de 2022 se habrá puesto en marcha el programa formativo sobre reducción de daños en alcohol y otras drogas para el primer nivel, CAIFC, prisiones.

**IP-7.1.2.1-** Para final de 2021 se habrá elaborado un documento de estrategia de reducción de daños sobre drogas ilegales y aprobada su implementación.

**IP-7.1.3.1-** Para segundo semestre de 2021 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multiprofesionales en el programa, así como personal de Dirección de prisión y Régimen penitenciario, Ministerio de salud, policía penitenciaria, y otras instancias de interés.

**IP-7.1.3.2.-** Existencia de un documento de programa de reducción de daños intrapenitenciario para el primer semestre de 2021.

**IP-7.1.3.3.-** Para la fecha de segundo semestre de 2021 cada centro penitenciario y carceletas dispondrá de su programa de reducción de daños intrapenitenciario listo para ser implantado.

**IP-7.1.3.4.-** Número de internos/as integrados en el programa de reducción de daños intrapenitenciario al semestre.

De Resultado:

**IR-7.1.1.1-** Para final de 2023 se habrá reducido en número de incidencias por uso de alcohol en servicios de urgencias, conducción alcohólica respecto al año, y otros indicadores, respecto a línea base según registros hasta 2021.

**IR-7.1.2.1-** Para final de 2023 se habrá reducido en número de incidencias por uso de drogas ilegales en servicios de urgencia y en prisiones respecto al año, y otros indicadores, respecto a línea base según registros hasta 2021.

**IR-7.1.3.1-** Disminución de las urgencias por intoxicación por drogas, abstinencias, patologías derivadas de uso no seguro de drogas, de enfermedades infecciosas y ETS´s, antes y después de implantar el programa de reducción de daños (6-12 meses).

**IR-7.1.3.2.-** Satisfacción de los usuarios, personal de salud y equipo multiprofesional, y dirección y policía con el programa (3-6 meses).

## LINEA ESTRATÉGICA 8:

## REINSERCION DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIONES SEGÚN EL MODELO COMUNITARIO.

## OBJETIVO GENERAL 8.1

**Conseguir la continuidad del proceso de reinserción para personas privadas de libertad, con el fin de minimizar las probabilidades de reingreso en prisión y favorecer una integración social plena. Considerando la perspectiva de género.**

### JUSTIFICACION

Los programas comunitarios de apoyo a la reinserción social tienen como requisito indispensable un elevado nivel de articulación de las autoridades penitenciarias con organismos estatales y organizaciones civiles, de forma de asegurar orientación a los ex reclusos en la búsqueda de oportunidades de trabajo, de vivienda, y en la continuación de los estudios y continuidad en procesos de recuperación de su adicción. En la medida que se consiga esta articulación existe evidencia que indica un considerable nivel de efectividad en procesos de reinserción.

Hay evidencias de hasta un 30% de resultados exitosos en ex PPL con delitos violentos, a través de estrategias de mentoring o ayuda entre jóvenes, servicios sociales, tratamientos del consumo de drogas u otros problemas de salud mental, y educación (Braga, Piehl y Hureau, 2009)[77]. Diversos reportes han establecido la efectividad intervenciones Unidades intrapenitenciarias de tratamiento de adicciones (comunidades terapéuticas), especialmente cuando la intervención se combina con la continuación del tratamiento en comunidades terapéuticas fuera de la prisión, o con otras formas de apoyo estructurado después de la salida de la prisión, con

[77] Braga, A.; Piehl, A. y Hureau, D. (2009). "Controlling Violent Offenders Released to the Community: An evaluation of the Boston Reentry Initiative". Journal of Research in Crime and Delinquency. Vol. 46, 411-436.

reducciones de hasta un 34% de arrestos y un 40 % las recarcelaciones, en personas que han entrado en programas de tratamiento de adicciones (Welsh, 2007)[78].

En Bolivia el diagnóstico de la situación de la reinserción de PPL es la carencia de programas estructurados que aseguren una continuidad del proceso de reinserción de dentro a afuera, en gran medida por la carencia de recursos de acogida comunitarios que permitan aglutinar los programas de tratamiento de adicciones, un abordaje de salud mental, y aprendizaje de habilidades sociales, laborales y educativas.

ACCIONES

**8.1.1. Elaborar un programa de coordinación para elaboración de Itinerario personalizado de reinserción para PPL con problemas de adicciones, desde la perspectiva de género, y un procedimiento de seguimiento, entre DGRP, gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicios médicos y equipos multidisciplinarios de prisiones, empleo, deporte, y otros de interés.**

Horizonte temporal: primer semestre de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones, empleo, deporte.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas de reinserción e implementación de los mismos en tiempo de trabajo. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

**8.2.1. Elaborar un programa de Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC de Salud. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.**

Horizonte temporal: primer semestre de 2021.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones, empleo, deporte.

[78] Welsh, W. (2007). "A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment". Criminal Justice and Behavior, Vol. 34, 1481-1498

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas de reinserción e implementación de los mismos en tiempo de trabajo. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

## INDICADORES

De Proceso:

**IP-8.1.1.1-** Se habrá constituido para mitad de 2021, una comisión para coordinación de los programas de reinserción de PPL que impulsará la continuidad de la reinserción, hará seguimiento y tomará medidas para preservar la buena marcha del proceso.

**IP-8.1.1.2-** Para primer semestre de 2021 se habrá elaborado un documento de bases para elaborar un itinerario personalizado de reinserción y un procedimiento de coordinación para el seguimiento con todos los recursos comunitarios implicados, tomando como eje del mismo y punto de referencia los CAIFC de salud.

**IP-8.1.1.3.-** Para primer trimestre de 2021 cada prisión y carceleta dispondrá de su protocolo adaptado a su territorio para ser implementado. Se articularán el itinerario y los recursos disponibles.

**IP-8.2.1.1.-** Se habrá elaborado para primer semestre de 2021, una comisión para elaborar las bases Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC, entre DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicios médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones.

**IP-8.2.1.2.-** Para segundo semestre de 2021 estará disponible un documento de bases para elaborar Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC. Y se habrá realizado la presentación a los centros penitenciarios, y su personal técnico, y los CAIFC y recursos de empleo, deporte, ONG, y otros de interés.

**IP-8.2.1.3.-** Para primer semestre de 2022 cada prisión y carceleta dispondrá de su Programa de acogida para la reinserción social de ex privados de libertad con problemas de adicciones en los CAIFC adaptado a su territorio para ser implementado.

De Resultado:

**IR-8.1.1.-** Reducción en un 20% las reincidencias en el delito, y los reingresos en prisión.

**IR-8.1.2.-** Mejora en los parámetros de estado de salud percibida, consumo de drogas, y bienestar psicológico de las personas en reinserción, medido en escalas al efecto. Comparar estado de salud en programa de preparación para la salida en libertad y a los 3 meses, 6 meses y 12 meses.

**IR-8.2.1.-** Proporción de salidas en libertad de presos con problemas de adicciones que son acogidos en los CAIFC, sobre los que se pierden en el proceso y no llegan.

**IR-8.2.2.-** Retención en programa de reinserción en los CAIFC al cabo de 3 meses, 6 meses y al año de entrar. Proporción de los que siguen en programa sobre el total que entraron en los periodos señalados.

**IR-8.2.3.-** Reducción en un 20% las reincidencias en el delito, y los reingresos en prisión, respecto a años anteriores, tras la puesta en marcha del programa de acogida en los CAIFC.

**IR-8.2.4.-** Mejora en los parámetros de estado de salud percibida, consumo de drogas, y bienestar psicológico de las personas en reinserción acogidos en los CAIFC, medido en escalas al efecto. Comparar estado de salud en programa de preparación para la salida en libertad y a los 6 meses y 12 meses.

## OBJETIVO GENERAL 8.2

**Promover programas psicoeducativos eficaces en jóvenes infractores para favorecer la no reincidencia tanto en centros cerrados, para mejorar el impacto de la prevención del delito y la reinserción. Considerando la perspectiva de género.**

**JUSTIFICACIÓN**

Desde una perspectiva técnica, el proceso de reinserción social comporta que los jóvenes infractores realicen amplios reajustes vitales, cambios de actitudes y conductas, en su relación con los demás y con su familia, y en sus vinculaciones con los ámbitos escolares, formativos y laborales.

La respuesta a la infracción debe ser socio educativa tanto para los padres como para los jóvenes. Un programa para adolescentes infractores debe dotar a los jóvenes de las habilidades y valores necesarios para la adquisición de una mayor competencia social, ayudándoles a reconocer que existen tales habilidades, a entender sus beneficios, a determinar en qué grado ellos las poseen o pueden aprenderlas y mejorarlas. Los programas más eficaces en la reducción de la reincidencia son aquellos basados en la perspectiva cognitivo-conductual de la delincuencia, la cual pretende equipar al sujeto antisocial con habilidades que le permitan enfrentarse a los problemas con sus propios recursos.

La implementación de programas de incremento pro social en la institución penitenciaria ha demostrado resultados significativos en la reducción de reincidencia, hasta de un 23%. Entre ellos, actualmente el Programa de Pensamiento Pro social es uno de los más utilizados con delincuentes juveniles, el cual apunta a trabajar con factores de riesgo cognitivos, emocionales y de conducta, demostrando su eficacia en el incremento de habilidades de interacción y disminución de sus distorsiones cognitivas y justificación del delito (Redondo Illescas, Martínez Catena, & Andrés Pueyo, 2012)[79].

Es necesario incidir tanto en los programas de prevención del delito comunitarios, como dentro de instituciones cerradas en este enfoque de reinserción. Así como, dentro de los programas de intervención en el

medio educativo cuando hay presencia de drogas y situaciones de vulnerabilidad social y familiar.

ACCIONES

**8.2.1. Promover la implantación de programas psicoeducativos eficaces en jóvenes infractores para favorecer la no reincidencia, mediante formación específica de servicios médicos y equipos multidisciplinarios de prisiones, CAIFC de salud, ONG y otros agentes implicados. Teniendo en cuenta la perspectiva de género.**

Horizonte temporal: primer semestre 2021

[79] Redondo Illescas, S., Martínez Catena, A., & Andrés Pueyo, A. (2012). Intervenciones con delincuentes juveniles en el marco de la justicia: investigación y aplicaciones. EduPsykhé, 11(2), 143-169.

Agentes implicados: DGRP, Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicio médicos y equipo multidisciplinarios de prisiones.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los programas psicoeducativos e implementación de los mismos en tiempo de trabajo. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

**INDICADORES**

De Proceso:

**IP-8.2.1.-** Se habrá elaborado para segundo semestre de 2021, una capacitación sobre programas psicoeducativos para jóvenes infractores de probada eficacia.

**IP-8.2.2.-** Para primer semestre de 2021 estará disponible un documento de bases para un programa psicoeducativo para jóvenes infractores con diseño de evaluación y perspectiva de género, homologado para todos los centros y programas de reinserción de menores infractores.

De Resultado:

**IR-8.2.1.-** Disminución en un 20% de las reincidencias en menores infractores incluidos en programas psicoeducativos de probada eficacia, respecto a línea base de años anteriores.

**IR-8.2.2.-** Retención en programas psicoeducativos al cabo de 3 meses, 6 meses y al año de entrar. Proporción de los que siguen en programa sobre el total que entraron en los periodos señalados.

**IR-8.2.3.-** Mejora en los parámetros de estado de salud percibida, consumo de drogas, y bienestar psicológico de menores en programas psicoeducativos, medido en escalas al efecto, a los 6 meses y 12 meses.

## LINEA ESTRATÉGICA 9:

## PERSPECTIVA DE GENERO EN ES SISTEMA COMUNITARIO DE ATECNION Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SCATASM)

## JUSTIFICACION

Actualmente es parte intrínseca de cualquier sistema sanitario considerar de modo efectivo en la promoción, prevención y tratamiento de cualquier enfermedad, la perspectiva de género. Y este criterio, aun es más importante, si cabe, en la atención a la salud mental y el consumo de sustancias por la carga de estigmas que acompañan a ese tipo de trastornos. Del mismo modo la prevención de dichos problemas conlleva tener que considerar, necesariamente, que los factores de riesgo y protección para padecer un problema de salud mental y/o drogas son bastante diferentes en la mujer y en el hombre.

En Bolivia no hay un enfoque planificado ni activo actualmente para articular esta respuesta diferenciada. La propuesta que se hace aquí sería de algún modo innovadora al contar con instrumentos de gestión de la perspectiva de género que pueden permitir trabajar eficazmente en ello.

La mujer en general tiene más problemas de ansiedad y depresión que en hombre, sin embargo, el hombre tiene más problemas de adicciones, la mujer oculta más su adicción, y el hombre "normaliza" su consumo negando su importancia..., son algunos ejemplos de un enfoque diferencial.

## OBJETIVO GENERAL 9.1

**Ampliar el conocimiento entre los profesionales y gestores y directivos, y la sociedad en general de lo que es la perspectiva de género en salud y en salud mental y adicciones en particular.**

**9.1.1. – Elaborar una propuesta formativa para los profesionales de primer nivel, y la salud mental y las adicciones en último trimestre de cada año, para ser implementada al siguiente año; sobre las diferencias del género, relevantes para la prevención y el tratamiento.**

Horizonte temporal: desde tercer trimestre de 2020 hasta último trimestre de 2022.

Agentes implicados: Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, profesionales de la Red de prevención y tratamiento de adicciones y salud mental.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los a la formación. Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar el programa formativo anual.

**9.1.2.- Elaborar un plan de comunicación para visibilizar la perspectiva de género en salud mental y adicciones, en especial usando las redes sociales.**

Horizonte temporal: elaborar al menos una acción anual en la materia, desde 2021.

Agentes implicados: Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicios de comunicación y prensa de los ministerios implicados.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a elaborar campañas. Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar el programa anual de comunicación.

## OBJETIVO GENERAL 9.2

**Asegurar a la buena gobernanza de la aplicación de perspectiva de género en prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones.**

**ACCIONES**

**9.2.1.- Constitución de un comité técnico de aseguramiento de la perspectiva de género en la SCATASM, que regule su funcionamiento interno, y con capacidad de realizar auditorías en terreno sobre el tema, además de petición de informes sobre la implantación de la perspectiva de género. Entre sus funciones estaría canalizar las demandas de la sociedad civil en la materia y actuar en caso de emergencia por violencia de género y sexual para articular las respuestas adecuadas.**

Horizonte temporal: para mitad de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar la norma de funcionamiento y la gestión del funcionamiento del comité.

**9.2.2.- Establecer en los criterios de acreditación de programas de prevención y tratamiento, lo referido a la aplicación de la perspectiva de género para ser requisito necesario para la misma. Y la cartera de servicios con perspectiva de género.**

Horizonte temporal: para mitad de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar las normas de acreditación y cartera de servicios.

**9.2.3.- Articular la participación de la sociedad civil, especialmente entidades defensoras de los derechos de la mujer, mediante la constitución de foros de participación de ONGs y otras entidades públicas y privadas, con el fin de recibir insumos continuados del desarrollo de la perspectiva de género.**

Horizonte temporal: para mitad de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes en transparencia y participación.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar la norma de funcionamiento y la gestión del funcionamiento de los foros.

## OBJETIVO GENERAL 9.3

**Disponer y difundir documentos, guías, protocolos, programas sobre intervención desde la perspectiva de género en salud mental y adicciones, activos para los profesionales.**

**ACCIONES**

**9.3.1.- Implementar protocolos y guías de prevención y tratamiento con el desarrollo del componente de género, con la consiguiente difusión por todos los dispositivos de primer nivel de salud y los CAIFC, así como segundo y tercer nivel de salud mental y adicciones.**

Horizonte temporal: para mitad de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes género.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar los programas y guías por parte de los profesionales. Gastos de difusión.

## OBJETIVO GENERAL 9.4

**Incentivar el conocimiento y la transferencia del mismo a la práctica preventiva y asistencial, sobre el género y la salud mental y adicciones mediante alianzas para líneas de investigación y estudios.**

**ACCIONES**

**9.4.1- Establecer alianzas con la Universidad y centros de estudios e investigaciones para la realización de estudios aplicados de genero con el fin de hacer un trabajo continuo de mejora de la calidad.**

Horizonte temporal: para final de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes género. Universidades, comités de investigación y formación.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de elaboración de colaboraciones y gastos técnicos de profesionales asesores.

**9.4.2.- Elaborar una estrategia de transferencia de conocimientos y actualizaciones en materia género y salud mental y adicciones que asegure la calidad asistencial.**

Horizonte temporal: para final de 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes género.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de elaboración de colaboraciones y gastos técnicos de profesionales asesores.

**INDICADORES**

De Proceso:

**IP- 9.1.1.1.** Existencia de un documento cada fin de año de formación continuada en perspectiva de género aplicada a los programas de prevención y tratamiento, y reinserción.

**IP- 9.1.1.2.** Anualmente habrá una oferta formativa implementada sobre perspectiva de género en salud mental y adicciones.

**IP- 9.1.2.1.** Existencia de un plan de comunicación bianual sobre perspectiva de género en salud mental y adicciones aprobado e implementado.

**IP- 9.2.1.1.** Para mitad de 2021 estará constituido el comité técnico de aseguramiento de la perspectiva de género en la SCATASM, y aprobado su régimen de funcionamiento.

**IP- 9.2.2.1**. Para mitad de 2021 habrá una especificación en los documentos de criterios de acreditación y cartera de servicios con consideración de género.

**IP- 9.2.3.1.** Para 2021 se habrá constituido un foro de participación de sociedad civil sobre género y salud mental y adicciones.

**IP- 9.3.1.1.** Para mitad de 2021 se habrá realizado una difusión de materiales de prevención y tratamiento entre los profesionales de la red del sistema de prevención y tratamiento.

**IP- 9.4.1.1.** Para final de 2021 se habrá firmado al menos un acuerdo con una Universidad para el apoyo de la investigación aplicada para el SCATASM.

**IP- 9.4.1.2.** Para final de 2021 se habrá aprobado un documento de una transferencia de conocimientos y actualizaciones en materia género y salud mental y adicciones.

De Resultado:

**IR-9.1.1.** Incremento de la satisfacción de las mujeres usuarias con la presencia de la perspectiva de género en programas y tratamientos medido por encuesta de satisfacción.

**IR-9.1.2.** Disminución de un 2% de la prevalencia poblacional de los trastornos más prevalentes en las mujeres de salud mental y adicciones.

**IR- 9.1.3.** Mejora de la percepción de la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud mental y adicciones mediante encuesta.

**IR- 9.1.4.** Incremento de la satisfacción de los profesionales de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones con las actualizaciones en calidad técnica e innovación de procedimientos promovidos.

## BANCO DE HERRAMIENTAS SOBRE EVIDENCIA CIENTIFICA EN PREVENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL

### ADICCIONES

#### EVALUACION

1.- BANCO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION EN REDUCCION DE LA DEMANDA (COPOLAD-EU)
http://copolad.eu/es/herramientas/banco-de-instrumentos

2.- BANCO DE INSRUMENTOS DEL OBSERVATORIO EUROPEO SOBRE DROGAS:
http://www.emcdda.europa.eu/eib

#### TRATAMIENTO

3.- GUÍA CLÍNICA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ADICCIONES.

http://www.socidrogalcohol.org/manuales-y-guias-clinicas-de-socidrogalcohol.html?download=20:gu%C3%ADa-cl%C3%ADnica-de-intervenci%C3%B3n-psicol%C3%B3gica-en-adicciones,-elisardo-beco%C3%B1a,-maite-cort%C3%A9s,-2008

**SALUD MENTAL**

1.- TRASTORNO MENTAL GRAVE Y TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS: https://portal.guiasalud.es/gpc/trastorno-mental-grave-uso-sustancias/

2. DEPRESION MAYOR EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA: https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-infancia/

3.- TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD: https://portal.guiasalud.es/gpc/trastorno-deficit-atencion-hiperactividad/

4.- MANEJO DE LA DEPRESION EN EL ADULTO https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/

5.- GUIA DE PRACTICA CLINICA SOBRE TRASTONO BIPOLAR https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_510_Trastorno_Bipolar_compl.pdf

## CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL DESARROLLO DE LA PLANIFIACION PARA LA IMPLEMENTACION DEL SCATASM

**1.-** La implementación de este SCATASM, en la parte referida a adicciones debe quedar integrada bajo el paraguas de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, recogida en la Ley 913; de modo que sea operativa a través de una Comisión Especial sobre Medio penitenciario para la implementación de este Plan de Acción.

**2.-** El Plan de operativo para la puesta en marcha del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM), debe quedar incorporado dentro del nuevo modelo sanitario de Bolivia "modelo de salud familiar comunitario intercultural" que se basa en cuatro principios fundamentales para su aplicación:

1) intersectorialidad; 2) Integralidad; 3) Intercultural; y 4) participación comunitaria.

**3.-** Se aconseja realizar un estudio de la legislación y normativas que afectan, y propuesta de modificaciones a la misma, los objetivos, acciones e indicadores previstos en el Plan de acción operativo para la puesta en marcha del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM), con el fin de posibilitar su implementación.

**4.-** Aunque esta expresado en otros lugares del documento, la perspectiva de género debe estar expresada en todas las acciones que han propuesto. Para ello se aconseja, la constitución de un grupo técnico de seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género en este plan de acción.

**5.-** La referencia a adolescentes y jóvenes con conductas antisociales consumidores de drogas y su situación de vulnerabilidad, se ha contemplado en todo el documento de SCATASM. De hecho, se formula la necesidad de implementar un programa de prevención comunitaria de salud mental y adicciones y para la reinserción como uno de los ejes centrales.

**6.-** Disponer de un buen sistema de información es una necesidad primordial para que pueda funcionar correctamente el SCATASM, de modo que se considera una de las acciones prioritarias que se contemplan en la segunda fase de este trabajo. Sin un buen sistema de monitoreo no se puede valorar el impacto de las medidas preventivas y asistenciales.

**7.-** La temporización que se ha reflejado en las acciones, ha sido propuesta según la factibilidad de ser realizada en tiempo, pero siendo conscientes de que hay factores que pueden modificar los tiempos de ejecución, se recomienda hacer una revisión de este aspecto, para reprogramar si fuera necesario el tiempo de ejecución.

**8.-** La programación operativa de SCATASM que se propone, que recoge objetivos, acciones y temporización y entidades e instituciones a las que le afecta la acción. Con esto elaborado, se recomienda hacer una puesta en común con los actores principales que les afectan los objetivos y acciones con el fin de valorar su factibilidad y la temporización de las mismas.

**9.-** Se recomienda el enriquecimiento de este plan de acción con aportaciones operativas de los agentes implicados en las acciones. Es muy posible que, desde la

práctica, desde el terreno y por algunos limitantes que pueda haber: legales, de recursos materiales y humanos, se pueda ajustar mucho más algunas acciones propuestas.

**10.-** Se recomienda y se deben evaluar las acciones y su cumplimiento, haciendo varios cortes en el tiempo: se recomienda anualmente hacer la evaluación del cumplimiento, hasta el final de plan de acción.

**11.-** El apartado de Costes estimados, realmente es más una relación de imputación de gastos según los objetivos propuestos y sus acciones. Sería necesario realizar un estudio económico de costes monetarios de la implantación del SCATASM, que será requerido para la asignación de recursos en presupuestos anuales.

**12.-** Se recomienda que se abra una nueva partida de gasto en los presupuestos del Ministerio de salud, Dirección General de Promoción de la salud para todo lo referido a promoción, prevención y reducción de daños en salud mental y adicciones. Del mismo modo por parte de SUS, la apertura de un concepto de gasto para el SCATASM en la parte de tratamientos y rehabilitación, en especial el refuerzo de la red comunitaria de salud mental y adicciones a través de los CAIFC.

**13.-** La parte referida a privados de libertad y lo referido a la reinserción sociolaboral debe ser abordado definiendo un "espacio socio sanitario" que implique presupuestariamente a Atención social y trabajo especialmente.

**14.-** Se recomienda que esta propuesta sea elevada y expuesta a instancias de gobierno oportunas, y a organismos de cooperación internacional multilateral, y cooperación internacional de países, e instancias de cooperación bilateral, para buscar sinergias en la implantación y unir otros países a probar en otros contextos las propuestas que se realizan aquí.