

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 INTERMEDIO

Contrato n° DCI/LA/2017/392-699

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



Proyecto Financiado por la
Unión Europea



AECOM  **TRANSTEC**

Implementada por el consorcio:
AGRER — AECOM — TRANSTEC

La Paz / Bruselas, 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 INTERMEDIO

Autor:

Juan Antonio del Pozo Irribarría

Bolivia, agosto 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC





CONTENIDO

1.- ANTECEDENTES	5
1.1. País beneficiario	5
1.2. Órgano de contratación	5
1.3 Detalles de la misión	5
1.4. Área geográfica que ha cubierto	5
2. OBJETIVOS DE LA MISIÓN	5
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	6
3. MARCO DE LA MISIÓN	6
3.1. Justificación de la consultoría	6
3.2. Grupos destinatarios	9
4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO	10
5.- RESULTADOS ALCANZADOS	10
6.- DESCRIPCION DE LOS PROCESOS PROMOVIDOS	14
7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	15
7.1 Conclusiones	15
7.2 Recomendaciones	15

ANEXOS

Anexo 1 Informe Preliminar Consultoría PRE-009: Diseño Curricular para el Fortalecimiento de Capacidades Institucionales en Salud Mental y Adicciones con Enfoque Comunitario.

Anexo 2 Producto 1: Una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que compete y administración descentralizada GAD Y GAM.

Anexo 3 Producto 2: Una propuesta de contenidos formativos con una parte troncal y con una especificación para cada uno de los colectivos objeto de la capacitación.

Anexo 4 Producto 3: Una propuesta de fuentes de recursos económicos y humanos para dar continuidad al programa de capacitaciones.

Anexo 5 TDR PRE-009 Diseño de la formación en Tratamiento de Adicciones

Anexo 6 Comité de Selección

Anexo 7 Hojas de presencia

Anexo 8 Pases a bordo



1.- ANTECEDENTES

1.1. País beneficiario

Estado Plurinacional de Bolivia.

1.2. Órgano de contratación

Unión Europea, representada por la Comisión Europea, en nombre y por cuenta del Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia.

1.3 Detalles de la misión

Términos de Referencia: N° PRE- 009 de Misión de Corta Duración ATI
Entidad beneficiaria: Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Promoción de la Salud y Movilización social- Ministerio de Salud
Máximo total de días: 68 días laborales
Días consumidos fase 1:
Fecha de inicio de la misión: 11 de mayo de 2020
Fecha de finalización fase 1: 18 de agosto de 2020.

1.4. Área geográfica que ha cubierto

El trabajo de esta misión se ejecuta en el territorio de Bolivia. Este trabajo tiene, por razones de distribución competencial en materia de salud y políticas sociales, un enfoque fuertemente descentralizado en Gobernaciones y Municipios que va a requerir frecuente coordinación para el producto final. Aunque el trabajo se realiza en La Paz de modo habitual, se ha cubierto parte del territorio de Bolivia por el enfoque descentralizado de los productos; a saber: Santa Cruz, Cochabamba, Tarija, Beni, Potosí, Oruro, Trinidad, Pando y Chuquisaca. Sin embargo, hay que señalar que los acontecimientos acaecidos a partir de mitad de marzo de 2020 con la irrupción de la pandemia en Bolivia y la declaración de la cuarentena, han condicionado que la territorialización se ha realizado por medios telemáticos. Y en la última fase, en teletrabajo desde España.

2. OBJETIVOS DE LA MISIÓN

2.1. Objetivo general

Disponer de profesionales suficientemente formados en el tema de adicciones a nivel nacional para operar el sistema nacional de atención en adicciones, así como proveer a los directivos, planificadores y gestores de salud, profesionales y facilitadores en el ámbito de la salud mental y adicciones, ONG y los profesionales de los medios de comunicación de los conocimientos y habilidades necesarias para que la salud mental y adicciones de enfoque comunitario ocupe lugar relevante en las políticas de salud y en el ámbito social en general, con el fin de eliminar, en último término, el estigma social alrededor de esta problemática.



2.2. Objetivos específicos

- Diseñar una organización de la capacitación en salud mental y adicciones para dar una respuesta a corto, medio y largo plazo que asegure una sostenibilidad en el tiempo del sistema de atención en adicciones, con un enfoque de territorial y de género.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para los profesionales de Primer nivel de atención en salud (médicos enfermeras y trabajadores sociales) en detección y manejo de los problemas de salud mental y adicciones, y referencia a otros niveles, con un enfoque de territorial y de género.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para los profesionales de los CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA (CAIFC), y profesionales de ONG en salud mental comunitaria, trabajo en la comunidad y conocimiento de los programas de intervención más relevantes, con un enfoque de territorial y de género.
- Diseñar una propuesta de contenidos formativos de capacitación para facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para profesionales de salud y equipos multiprofesionales de prisiones sobre el tratamiento de las adicciones y el enfoque comunitario de la reinserción, con un enfoque de territorial y de género.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para Centros de acogida de menores en conflicto con la ley y programas de menores en riesgo, con un enfoque de territorial y de género.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para mandos directivos de salud, gobernación y educación.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para Min. de justicia (jueces y fiscales) sobre las drogas y sus implicaciones en la adopción de medidas no privativas de libertad.
- Diseñar una propuesta de contenidos de capacitación para el Min. De Educación y Min de Gobierno (VDS, CONALTID, OBSCD)
- Diseñar una propuesta de contenidos formativos para profesionales de los medios de comunicación sobre el tratamiento de la información acerca de las drogas, y el enfoque comunitario de su abordaje. Con especial relevancia lo referido al tratamiento de informativo para favorecer la ruptura de estigma social en salud mental y adicciones.

3. MARCO DE LA MISIÓN

3.1. Justificación de la consultoría

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, 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 enfoque de salud pública, que Estado Plurinacional de Bolivia tiene en el abordaje de la salud mental y adicciones, entendiendo a la persona como en ser bio-psico-social-espiritual, centra su accionar preventivo en minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, con el propósito de evitar el consumo de sustancias psicoactivas y minimizar los hábitos disfuncionales que pueden conllevar a éste y afectar su salud mental, reduciendo los daños asociados al consumo y protegiendo de esta manera a la población en su conjunto, con principal énfasis en las niñas, niños y jóvenes de nuestro país.

El Ministerio de Salud se constituye, por ley, 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) 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 de nuestro 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” .

En este marco, el objetivo de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) es contribuir a 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”.

Además, define la Atención Integral de Salud como “las acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades con tecnología sanitaria existente en el país y de acuerdo a capacidad resolutoria 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.

En tal sentido, y desde la salud mental, este enfoque apunta a transformar el sistema manicomial 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 la violencia ejercida sobre los denominados “locos”, “desquiciados”, “dementes” y sus familiares y sobre las personas estigmatizadas como “drogadictos”, “alcohólicos” o “viciosos”. 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.

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 asiladas 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.

3.2. Grupos destinatarios

Los beneficiarios directos de esta acción son:

- el Ministerio de Salud como competente en la materia de adicciones a través de la Ley 913, 16 de marzo de 2017, ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, que determina que es el ente coordinador de 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. 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.

- Las Gobernaciones y Municipios por lo establecido en el Decreto supremo n°1984, de 30 abril 2014: reglamento a la ley n° 475, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia.

Los beneficiarios directos de esta acción son: por un lado, en lo que respecta a la propuesta organizativa de la capacitación desde la administración pública, son los propios Directivos y funcionarios que trabajan en ello. Por otro lado; profesionales directamente relacionados con la prevención, el tratamiento y la reinserción/rehabilitación de salud mental y adicciones, y otros profesionales que tienen que ver con estas problemáticas: profesionales de la educación, de gobierno, de justicia. Profesionales de GAD Y GAM y las indirectas son los usuarios de los programas y centros de tratamiento de salud mental y adicciones; y beneficiarios de los programas de promoción y prevención de salud mental y adicciones, que van a ver mejorada la calidad de la prevención y asistencia de la salud mental y adicciones. Personal de salud y de equipos multidisciplinares de prisiones para la articulación con el sistema de atención comunitaria.

Beneficiarios indirectos son toda la población de Bolivia susceptible de tener un problema por consumo de drogas, sin discriminación de ningún tipo por género, raza, religión, etnia y cultura o procedencia, que es la población a la que se va a dirigir en último término, el Diseño y plan operativo del Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones y del Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones y el Sistemas de Información de la atención a las adicciones y la salud mental .



4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo se fundamentará en las siguientes practicas:

- Trabajo de coordinación de contenidos y orientación general de los productos, mediante sesiones de trabajo con los actores más relevantes. Se trata de sesiones individuales y grupales de intercambio de contenidos técnicos para cada apartado de los productos. De las mismas se extraen aportes técnicos para dirigir los resultados a las necesidades de los beneficiarios. Estas reuniones, si no pueden realizarse de forma presencial, se realizarán a través de videoconferencias.
- Apoyo técnico al Ministerio de Salud para articular las bases de implantación de los productos. Se trata de participar en sesiones de trabajo interno del beneficiario haciendo aportes a las cuestiones que se requieran, de modo verbal o documental. Estas reuniones, si no pueden realizarse de forma presencial, se realizarán a través de videoconferencias.
- Visitas territoriales a Gobernaciones y Municipios, como agentes de implementación en sus territorios de las capacitaciones. La metodología de trabajo de las visitas territoriales, y también a entidades no estatales, consiste en detectar las necesidades formativas mediante las sesiones de grupo o entrevistas y/o encuestas de relevamiento de la información. Por otro lado, se va a enriquecer el producto con los aportes territoriales, cuestión esencial para la implantación futura de los productos. Estas reuniones, si no pueden realizarse de forma presencial, se realizarán a través de videoconferencias, como así ha sido necesario al ser imposible poder desplazarse.
- Visitas a todas de las entidades y profesionales objeto de los currículos formativos que será responsables de las capacitaciones. La metodología consiste en detectar las necesidades formativas mediante las sesiones de grupo o entrevistas y/o encuestas de relevamiento de la información. Por otro lado, se va a enriquecer el producto con los aportes. Estas reuniones, si no pueden realizarse de forma presencial, se realizarán a través de videoconferencias, como así ha sido por la imposibilidad de poder realizarlas presencialmente.

5.- RESULTADOS ALCANZADOS

1.- FASE INICIAL.

Las reuniones iniciales fueron de planificación de y organización del trabajo en territorio y conformar el núcleo de trabajo del ministerio que hará acompañamiento de la consultoría que se ubica en la Unidad de salud mental y adicciones, dentro de la Jefatura de Unidad de promoción de la salud, dependiente de la Dirección de Promoción de la salud.

El 20 de mayo se reúne el grupo de referencia junto con el VDS, OBSCD y SALUD. El objetivo de la reunión fue ajustar los objetivos de la consultoría y orientar los productos a ello. Se expuso igualmente los productos de la consultoría PR-002.

La reunión puso de manifiesto las prioridades en relación con la implantación de la salud Comunitaria a través de los Centros de Atención Familiar y Comunitaria CAIFC. Y la necesidad de impulsar la elaboración de normas técnicas de dichos dispositivos. Y lo referido a extraer carpetas de trabajo del producto de la consultoría PR-2002. Se habla de la necesidad de coordinar a través de la Red de



prevención, tratamiento y reinserción que dirige por el Ministerio de salud. Se expuso el plan de trabajo de la consultoría PR-009 y se acuerda la aprobación que finalmente se pospuso por la irrupción de la pandemia. Que fue finalmente aprobado en reunión del 5 de junio, aunque ya se estaba trabajando en ello.

RESULTADO: Coordinación establecida y ok en el trabajo de los objetivos de la consultoría. Se pone en coordinación los productos de la PR-002 junto con los objetivos de la PR-009, con el fin de que el personal de los CIAFC entre ya capacitado, y el primer nivel de salud.

2.- FASE DE DESARROLLO.

. – Se realizan numerosas reuniones en salud con el fin de integrar la consultoría de capacitación con el desarrollo de la implantación de los CAIFC. En ellas se determina que se deben trabajar para tener dispuesto el producto con tiempo de antelación a la contratación de los ítems para los CAIFC, y se les pueda ya capacitar.

. - La reunión del grupo de referencia en que participó el OBSCD se avanza en que la coordinación entre los sistemas de información como el SNISE y el SIISSD y el SIAASM, se refuerza la necesidad de integrar el trabajo conjunto de salud y Observatorio de gobernación.

. - Trabajo de colaboración con Minsalud en la encuesta de impacto en la salud mental del confinamiento por pandemia.

. - Se colabora en el Curso de formación para médicos de primer nivel en PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS EN LA PANDEMIA, con tres participaciones en TELESALUD.

. – Se colabora activamente en la operativización del SCATASM (SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL), en reuniones de elaboración del POA hasta fin de año.

. - Reuniones periódicas con la OPS para coordinar los trabajos de trabajo de preparación de las consultorías.

. - Se coordina con ONU MUJERES, la participación y apoyo de ellos en la perspectiva de género en las capacitaciones para primer nivel y salud mental.

. – Reunión día 8 de junio, con Régimen Penitenciario sobre propuesta de activación de los módulos de rehabilitación. Se pone en coordinación con el SCATASM a nivel nacional.

. - El día 5 de junio se celebró reunión del grupo de referencia en salud, en que se presenta el plan de trabajo para la discusión detenida: como conclusiones destacar:

- 1.- Tener en cuenta el corto plazo en las capacitaciones y también el largo plazo para dar sostenibilidad a la capacitación en el tema de SM y Adicciones.
- 2.- Importante reunir la Red de prevención, tratamiento y reinserción de drogas: ampliada con universidades, OPS, y SEDES Y SEDEGES. Y algún municipio.
- 3.- Incluir apartado de capacitación online: ver la plataforma de gestión pública de Gobierno.



4.- Vinculo de Implantación del Sistema de tratamiento de salud mental y adicciones y un Plan de formación para llevar a cabo de modo inmediato.

5.- Incluir las ETAs en todo el proceso desde la reunión de la RED.

6.- Hacer video con explicación de los últimos productos realizados y un guion de entrevista para que respondan preguntas de interés.

7.- Otros colectivos:

Escuela de Jueces y fiscales. Colegios de abogacía.

Universidad de Policía, academia de policía.

Educación: Ver para usar mejorado el protocolo de maestros.

Régimen Penitenciario: hacer propuesta de capacitación a corto plazo con el personal de salud y equipo multi y medio plazo.

Centros de Menores de SEDEGES: explorar que propuesta hacer.

ONG: se planea que rol quiere dar el ministerio a ellas: se habla del proceso de acreditación y las implicaciones del mismo; y la colaboración de las que traban en medio comunitario (modelo de desarrollo comunitario).

Medio de comunicación se va a valorar que propuesta se hará y con qué entidades.

. – Día 9 de junio se mantiene reunión virtual con Colegio Oficial de Psicólogos de La Paz, para obtener insumos sobre los lineamientos colegiales en funciones del psicólogo y competencias necesarias para ejercer en salud mental comunitaria. Se elabora documento oficial en este sentido.

. - Día 10 de junio, reunión virtual con Sociedad de Psiquiatría de Bolivia para obtener insumos sobre los lineamientos colegiales en funciones del psiquiatra y competencias necesarias para ejercer en salud mental comunitaria. Se elabora documento oficial en este sentido.

. - Día 10 de junio, reunión con Asociación Ayninakuna que trabaja en rehabilitación con base comunitaria en discapacidad y atención a la infancia y adolescencia en salud mental. Se trata sobre su rol en el nuevo sistema público de salud mental comunitaria.

. – Día 10 de junio, sesión de trabajo virtual con Sociedad de Psiquiatría de La Paz, Colegio Oficial de Psicólogos de la Paz para coordinar la propuesta de lineamientos sobre el rol de los profesionales de salud mental comunitaria y las competencias necesarias para ejercer en este ámbito de actuación.

. – Día 11 de junio, video llamada con Colegio psicólogos la paz, sociedad psiquiatra la paz para coordinación conjunta de acciones para relevamiento de información sobre contenidos de la capacitación.

. - Día 15 de junio, reunión virtual con Pta. colegio de enfermería de la paz, se le informa del proyecto de salud mental comunitaria y la petición de colaboración que se le hace. Se refleja la insuficiencia de capacitación en salud mental en enfermería, la falta de especialidad, y me podrán en coordinación con enfermería de centros de salud.

. – Día 16 de junio, reunión virtual con INTRAID Tarija, directora, para relevamiento de contenidos para la capacitación en salud mental comunitaria. Se aborda la necesidad de trabajar con universidades para mejorar la formación en salud mental.

. – Día 17 de junio, video llamada con Sociedad de Psiquiatría de La Paz, Colegio Oficial de Psicólogos de la Paz, Colegio de Enfermería de la Paz tras la remisión del documento de salud mental comunitaria y la solicitud de colaboración en rol de los profesionales, en competencias técnicas, y en contenidos



para capacitarlos. Propuesta para tratar con universidades la creación de diplomaturas y postgrados en salud mental comunitaria, se coordina para avanzar en esto.

. - Día 19 de junio, reunión con ONU MUJERES sobre documento de implantación de la perspectiva de género para el sistema comunitario de salud mental. Aportes para el documento de producto.

. - Día 26 de junio, reunión virtual con colegio de enfermería, para recogida de insumos sobre solicitud de información para la consultoría: Se trata el apoyo para propuesta formal de diplomado de enfermería de salud mental, y especialidad de salud mental.

. - Día 29 de junio, reunión virtual con colegio de psicólogos para recogida de insumos sobre solicitud de información para la consultoría: Se trata el apoyo para propuesta formal de diplomado de salud mental.

. - Colaboración en elaboración del plan de salud mental con ministerio de salud.

. – Día 30 de junio, video reunión con CAIF, Cochabamba, para análisis de modelo de centro: actividades solo preventivas no hacen tratamiento. Trabajan en modelo psicoeducativo con menores y adolescentes en riesgo, programas centrados en la familia.

. - Día 1 de julio, reunión con Minsalud y DITISA para recogida enmarque del trabajo de consultoría con el nuevo responsable de salud mental.

. – Día 6 de julio, sesión conjunta con todos los colegios y sociedades profesionales implicadas en la salud mental comunitaria. Se acuerda una diplomatura de salud mental comunitaria conjunta para psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Ejercerá tarea de impulsor y hacer la propuesta conjunta para ser discutida.

. – Día 14 de julio, video reunión con responsable de salud mental Minsalud: se acuerda apoyar la elaboración de il Plan de salud mental. Asesorar sobre la estructura del plan y líneas estratégicas.

. – Día 22 de julio, video reunión con Pte. de la Sociedad de Psiquiatría de la paz, para tratar la estructura de la red de atención de salud mental para un horizonte de 2026. Se repasan los retos de futuro, y se ve necesario graduar los pasos

. – Día 23 de julio, video reunión con OBSCD, su director, en la que se coordinan los trabajos de la consultoría con las líneas de trabajo del observatorio en especial sobre la agenda de investigación. Se va a apoyar en realizar un TDR para un mapa de recursos y programas sobre drogas en el territorio.

. – Día 23 de junio, 30 de julio y sesión del día 10 de agosto, reunión con a RAISSS sobre el modelo de intervención de base comunitaria como la presentación del modelo y buscar las sinergias para que apoye la política pública sobre salud Mental Comunitaria. Se habla de empezar con la capacitación como punto de partida y para ello se va a socializar el producto de mi consultoría sobre este tema que ya estaba elaborado. Se trata el asunto de armar en su momento un piloto para articular los recursos y métodos de intervención.

. – Día 23 de julio, Reunión con Consultora de OPS sobre perspectiva de género en el sistema de tratamiento de modo que se acuerda una acción coordinada entre ambas consultorías.



. – Día 30 de julio, reunión del Grupo de Referencia de la Consultoría, e invitados ampliados como PNUD, VDS, CONALTID. Se expone el trabajo no solo de la consultoría actual de Capacitaciones, sino todo lo anterior también, con el objetivo de exponer la necesidad de que se ponga en marcha lo hecho que es valorado mucho como buen punto de partida para iniciar el cambio hacia un modelo comunitario. Se hablar de darle funcionalidad al Consejo interministerial de CONALTID, donde esta representado salud con el fin de darle prioridad a la política sobre adicciones y salud mental.

Resultado parcial:

- Se ha fortalecido la construcción de los mejores métodos de capacitación en salud mental comunitaria para las necesidades del ministerio de salud.
- Se va a articular el trabajo de la consultoría con organismos multilaterales de salud.
- Proceso de participación de colegios profesionales. Se enfatiza la importancia de la capacitación específica en perspectiva de género para los CAIFC.
- Se promueve la colaboración entre entidades que representan colectivos profesionales.
- Se consensua un programa de perspectiva de género para la consultoría.
- Se promueve un plan a largo plazo de formación con las universidades para el impulso de diplomaturas en salud mental y mejora de la formación en salud mental para médicos en interinidades y residencias.
- Coordinación con acciones del OBSCD.
- Se abre la posibilidad de aplicar los métodos comunitarios para implementar política pública.
- Se marca la agenda de trabajo para implementar el sistema de tratamiento y se ha generado un amplio consenso en impulsarlo de modo operativo. Se proponen medidas concretas que comienzan por la capacitación en salud mental comunitaria.

6.- DESCRIPCION DE LOS PROCESOS PROMOVIDOS

- Integración de las actividades de elaboración del producto con las propias del Ministerio de salud. Alineación completa de los productos del PR-002 con las capacitaciones.
- Integración continuada del apoyo del consultor en los objetivos del ministerio en salud mental y adicciones.
- Proceso de participación de colegios profesionales. Se enfatiza la importancia de la capacitación específica en perspectiva de género para los CAIFC.
- Se consensua un programa de perspectiva de género para la consultoría.
- Implicación de las universidades para el impulso de diplomaturas en salud mental y mejora de la formación en salud mental para médicos en interinidades y residencias.
- Reforzamiento de la propuesta de capacitación del modelo de intervención de base comunitaria que es muy importante para Bolivia.
- Se marca el proceso de trabajo con amplio consenso, en implementar el sistema de tratamiento como ruta crítica.



7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

CONCLUSIONES GENERALES PARA DISEÑO CURRICULAR PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO

Hay una gran necesidad de capacitación en este ámbito y con una alta percepción de la importancia de tema entre los profesionales y directivos. Las necesidades de capacitación para el sistema de atención en salud mental comunitaria y adicciones parten de un estado de situación básico por el desconocimiento de tema en cuestión por ser novedoso.

Hay una percepción por parte de los ministerios de salud (y otros) de que el nivel de formación de los profesionales en general es bajo en el enfoque comunitario de la salud mental y adicciones, y que debe partir todo el proceso de implantación del sistema de tratamiento en salud mental y adicciones con una capacitación sobre los conceptos esenciales que pueden operar el sistema.

En este sentido es esencial que se comprenda la atención en salud mental y adicciones es proactiva, y de base comunitaria en su concepción de partida.

El concepto de estigma en salud mental y adicciones se ha considerado central en la capacitación dada su importancia a diferentes niveles: en directivos para posicionar la política pública en este tema en el lugar que le corresponde, y lo profesionales para proveer una atención de calidad. La posición punitiva el país acerca de las drogas ha contribuido enormemente a incrementar el estigma social hacia el consumidor de drogas y hacia los problemas que genera, de modo que la mirada es negativa en cuanto a ser considerados delincuentes, viciosos, e irrecuperables.

Es prioritario que se abra una línea de presupuestos específicos en salud mental y adicciones que de sustento a la formación continuada además de proveer los servicios oportunos y los sistemas de información.

Existe un amplio consenso entre profesionales y en los Ministerios y las gobernaciones y municipios en iniciar una capacitación en salud mental comunitaria para que se pueda desarrollar el sistema de tratamiento con unas capacidades técnicas y un enfoque adecuado a los objetivos del mismo.

7.2 Recomendaciones

RECOMENDACIONES GENERALES PARA DISEÑO CURRICULAR PARA EL FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO

1.- El proceso de capacitaciones debe ser una propuesta conjunta con academia y sociedades profesionales y colegios, para darle una continuidad y actuar desde la base de la formación académica de las profesiones implicadas en la salud mental: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras.



- 2.- Se recomienda iniciar una diplomatura de salud mental comunitaria y actuaciones en la formación de médicos sobre salud mental para que se conozca más y se puedan manejar los problemas de salud mental.
- 3.- Se recomienda una capacitación específica en cuatro áreas comunes a todos los grupos diana de las capacitaciones: conceptos de salud mental comunitaria, estigma en salud mental y adicciones, intervención de base comunitaria, y perspectiva de género. Estas áreas van a permitir poner el marco sobre el que va a operar el sistema.
- 4.- Se considera importante capacitar a los profesionales de la prensa en la importancia del lenguaje en el tratamiento de la información sobre salud mental y adicciones, por su gran peso en generar actitudes positivas hacia esos colectivos.
- 5.- De igual modo se considera esencial que los mandos directivos conozcan la salud mental comunitaria y los centros de atención, para que valoren la importancia de priorizar la política de salud mental y adicciones.
- 6.- Se considera esencial que se dé continuidad a la formación de modo que se debe articular una comisión de formación continuada que se encargue de obtener recursos para ello, y recabar las necesidades formativas y plasmarlas en programas anuales de formación.
- 7.- Por último, en lo referido a la financiación de la formación, se considera que esta debe ir de la mano de unos presupuestos en salud mental y adicciones específicos. Dentro de los cuales habrá un apartado de formación continuada.