

**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

**PRE-009 “Diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades
institucionales en salud mental y adicciones con enfoque
comunitario”**

Misión de Corta Duración ATI

INFORME FINAL
Anexo 2 – Producto 1

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, agosto 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 N° DCI/LA/2017/392-699

**PRE-009 “Diseño curricular para el
fortalecimiento de capacidades institucionales en
salud mental y adicciones con enfoque
comunitario”**

Misión de Corta Duración ATI

**INFORME FINAL
Anexo 2 – Producto 1**

Autor:

Juan Antonio del Pozo Irribarría

Bolivia, agosto 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC



PRODUCTO 1

Una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que compete y administración descentralizada GAD Y GAM.

BOLIVIA, AGOSTO DE 2020



Tabla de contenido

PRODUCTO 1: una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que compete y administración descentralizada GAD y GAM.....	6
INTRODUCCIÓN	6
MARCO NORMATIVO	9
AGENDA 2030 DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE NACIONES UNIDAS	9
CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA	15
PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020.....	16
PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020	20
ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO Y CONTROL DE CULTIVOS EXCEDENTARIOS DE COCA 2016-2020.....	20
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.....	22
PLAN NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN DE BOLIVIA	26
MARCO DE FORMACIÓN CONTINUA DE PROFESIONALES Y MEDIADORES COMUNITARIOS.....	27
ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA	28
COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA.....	29
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.	30



PRODUCTO 1: una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que compete y administración descentralizada GAD y GAM.

INTRODUCCIÓN

El Ministerio de Salud no dispone de un sistema planificado de formación continuada de los profesionales que trabajan en salud en los diferentes departamentos. La capacitación que se realiza responde más bien a necesidades puntuales que se detectan y se trata de dar respuesta. En el caso de la salud mental y las adicciones se podría decir que es prácticamente inexistente, y en todo caso son iniciativas esporádicas.

Partiendo de esta circunstancia es imperioso que, con la puesta en marcha del Sistema Comunitario de Atención y tratamiento de Adicciones y Salud Mental, se pongan las bases de un programa de formación continuada en esta materia que acompañe la implantación de los Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC). Se abre realmente un nuevo ámbito de la salud mental comunitaria, con nuevos ítems que van a trabajar en esos nivel y que deberán trabajar con el máximo nivel de calidad científico-técnica. Así mismo, deberá saber cómo impulsar la investigación desde la propia actividad diaria para mejorar de la calidad técnica y saber más del impacto de los programas y actuaciones.

El Estado Plurinacional de Bolivia, acorde a los lineamientos internacionales en materia de consumo 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, consecuente con los principios fundamentales de la salud pública de equidad, justicia social y derechos humanos, con énfasis en los grupos vulnerables más necesitados, teniendo en cuenta los determinantes de la salud económicos, sociales y medioambientales, las intervenciones basadas en la ciencia y en datos probatorios, y los planteamientos centrados en la población.

El Ministerio de Salud se constituye, por ley, en cabeza de sector del Gobierno Nacional en lo que se refiere al uso y abuso de drogas, con el mandato de abordar de manera integral la prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con uso y abuso y comportamientos adictivos.

El accionar del Ministerio, centrado en la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFICI) ; 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) intersectorialidad;
- 2) Integralidad;
- 3) Intercultural; y
- 4) participación comunitaria.

En este sentido, se considera que la salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios del país y de su diversidad, incluyendo el fenómeno de las adicciones, dentro de una conceptualización de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”.

Uno de los principios de la Salud Mental Comunitaria 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 mental, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos”.

Además, define la Atención Integral de Salud mental y adicciones como “las acciones de promoción de la salud mental, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades mentales y adicciones con tecnología sanitaria existente en el país y de acuerdo con capacidad resolutive de los establecimientos de salud”.

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

En tal sentido, y desde la salud mental, este enfoque apunta a transformar el sistema tradicional de salud mental instaurado en el país, propiciando su reemplazo con abordajes intersectoriales, interdisciplinarios con enfoque comunitario y promotor de los derechos humanos, todo un desafío en el marco del desarrollo del actual Sistema Único de Salud recientemente puesto en marcha por el Gobierno. Por otra parte, como resultado del mandato del pueblo a través de las organizaciones sociales en el país, se busca luchar contra la segregación y el estigma social de las personas con problemas de salud mental y adicciones. Tal concepción en la actualidad es entendida desde el Estado como una flagrante violación a los derechos humanos.

Desde esta perspectiva el horizonte hacia adelante en materia de salud mental se relaciona con el diseño de un marco normativo que vaya en consonancia con los principios, acuerdos, declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales, a los que Bolivia se adhirió para la planificación de sus políticas públicas.

La puesta en marcha de un nuevo Sistema de Salud Mental Comunitario, que, por primera vez en el país, brinde una atención integral de los problemas de salud mental y uso de drogas de carácter público y en el primer nivel de atención. Poner en funcionamiento un nuevo sistema de información sobre el impacto social y en salud de las adicciones, actualmente prácticamente



inexistente; así como un sistema de información sobre la atención de la salud mental y las adicciones para conocer que problemas sufre la población y qué se hace para atajarlos.

Asimismo, trabajar en una agenda de investigación en el país en esta materia que permita una calidad de la atención y permita profundizar el conocimiento de los determinantes de la salud mental y el uso de drogas.

Toda este cambio de paradigma de la prevención y atención a la salud mental y adicciones, necesita un “engrase” de la forma de entender las

citadas prevención y atención de la salud mental y adicciones por parte de los profesionales que se ocupan de la salud mental y adicciones en primer lugar; por parte de otros sectores como los maestros del sistema educativo en su rol de educadores de valores en salud y vida segura; por parte de aquellos que tienen la misión de ejercer el control de las drogas para que entiendan que más allá de la ley, las drogas son un asunto de salud pública principalmente. También a los políticos y decisores del gobierno les afecta esta necesidad de “engrase” sobre los preconceptos, ideas erróneas, creencias no ajustadas a la realidad sobre qué es la salud mental y su enfoque comunitario, la consideración de problema de salud de segundo o tercer nivel, entre otros temas.

Por último, la sociedad a través de los medios de comunicación y las redes sociales necesita entender también que los problemas de salud mental y adicciones son parte de la salud, y que nuestras circunstancias vitales, nuestro entorno, cómo vivimos, y como nos cuidamos son factores determinantes del bienestar emocional y la vida sana. Se necesita cambiar la actitud hacia las personas con problemas de salud mental o que tienen problemas con las drogas, para dejar de verlos como “viciosos” “locos” “indeseables socialmente”.

Por todo ello, se precisa capacitar, difundir los nuevos conceptos sobre la salud mental para que el uso de los servicios por parte de la población. Para que los profesionales trabajen desde este nuevo paradigma que no es estar esperando que “lleguen” los pacientes a la consulta, que no es esperar a que aparezcan los problemas sino ir a la comunidad a prevenir y tratar los problemas. Para que los políticos y gestores hagan de la salud mental una línea estratégica de primer orden y se trabaje el estigma social de estos colectivos. Para que los medios de comunicación apoyen en ofrecer una nueva realidad de la salud mental.

En relación con el conocimiento y difusión para los profesionales clave en salud mental y adicciones, dentro de la ejecución del nueva política de salud mental comunitaria tal y como se ha descrito, es esencial disponer de un conocimiento de lo que es el modelo de salud mental y adicciones comunitario, los presupuestos que lo sustentan, el rol de cada uno de los niveles de atención, que es un modelo de intervención comunitario en vulnerabilidad, la perspectiva de género y como desarrollarla, entre otros temas.

Pues bien, en Bolivia se carece de mecanismos estables de capacitación para técnicos y profesionales que permita poder cambiar el modelo tradicional hospital céntrico de la salud mental y adicciones hacia un modelo comunitario y cercano al ciudadano. Actualmente se diseñan acciones aisladas de capacitación que no tienen continuidad. Desde el punto de vista de organización de recursos para capacitación del ministerio de salud, tampoco hay herramientas como una unidad de capacitación continuada, una comisión de capacitación continuada para todo el sistema de atención de salud mental y adicciones, o un mecanismo estable de colaboración con la academia. Para abordar las actuales carencias, esta consultoría



prevé el diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucionales en salud mental y adicciones con enfoque comunitario, de modo que se incida por un lado en dejar articulado un currículo formativo dependiendo de los grupos diana de las capacitaciones y además hacer una propuesta de organización de la capacitación dentro de Ministerio de salud para dotarle de operatividad y calidad.

Todo lo mencionado anteriormente implica múltiples desafíos para el Estado Plurinacional de Bolivia, ya que plantea profundas transformaciones que involucran y competen a todos los actores relacionados a la temática de salud mental, desde las autoridades, instituciones, organizaciones sociales y la sociedad boliviana en su conjunto porque refieren a las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales que habrá que construir desde prácticas inclusivas basadas en el modelo comunitario de atención en salud mental.

MARCO NORMATIVO

AGENDA 2030 DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE NACIONES UNIDAS

En lo referido a las adicciones se pueden señalar los siguientes entronques de la Salud Mental y adicciones 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 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.

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.

Referencias a la salud mental y adicciones 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)



EL DERECHO A LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consagra “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud se define en este documento como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Como los otros derechos humanos, el derecho a la salud es universal, está garantizado por normas internacionales, protegido legalmente, se centra en la dignidad del ser humano, protege a las personas y los grupos de personas y tiene carácter vinculante para los Estados y los agentes estatales y está relacionado con los otros derechos humanos, de los cuales es interdependiente. (ONU, 1993)

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1976) constituye la interpretación más autorizada del derecho a la salud, y en la Observación General 14 sobre el párrafo 12 se establece, de un lado, que los Estados tienen la obligación de actuar sobre los determinantes sociales y, por otro, las características que deben reunir los servicios de salud: **disponibilidad** (es decir un número suficiente), **accesibilidad** (que presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información), **aceptabilidad** (respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y ciclo de vida), y **de calidad**. Por su parte el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1996) establece los siguientes derechos de carácter universal: el derecho a vivir libre de tortura y tratos inhumanos o degradantes; el derecho a la libertad, seguridad e integridad de la persona; el derecho a ser reconocido ante la ley y las libertades de pensamiento, conciencia y religión.

Los Estados no solo tienen la obligación de cumplir con el derecho a la salud (es decir, adoptar medidas para que el derecho sea plenamente efectivo), sino que además deben respetar y proteger el derecho a la salud, es decir, deben abstenerse de injerir en el disfrute de este derecho y dictar medidas para impedir que terceros atenten contra el derecho a la salud.

A partir de la definición de salud es claro que el derecho a gozar de bienestar psicológico es inherente e integral al derecho a la salud. En este sentido, ya no se puede sostener la dualidad mente-cuerpo, puesto que la evidencia muestra que el funcionamiento cerebral es el sustrato de la actividad mental existiendo una estrecha interrelación entre las alteraciones clínicas y las psicológicas.

Al respecto el Relator Especial de Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, Paul Hunt, deploró que las personas con discapacidad por causa de la enfermedad mental sean las más marginalizadas, vulnerables y descuidadas. En su Informe reconoce que el derecho al más alto nivel de salud mental y física es complejo y extenso, ofreciendo fundamentación para abordar los aspectos del derecho a la salud física y mental desde una perspectiva común, que examine las libertades, facilidades, no discriminación y equidad, monitoreo constante, cooperación internacional y transparencia. Al hacerlo así, Hunt privilegia las similitudes entre las personas cuya salud física o mental está afectada, en vez de enfatizar las diferencias, puesto que el derecho a la salud es integral e inclusivo.



La obligación del Estado de proporcionar establecimientos, bienes, servicios y condiciones que conduzcan a la realización del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, y de proteger las libertades de las personas cuya salud está afectada, a no sufrir discriminación, a la autonomía y a la integridad (es decir el control de su propia salud y su cuerpo), se deduce al entender claramente que el derecho a la salud no es el derecho a estar sano, sino a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y los determinantes de esta. Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades nantes subyacentes de la salud en sintonía con las prioridades nacionales y locales y accesible para todos.

La Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) apoyada en la doctrina de Organización Mundial de la Salud sobre la naturaleza integral de la salud, incluye explícitamente a las personas que sufren discapacidad por causa mental bajo su protección.

LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

Desde los Principios para la protección de las personas con enfermedad mental (1991)¹ hasta la Convención para la protección de las personas con discapacidad (2008)²

Al definir la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, la OMS reconoce el derecho de todas las personas a gozar de bienestar emocional, así como de bienestar físico y social, desde una perspectiva integradora, opuesta a concepciones dualistas previas que desgraciadamente han perdurado. A esta falta de evolución del pensamiento de autoridades y profesionales de salud mental, a la par que la sociedad en general, se suman algunas características de las personas con enfermedades mentales, como las dificultades temporales o permanentes que experimentan para el funcionamiento cognoscitivo, las dificultades para la comunicación y el hecho que las personas con trastornos mentales y sus familias están desproporcionadamente representadas entre los pobres y marginales. En consecuencia, las posibilidades de que sus derechos humanos sean desconocidos, pasados por alto o directamente vulnerados son enormes. Las relaciones entre la salud mental y los derechos humanos son recíprocas en tanto que la política de derechos humanos puede afectar la salud mental; la salud mental a su vez afecta la capacidad de ejercer y gozar de los derechos; y la promoción de la salud mental y de los derechos humanos se refuerzan mutuamente. Se requiere un nivel mínimo de salud mental y de protección de derechos humanos para que las personas puedan participar libre y constructivamente en su sociedad; además, la salud mental depende de la realización de otros derechos fundamentales: el derecho a la salud, la no discriminación, la educación, el trabajo y la participación. Estas consideraciones han sustentado una preocupación especial, que dio lugar a la formulación de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. (ONU, 1991) Este documento, que no es vinculante, contiene estándares mínimos para la atención y protección

¹ PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL. Asamblea General de la ONU Resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991

² Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Oficina del Alto Comisionado para los derechos humanos. UN, 2008.



de los derechos de las personas con discapacidad mental y de aquellos que están en una institución psiquiátrica. Incluye provisiones para la atención menos restrictiva posible, el uso adecuado de la medicación, el diagnóstico según clasificaciones diagnósticas convencionalmente aceptadas, el derecho al consentimiento informado, la revisión de las hospitalizaciones involuntarias, el procedimiento para presentar quejas, la supervisión y el resarcimiento, las condiciones de las personas con discapacidad intelectual y condiciones de las personas que han tenido problemas legales. A pesar de constituir un avance, al no ser vinculante y contener algunas recomendaciones controversiales, especialmente en la falta de claridad en la protección del derecho al consentimiento informado, ha sido observado por el Secretario General de las Naciones Unidas, quien estableció la necesidad de contar con instrumentos normativos de mayor rango y una más clara protección de las libertades fundamentales. En 1993 se aprobó las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (ONU, 1993) que contiene un amplio rango de compromisos para garantizar la igualdad de acceso a las personas con discapacidad, incluyendo el derecho a la atención sanitaria y la rehabilitación; este documento da particular importancia a la participación de las organizaciones de usuarios. La Declaración de Montreal sobre las Personas con Discapacidad Intelectual fue aprobada en 2004 reconociendo los derechos de las personas con esta discapacidad, incluso el derecho a la salud y estableciendo las conexiones entre este derecho y los otros derechos fundamentales. (OMS, 2004) Finalmente, en 2006 se aprobó y en 2008 entró en vigencia la Convención para la Protección de las Personas con Discapacidad (CPPD), que afirma que todas las personas con discapacidad, incluso las personas con discapacidad mental participan plenamente de todos los derechos y beneficios de la sociedad. (ONU, 2006) La Convención reconoce que la discapacidad es un concepto en evolución; reconoce, asimismo, la autonomía de todas las personas y establece que la [21] Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades discriminación a causa de la discapacidad, cualquiera sea su naturaleza, constituye una violación de la dignidad inherente a la persona humana. Así pues, prohíbe la discriminación y la privación arbitraria de la libertad de las personas, y, de manera muy significativa, establece obligaciones de los Estados de tomar todas las medidas apropiadas para promover la rehabilitación de las personas que han sido objeto de discriminación, abuso o explotación y de proporcionar los medios para la inserción plena de estas personas en la sociedad. Al requerir que los Estados “proporcionen 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 y 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” (CPPD Art. 25) la Convención exige la CREACIÓN de nuevos servicios, incluso en el ámbito rural. Aún más, al establecer que los Estados “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”. Este instrumento vinculante ratificado por el Bolivia, da pautas precisas sobre el comportamiento de los profesionales de la salud respecto del consentimiento informado, que no fue adecuadamente protegido en “25 Principios”. El principio de no discriminación consagrado en la Declaración de Derechos Humanos esencialmente hace referencia a que todas las personas son iguales ante la ley, en este caso, frente a la legislación de los países acerca del consentimiento informado. En suma, el reconocimiento de los derechos



plenos de las personas con discapacidad se centra en su calidad de personas y en la presunción de capacidades y competencias que la persona puede ejercer si la sociedad y el Estado le brindan las condiciones para ello. De esta manera, los Estados deben tomar las medidas legislativas y otras pertinentes para que la sociedad se adecúe para que la persona con discapacidad goce de todos sus derechos y beneficios.

EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

La Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990) producto de la “Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina”, marca un hito en la ruta hacia el mejoramiento de los servicios de salud mental en la región. Contiene una elaboración conceptual de cómo los modelos de atención tradicionales, centrados en el hospital psiquiátrico, son en sí mismos conducentes a la violación de derechos humanos. Desde esta perspectiva, la Declaración aboga por servicios basados en la comunidad e integrados en la atención primaria, tratamientos racionales y apropiados que permitan que la persona permanezca en la comunidad, y pide que se proteja los derechos humanos y la dignidad de las personas con enfermedades mentales mediante cambios en la legislación y la reestructuración de los servicios. Como respuesta a este documento, se han realizado algunos cambios en la región: 68% de los países han aprobado legislación específica de salud mental; 80% tienen planes y programas; 65% tienen políticas de salud mental y 87% dan beneficios de incapacidad a pacientes psiquiátricos. (Alarcón, 2003) La Declaración de Caracas se ha convertido en un instrumento político de gran valor en la región, orientando los planteamientos de las modificaciones realizadas en los sistemas sanitarios de países como Chile, Argentina, México, Belice, Brasil. Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos la utiliza como su estándar en los procesos que conoce. Nuevos desarrollos teóricos y políticos se han desprendido de este documento. Los Principios de Brasilia (OPS/OMS, 2005) reconocen cambios en el escenario político y sanitario, como el aumento de la morbilidad de niños, niñas y adolescentes y la vulnerabilidad psicosocial incrementada por la urbanización acelerada, y avances parciales en la realización de los principios enunciados en la Declaración de Caracas, cuya validez reitera. Hace un llamado al establecimiento de redes de servicios como una estrategia para la desaparición del hospital psiquiátrico, etapa que considera fundamental para la protección de los derechos humanos y compromete a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) –como auspiciador de la Conferencia– a recopilar, documentar y diseminar las experiencias de atención en salud mental, que hayan incorporado indicadores y estándares promovidos por la OPS y la OMS. Más recientemente la Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental fue aprobada en el 49 Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, definiendo cinco áreas estratégicas, derivadas de un análisis conciso de la situación de la atención de salud mental, sobre los resultados del estudio WHOAIMS. Estas cinco estrategias están muy relacionadas entre sí y se considera que no se puede lograr una reestructuración eficaz del sistema de atención en salud mental si no se acometen todas ellas. (PAHO/WHO, 2009)

Fortaleciendo la salud mental en nuestras comunidades Las estrategias son:

1. desarrollo e implementación de políticas, leyes, planes de salud mental en cada país
2. promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psicológicos especialmente en niños, niñas y adolescentes



3. servicios de salud mental basados en la atención primaria de salud, determinación de las condiciones prioritarias e implementación de intervenciones
4. desarrollo de recursos humanos
5. fortalecimiento de la capacidad de producir, evaluar y usar información en salud mental.

Para la implementación de las Estrategias, se ha producido el Marco de Referencia para la implementación de la estrategia Regional de Salud Mental (OPS/OMS, 2011) que contiene una serie de propuestas básicas para cada una de las estrategias, objetivos y recomendaciones para los países y algunos indicadores para medir el avance.

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 Artículo N° 18, se detallan tres incisos relacionados con la salud:

- Todas las personas tienen derecho a la salud.
- El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y 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.

En lo **referido a capacitación e investigación** la constitución dice:

Artículo 91 (II) “La educación superior es intracultural, intercultural y plurilingüe, y tiene por misión la formación integral de recursos humanos con alta calificación y competencia profesional; desarrollar procesos de investigación científica para resolver problemas de la base productiva y de su entorno social; promover políticas de extensión e interacción social para fortalecer la diversidad científica, cultural y lingüística; participar junto a su pueblo en todos los procesos de liberación social, para construir una sociedad con mayor equidad y justicia social”.

Artículo 97. “La formación post-gradual en sus diferentes niveles tendrá como misión fundamental la cualificación de profesionales en diferentes áreas, a través de procesos de investigación científica y generación de conocimientos vinculados con la realidad, para coadyuvar con el desarrollo integral de la sociedad”.

.....

“.....La formación post-gradual será coordinada por una instancia conformada por las universidades del sistema educativo, de acuerdo con la ley.”

Artículo 103. “el Estado garantizará el desarrollo de la ciencia y la investigación científica, destinándose los recursos que se requieran” y “asumirá como política la implementación de estrategias para incorporar el conocimiento y aplicación de nuevas tecnologías de información y comunicación”

PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020

La planificación para los próximos años del Estado Plurinacional de Bolivia incluye acciones concretas en relación con el 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:

- 1) 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”:
 - 1) 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.
 - 2) Se ha promovido la incorporación de niñas y niños en situación de calle en familias sustitutas.
- 2) En el acápite 1.3. Erradicación de la pobreza espiritual y construcción del ser humano integral, la meta No. 5 “Combatir la pobreza espiritual”:
 - 1) 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.

En el **Pilar 3: Salud, Educación y Deporte**

Este pilar aborda dimensiones fundamentales para la vida como la salud, la educación y el deporte, siendo parte esencial para la formación de un ser humano integral. El rol del Estado Plurinacional es el de proveer una salud integral y universal, una educación descolonizadora, despatriarcalizadora, liberadora, intra e intercultural, comunitaria, crítica y transformadora, así



como un acceso universal a la diversidad de prácticas deportivas para formar hombres y mujeres saludables.

Hacia el año 2020 se espera consolidar como las grandes Metas de este pilar, avances significativos en el acceso universal a la salud permitiéndose a todas las bolivianas y bolivianos un acceso a un servicio de salud con calidad.

Asimismo, en este período se fortalecerá la implementación del modelo educativo sociocomunitaria productivo, promoviéndose su aplicación a todo el sistema educativo con todo su potencial. Con relación al deporte se desarrollarán múltiples acciones que permitan la universalización de la práctica deportiva en el Estado Plurinacional. Con este conjunto de actividades se espera sentar las bases de un Estado Plurinacional con hombres y mujeres integrales y saludables, que asumen el reto y tienen las capacidades y condiciones para consolidar el proceso de cambio.

En el apartado de Salud específicamente, para el Plan es una preocupación central el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural.

Las Acciones estratégicas que el sector salud viene implementando y que nos incumben entre están:

- Consolidar el Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
- Ampliar las acciones MI SALUD y TELESALUD al ámbito municipal.
- Consolidar la participación social en salud a nivel municipal y departamental, logrando que todos los municipios del país aborden de manera participativa e intersectorial la problemática en salud y promuevan hábitos de alimentación saludable.
- **Implementar un programa de formación e incorporación de especialistas y subespecialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados.**
- Construir y equipar institutos de cuarto nivel de atención especializada y de investigación.

En lo referido a gestión del conocimiento, investigación e innovación se señala:

En el Pilar 4: Soberanía científica y tecnológica

Este pilar está orientado a que Bolivia tenga la capacidad de desarrollar conocimiento y tecnología en las áreas estratégicas, productivas y de servicios, complementando los saberes y conocimientos tradicionales con la ciencia moderna en un dialogo intercientífico. **El desarrollo de conocimiento y tecnología propios es fundamental para el cumplimiento de diferentes Resultados del Plan**, debido a que influyen en la provisión de servicios básicos, el impulso a los procesos de comunicación, educación, emprendimientos productivos, iniciativas energéticas y la transformación de



materias primas para la producción de alimentos. En definitiva, superar la dependencia científica y tecnológica es un aspecto central para impulsar la economía plural, cambiar la matriz energética y el patrón primario exportador.

Las prioridades en ciencia y tecnología al 2020 tienen que ver con su articulación al desarrollo efectivo de los complejos productivos y de las empresas públicas en los sectores estratégicos, al incentivo a la economía creativa y a la construcción de una sociedad del conocimiento. El objetivo es sentar cimientos sólidos para poner la ciencia y tecnología al servicio de la producción y desarrollo económico con soberanía, articulando los conocimientos de las ciencias modernas con los saberes ancestrales y milenarios.

De los objetivos previstos para 2020, podemos resaltar los siguientes que tienen que ver con salud:

Meta 4: Medicina ancestral y natural.

1. La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del Sistema Nacional de Salud.
2. Los prestadores de medicina tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud.
3. Se han desarrollado productos naturales y de la biodiversidad de la farmacopea boliviana.

Meta 5: Formación y especialización profesional científica.

1. Todas las entidades y empresas vinculadas al sector productivo, agua, medio ambiente, telecomunicaciones, salud y otros asignarán un porcentaje de sus recursos dirigido a la investigación científica y desarrollo de tecnología.
2. Las empresas públicas y centros de innovación tecnológica nacional y de los gobiernos autónomos han incorporado profesionales con alto grado de formación científica y tecnológica.

Para el alcance de los Resultados previstos se contemplan las siguientes Acciones:

- Promover programas y proyectos para el impulso en el país de iniciativas vinculadas a la sociedad del conocimiento y a la economía creativa.
- Constituir equipos de investigadores para el desarrollo de programas de innovación tecnológica en alimentos, software, medicamentos, energías renovables y del área aeroespacial, entre otros.
- Instalar plantas con la capacidad de producir medicamentos genéricos incluyendo la elaboración de productos de la medicina tradicional para su difusión masiva.
- Desarrollar mecanismos para incorporar científicos bolivianos y bolivianos en centros de investigación y empresas públicas y privadas, y entidades del sector privado y comunitario.
- Conformar el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.



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.

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, abordaje de los consumos 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 el abordaje de los consumos. Este pilar tiene como objetivo, fortalecer y consolidar las políticas públicas y programas en el abordaje de los consumos 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.**

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.

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 (específica 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 SUPLENTO Nº 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]

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 ILÍCITO 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. 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.

Por último, hay referencias expresas a la realización de estudios e investigaciones. 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. Si embargo, entre las atribuciones de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno y su entidad operativa no queda explicitada una acción de promoción de la investigación dentro de las adicciones. Por ello, se recomienda que apruebe la RED una atribución, y una agenda de trabajo sobre investigación. Constituyendo una Comisión Nacional de Investigación sobre Salud mental y adicciones.

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 CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACIÓN DE BOLIVIA

Es el documento base de la política de investigación e innovación de Bolivia. Dispone de instrumentos articuladores de la política de investigación e innovación que van a permitir conseguir resultados. En todo caso, referido a la investigación en drogas y salud mental, se debe conseguir que las agendas nacionales hagan una mención a esta temática. Esta tarea es primordial ya que significa que tanto los fondos como los instrumentos que permiten dar una continuidad a la investigación, podrá ser utilizados.

Hablamos de la OTRI, u organismo para la transferencia de resultados de investigación, que se ocupa precisamente de esto: hacer que el conocimiento pase a la práctica. El fondo de Ciencia, tecnología e innovación articula un fondo mixto estatal y universitario para desarrollar líneas de



investigación priorizadas por el estado. O el Sistema Boliviano de información científica y tecnológica que difunde la información y trabaja con sistemas de indicadores de impacto de la política.

Sin embargo, a pesar de ello la articulación entre diferentes departamentos de la administración pública, entre la administración y el sector privado, y la administración con la academia es aún muy débil. Los poseedores del conocimiento no se articulan con los demandantes de conocimiento. Este es el caso de la investigación en salud mental y adicciones. Hay una gran demanda de conocimiento, pero no se articulan ni unidades de investigación en ministerio de salud, ni presupuestos para ello, ni ítems que lo sustenten. Y tampoco hay una relación estable con la academia para pactar líneas de trabajo.

En el sector estratégico de salud que aparece en el Plan, se apoya en el referido plan de desarrollo económico y social que señala la necesidad de generar conocimiento para la disminución de las desigualdades y las vulnerabilidades en salud.

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 Sistema de Prevención y Tratamiento en salud mental y adicciones, 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, 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 a todos los niveles de atención, pero en su caso se canalizará por el programa formativo de los centros hospitalarios. Por otro lado, un sistema de formación continuada de puede poner en marcha cuando existe una política clara de apoyo a la salud mental y adicciones que se vea reflejada en los presupuestos del Ministerio de salud de modo específico. Más adelante veremos cómo empujar para que se de este paso fundamental para lanzar una política pública en salud mental y adicciones.

Con esta perspectiva se va a proponer una estrategia formativa que es aplicable al Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento en salud mental y adicciones.

Las actividades formativas deben avanzar hacia cuatro objetivos:

- ✚ En primer lugar, **en la adquisición y actualización de conocimientos y habilidades en torno a las áreas priorizadas** anualmente (como, por ejemplo: intervención comunitaria en salud mental, 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).

✚ En cuarto lugar, incorporar la **perspectiva de género** en todo el sistema de atención.

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:

- Establecer las líneas estratégicas de la formación en salud mental y adicciones.
- Formular la estrategia bianual de formación conforme a las necesidades recogidas en las unidades y servicios de atención, y a las prioridades establecidas.
- Proponer la estrategia de alianzas para la formación continuada con Universidades, centros de investigación, empresas privadas y públicas, con el fin de poder extender la formación más allá del propio ministerio de salud, y poder contar con docentes de reconocida competencia en las materias a impartir.
- Asegurar la transferencia del conocimiento de lo aprendido a la práctica habitual.
- Asegura la perspectiva de género en el diseño de la formación continuada, asegurando actividades formativas de perspectiva de género.



- Coordinar con los ETAs la participación en la formulación de las necesidades formativas y la implantación del programa formativo en todo el territorio.
- Elaborar un mapa de recursos para la formación continuada en salud mental y adicciones, y de alianzas y fuentes de financiación para su sostenibilidad.

Además, debe ser el cauce de la operativa de la organización de las capacitaciones, por ejemplo:

- Ser el cauce adecuado de participación para la detección de necesidades formativas expresadas por los profesionales y personas que participan en el Sistema de prevención y tratamiento en Salud Mental y Adicciones.
- 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.

COMPOSICION DE LA COMISION DE FORMACION CONTINUADA

Ese órgano debería estar integrado por representantes de los siguientes organismos u organizaciones, ya sea de modo presencial o telemático, y teniendo en cuenta que puede establecerse una **Comisión Permanente de Formación Continuada**, que será la que articule con la totalidad de los miembros de la Comisión:

- a) **Representante de profesionales de primer nivel de salud** (enfermeras, médicos, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales), de modo rotatorio por todos los centros y consultorios.
- b) **Representantes de los profesionales de los segundos y terceros niveles de atención en salud mental y adicciones.** (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales). De modo rotatorio por periodos entre los hospitales y centros.
- c) **Representantes los profesionales de los Centros de Salud mental Comunitaria** (psiquiatras, psicólogos, enfermeras, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales, otros).
- d) Representante de **entes territoriales autónomos** en particular gobernaciones y municipios, que se ocupan de la promoción de la salud y/o la salud mental y adicciones. De modo rotatorio por periodos entre las gobernaciones y municipios.
- e) Representante de las **universidades** en particular las aquellas que tenga facultades de las profesiones que trabajan en salud mental y adicciones. De modo rotatorio por periodos entre las públicas y privadas.



f) Representante de los **colegios y sociedades profesionales** implicados en la atención de la salud mental y adicciones.

La Comisión deberá ocuparse de la sostenibilidad del sistema de formación continuada, así como la aprobación de informes periódicos sobre las actividades realizadas.

Es conveniente que esté reglamentada la Comisión y regulado su régimen de funcionamiento.

CUIDADO DE LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

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.

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 con enfoque multicultural.
- 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, CSMC, 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 de 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.

4.1. 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 Sistema de Prevención y Tratamiento en salud mental y adicciones.
- 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.

4.2. 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.