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

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

Informe final de la Misión Corta Duración

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

Contrato n° DCI/LA/2017/392-699
N° de identificación: EuropeAid/138320/IH/SER/BO

Proyecto Financiado por la Unión Europea

Implementada por el consorcio:
AGRER — AECOM — TRANSTEC

La Paz / Bruselas, DICIEMBRE de 2020

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

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

Contrato Nº DCI/LA/2017/392-699

Misión PRE-009: Diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucionales en salud mental y adicciones con enfoque comunitario" (extensión de consultoría)

Documento sobre la Red de salud mental y adicciones, a nivel estatal, y a nivel departamental y municipal.

Autor:

Juan Antonio del Pozo Irribarría

Bolivia, diciembre 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC

CONTENIDO

1. INTRODUCCION.....5
2. METODOLOGIA DE APOYO A LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD (SEDES).....8
3. DOCUMENTO BORRADOR MARCO DE LA ARTICULACIÓN DE UNA RED DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....8
¿QUÉ SON LAS REDES COMUNITARIAS DE COLABORACIÓN?..... 9
EL ROL DE LAS REDES COMUNITARIAS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....9
4. PASOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS REDES DEPARTAMENTALES Y LOCALES.....10
1.- ORGANIZACIÓN...... 10
2.- IDENTIFICACION DE AREAS DE TRABAJO DE LA RED..... 11
3.- REALIZAR UN DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES..... 12
5. ELEMENTOS CENTRALES DE LA ACCION DE LA RED..... 12
6. SOBRE LA RED NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES..... 13

1. INTRODUCCION

Se toma como referencia el concepto de Red y colaboración presentado en el Glosario de Promoción de la Salud de la OMS (OMS, 1998[1]) en el que una Red se asume como una agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza. La colaboración para la promoción de la salud se plantea como un
acuerdo voluntario entre dos o más socios que deciden trabajar en cooperación para obtener un conjunto de resultados de salud compartidos. Dicha colaboración puede formar parte de una
colaboración intersectorial para la salud o basarse en alianzas para la promoción de la salud. Puede limitarse a la búsqueda de un fin claramente definido (como conseguir el desarrollo e implantación de legislación) o ser continuada, abarcando una amplia gama de cuestiones e iniciativas.

1.1. Qué es participación

Aunque el término participación hace referencia, en sentido general, al ejercicio de los derechos civiles (democracia representativa) para intervenir en los procesos (ya sean económicos, sociales o políticos) que afectan al bienestar de la ciudadanía y al interés público, no existe una clara definición de qué es participación ciudadana. Existen diferentes modos para referirse a la idea de participación en el contexto sanitario (pacientes, ciudadanía, y tanto individualmente como en grupos organizados).

El propósito y alcance de la participación condiciona la definición. El concepto de participación se ha relacionado tanto con el ejercicio individual, como con el colectivo, de los derechos civiles, la legitimización de políticas y planes de salud, los derechos de los consumidores de servicios de salud, con la promoción de la salud o la sostenibilidad del sistema de salud. A su vez, contempla como mecanismos: la información, la consulta y la participación (compromiso) con las decisiones adoptadas o el control de políticas y resultados por la ciudadanía.

El ámbito de esta participación abarca desde lo relacionado con la atención sanitaria de primera línea, al diseño organizacional y de procedimientos o la evaluación de resultados, hasta la toma de decisiones sobre prioridades, políticas y planes de salud, gobernanza, presupuestos, inversión y desinversión y evaluación de tecnologías y logros.

Planificación estratégica, racionalización y priorización, evaluación de tecnologías y de resultados e impacto y condiciones para la investigación han sido las temáticas donde es más fácil hallar ejemplos de esta participación ciudadana. También la participación de la ciudadanía se usado en la investigación en salud (definición de prioridades de investigación, diseño de ensayos clínicos contando con la perspectiva de pacientes, diseño de documentos de consentimiento, etc.). Sobre participación en la gobernanza, en la

[1] Promoción de la Salud: Glosario. World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication (Ginevra : Organization Mundial de la Salud, 1998)

toma de decisiones relativas a la gestión de los sistemas y servicios de salud o en la evaluación de las decisiones, no se ha estudiado de modo sistemático su impacto. También se han analizado opiniones en contra basadas en la ineficacia de esta participación, al considerar que: supone un consumo de recursos que no se justifica por sus resultados, podría comprometer el logro de resultados, y no mejoraría la valoración que realiza el personal técnico.

En definitiva, encontramos ejemplos de participación ciudadana en un amplio rango de intervenciones para influir, compartir o ejercer el control sobre recursos, iniciativas y decisiones por parte de la ciudadanía no organizada, o de los movimientos asociativos, que ha evolucionado desde la idea de participación comunitaria para fortalecer los sistemas de salud y promover la salud, hasta la de cogestión y empoderamiento, pasando por la rendición de cuentas.

1.2. Beneficios esperados de la participación

Existe un amplio consenso de que una mayor participación de la ciudadanía favorecerá el desarrollo de una sociedad más democrática, un mayor respeto a las garantías individuales, se legitimarán las políticas de salud y se asignarán los presupuestos de forma más equitativa porque se adoptarán decisiones más inteligentes[2],[3],[4]. De esta participación se espera un mayor éxito en la implantación de las políticas sanitarias, mejorar la prestación de servicios sanitarios, favorecer la alfabetización en salud, potenciar la implicación de las personas en el logro de resultados, incrementar el alcance de la participación de las asociaciones ciudadanas en la acción de gobierno y contribuir a la sostenibilidad mediante un uso más responsable de los servicios sanitarios [5],[6],[7],[8].

Profesionales y gestores sanitarios favorecen esta participación cuando la consideran legítima y cuando reciben apoyo de la ciudadanía en su ejercicio profesional [9],[10].

---

[2] Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. Soc Sci Med 2003; 57: 239-251.

[3] Street J, Duszynski K, Krawczyk S, Braunack-Mayer A. The use of citizens' juries in health policy decision-making: a systematic review. Soc Sci Medicine 2014; 109: 1e9.

[4] Carr G. Stakeholder and public participation in river basin management. An introduction. WIREs Water 2015; 2: 393-405.

[5] Frankish CJ, Kwan B, Ratner PA, Higgins JW, Larsen C. Challenges of citizen participation in regional health authorities. Soc Sci Med 2002; 54: 1471-1480.

[6] Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AM. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. Glob Health Action 2015; 8: 29842.

[7] Stewart E. What is the point of citizen participation in health care? J Health Serv Res Policy 2013; 18: 124-126.

[8] Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Aff (Millwood) 2013; 32: 223-231.

[9] Lodenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JE. Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low-and middle-income countries: a realist review. Health Policy Plan 2016; 1-16.

[10] odenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JE. A realist synthesis of the effect of social accountability interventions on health service providers' and policymakers' responsiveness. Syst Rev 2013; 2: 98. [

1.3. Quién participa en nombre de la ciudadanía

En la literatura se han analizado diferentes tipos de representación y en qué medida la sociedad está representada, posibles conflictos de interés de quienes participan y si determinados grupos sociales son excluidos sistemáticamente. La premisa de la que se parte es que quienes participan lo hacen de forma desinteresada.

1.4. Instrumentos de participación

Según el grado de interacción se han considerado tres niveles de participación: comunicación (una sola dirección, de la Administración a la ciudadanía), consulta (una sola dirección, de la ciudadanía a la Administración), participación (ambas direcciones, deliberación). Los estudios de participación (con técnicas deliberativas) fueron menos frecuentes hasta finales de los 90 y, actualmente, son los más frecuentes.

Los consejos de salud, u órganos similares de participación, se han venido utilizando como canales formales de participación en muy diversos países y continentes, pero se ha puesto en duda su utilidad. La evaluación de estos consejos es coincidente al señalar que, en todos los países estudiados, los gobiernos y sus estructuras sanitarias no han sido diligentes en el apoyo a estas estructuras de participación, se han centrado en temas poco controvertidos, no han sido transparentes en su sus mecanismos de actuación y han tenido escasa influencia en las decisiones adoptadas, siendo su papel consultivo. Además, en muchos países se ha comprobado que solo han participado representantes de ciertos grupos de la sociedad civil.

Otros instrumentos de participación se han basado en desarrollos a partir de las técnicas de conferencia de consenso y en otros instrumentos diseñados en los 60 y 70 para facilitar la participación en las políticas públicas. Las técnicas cualitativas son las más extendidas y se ha recurrido, sobre todo, a: procesos deliberativos como paneles de ciudadanos, consejo de ciudadanos, técnica Delphi, sistemas de ponderación, escalas de análogo visual, encuestas y otras variaciones de técnicas cuantitativas como Discrete Choice Experiment y otros formatos relacionados con los anteriores, como el ChoiceWork dialogue[11].

Los sistemas de participación más estudiados (sobre todo en EEUU, Canadá y Reino Unido) son consejos y paneles de ciudadanos [12],[13]. Estos métodos de deliberación han abierto un formato de participación prometedor, pero para resultar efectivos requieren especial cuidado en el reclutamiento de participantes, permitir un tiempo suficiente para las deliberaciones y asegurar su independencia.

[11] Maxwell J, Rosell S, Forest P. Giving citizens a voice in healthcare policy in Canada. BMJ 2003; 326: 1031-1033.

[12] Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. Soc Sci Med 2003; 57: 239-251.

[13] Callaghan G, Wistow G. Governance and public involvement in the British National Health Service: Understanding difficulties and developments. Soc Sci Med 2006; 63: 2289-2300.

La literatura recoge que, aunque hay una cierta retórica alrededor de la importancia y los beneficios de la participación ciudadana, existe un amplio consenso en que esta participación legitima la toma de decisiones por los poderes públicos y, también, una cierta evidencia de que las decisiones adoptadas de este modo son más adecuadas y sostenibles. El problema de esta participación no estriba en los métodos, ni en el tipo de preguntas para las que se desea respuesta, sino más bien en el para qué se busca esa participación, en quiénes representan realmente a la ciudadanía y la legitimidad de las decisiones que se adoptan a partir de esta participación de pequeños grupos de personas. Pese a los avances en los enfoques y métodos para la participación, sigue observándose una ausencia de alineamiento entre las propuestas fruto de la participación y las políticas, las prioridades o los planes de salud[14]. La evaluación de los resultados de esta participación sigue siendo un reto no siempre fácil de abordar y poco se ha avanzado en las metodologías para medir el impacto real que dicha participación llega a tener.

2. METODOLOGIA DE APOYO A LOS SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD (SEDES)

El trabajo de la consultoría ha consistido como objetivo general conseguir que las/os responsables de salud de los SEDES Departamentales y el responsable de salud mental de Ministerio de salud dispongan de un documento de propuesta de la creación de las Redes Departamentales de Salud Mental y Adicciones, y la Red Nacional.
Los objetivos específicos han sido en dos sentidos: proveer de un apoyo técnico continuado a los las/os responsables de salud de los SEDES Departamentales y el responsable de salud mental de Ministerio de salud que les permita avanzar en el proceso de creación de las Redes.
Y, por otro lado, poner a su disposición de un documento de referencia que les ayude a hacer una propuesta de Red de salud Mental y Adicciones.

Se ha conseguido ser referencia de los responsables de salud mental de SEDES y del Ministerio de Salud a través de 8 reuniones virtuales con SEDES y muchas más reuniones virtuales con el Responsable de Salud mental del Ministerio de salud. Aparte de un gran número de sesiones de asesoramiento técnico individual con los responsables de SEDES departamentales y los técnicos de apoyo contratados por OPS para apoyar este proceso.

3. DOCUMENTO BORRADOR MARCO DE LA ARTICULACIÓN DE UNA RED DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La estructura de documento presentado como referencia de la creación de Redes se presenta a continuación:

[14] Degeling Ch, Carter SM, Rychetnik L. Which public and why deliberate? A scoping review of public deliberation in public health and health policy research. Soc Sci Med 2015; 131: 114-121.

Este documento tiene como objetivo dar una información práctica para el desarrollo de redes comunitarias departamentales y locales en respuesta a las necesidades en salud mental y adicciones. La propuesta es meramente un marco teórico que deberá desarrollarse con los insumos y aportes de cada departamento en la gestión de su red departamental y la coordinación de sus redes locales.

¿QUÉ SON LAS REDES COMUNITARIAS DE COLABORACIÓN?

Las redes comunitarias son estructuras de colaboración para gestionar un bien o problema común, en este caso, la salud mental y adicciones, en un territorio determinado. Estas redes pueden estar compuestas por la ciudadanía, administraciones y profesionales/personal técnico, presentes en un territorio, aportando cada parte unas potencialidades que son complementarias, para llegar de manera eficiente a toda la población.

Las ETAs son las impulsoras de estas redes dentro de su ámbito territorial y debe asumir un papel activo de colaboración o dinamización. Para contribuir a la efectividad de la respuesta comunitaria en salud mental y adicciones, es clave que las administraciones se impliquen, sea en mayor o menor grado, como entidades responsables del bienestar de la ciudadanía y garantes de sus derechos. La fortaleza de las redes comunitarias reside en su inclusividad (diversidad de sectores, profesiones y grupos sociales) y su flexibilidad (diversas opciones de implicación – coordinación, colaboración puntual, mantenerse informado- que puedan cambiar con el tiempo).

EL ROL DE LAS REDES COMUNITARIAS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Las redes comunitarias son esenciales para el manejo problemas de salud mental y uso de drogas que tienen carencias de partida en su abordaje por falta de profesionales, de programas y de dispositivos de atención, como es el caso que nos ocupa.

Organismos internacionales, como la OMS, señalan que las redes en salud mental son esenciales para articular una respuesta global a un desafío global como es la salud mental y adicciones, pues brindan apoyo, reparto de responsabilidades y puesta en común de recursos. Además, garantizan una comunicación proactiva y bilateral, incrementando el alcance de las intervenciones y permitiendo abarcar a toda la población de una forma más eficaz.

Las funciones sobre salud mental que hacen frente las redes comunitarias cubren las siguientes dimensiones:

- Trasmisión de información (sobre programas de promoción y prevención, situación epidemiológica de salud mental y adicciones local, recursos o activos en la comunidad, vigilancia y protección contra el estigma en medios de comunicación y ámbito social en general, etc.). Sobre la atención sanitaria de la salud mental y adicciones: calidad de atención, dispositivos de atención en la comunidad formales e informales, recursos de rehabilitación y reinserción.
- Actuar como centinela de nuevos problemas y nuevas necesidades en un contexto cambiante de la salud mental y uso de drogas.
- Acompañamiento emocional y primeros auxilios psicológicos (duelo, prevención del suicidio y problemas de salud mental, intervención en caso de catástrofes y emergencias, actuación en

pandemia). Mediante la articulación de actuaciones profesionales y no profesionales y redes informales de apoyo.

- Cuidados (de la infancia, personas mayores, enfermos, cuidadores). Entendidos como acciones de acompañamiento a personas con necesidades especiales.
- Cobertura de necesidades básicas dentro de la red (techo, alimentación, fármacos, sanidad, medidas de protección, movilidad, comunicación, educación, etc.).
- Identificación de personas y grupos vulnerables, así como de las barreras de acceso a la información o a los servicios de prevención y de ayuda. En este sentido, dos brechas importantes pueden darse: la brecha digital y multicultural.
- Identificación de recursos y activos para la salud y el bienestar (grupos de apoyo, asociaciones, voluntariado, redes vecinales, establecimientos colaboradores, servicios sociosanitarios, etc.).

4. PASOS PARA LA IMPLEMENTACION DE LAS REDES DEPARTAMENTALES Y LOCALES

1.- ORGANIZACIÓN.

Identificar aliados/as para la Red

Identificar si ya hay iniciativas en marcha o redes previas, así como posibles participantes sensibilizados (tanto del nivel ciudadano, como del técnico), instituciones y personas clave. Para ello, puede ser de utilidad partir de los contactos previos establecidos por los servicios sociales, de salud y participación; rastrear las redes sociales locales; preguntar en lugares de referencia como centro de salud, farmacia, panadería, servicios religiosos (…) y hacer llamamientos a la colaboración por medio de redes sociales, bandos municipales, habilitando siempre teléfonos, emails u otras formas de contacto. También puede ser importante contactar sectores y colectivos estratégicos en la salud mental y que se ocupen del problema de las Drogas.

Se recomienda que se determinen diferentes categorías de redes para operativizar los roles de cada una y sus cometidos en la red. Asu vez habrá una conexión de todas las redes temáticas o subredes en un comité ejecutivo de la red departamental que se construirá entre los representantes de las subredes.

Se recomienda un liderazgo de la Administración departamental y local en la dinamización de las redes y la sistematización resultados de las reuniones, levando de actas, convocatorias, etc.

Recomendación: constituir la Red compuesta de la siguientes subredes:

RED DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Red que aglutina los representantes elegidos entre las redes temáticas o subredes. Actúa como un **Comité Ejecutivo de Redes**: recibe las propuestas e iniciativas de las redes temáticas, adopta decisiones, aprueba las líneas prioritarias de trabajo en red, solicita informes de situación y emite informes de evaluación de estrategias y planes de salud mental y adicciones.

RED DE COORDINACION MUNICIPAL: Se trata de la red que va a aglutinar los municipios con redes propias y todas aquellas agrupaciones de municipios que trabajan en la salud mental y adicciones. En todo caso,

se trata de un órgano cuyo cometido principal es hacer llegar a todos los lugares las iniciativas que se pongan en marcha, así como recibir insumos del nivel local sobre la situación en el tema, necesidades, recursos disponibles. En el caso de disponer de planes de acción municipales de salud mental y adicciones será el órgano de coordinación a nivel departamental para el seguimiento del cumplimiento de la Estrategia nacional, y plan departamental y la coordinación con el nivel local.

RED DE COORDINACION ORGANISMOS Y ENTIDADES PUBLICAS: Ejercen de motor de iniciativas coordinadas entre los niveles departamental y local, y con el nivel central. Garantiza la calidad de los programas y acciones de promoción, prevención y tratamiento y rehabilitación - reinserción. Garantizar la equidad de la atención, el enfoque de género y vulnerabilidad, el enfoque multicultural. Actúa en caso de emergencias sociales o sanitarias, con planes de contingencia. Esta red moviliza los recursos financieros y humanos.

RED DE PROFESIONALES Y TECNICOS: Aporta el contacto directo con la problemática a través del contacto directo con los afectados. Aportan los conocimientos para la puesta en marcha de acciones preventivos, de tratamiento y rehabilitación y reinserción. Además de asegura la adecuada calidad técnica de las intervenciones. Ejercen de transmisores de confianza entre administración y sociedad civil.

RED DE REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD CIVIL: actúa como detector de sus necesidades en salud mental y adicciones. Movilizador de recursos propios de la comunidad (voluntarios, no profesionales, referentes comunitarios). Aportan la cercanía a la realidad, y la posibilidad de acceder a poblaciones más ocultas y vulnerables.

¿Cómo trabajar de forma coordinada?

Es importante que la red consensue un modo de funcionamiento (cómo comunicarse, cómo tomar decisiones) y reparta responsabilidades, sabiendo que estas pueden ser dinámicas: quiénes dinamizan, gestionan, organizan, comunican, apoyan puntualmente. Para ello es bueno apoyarse en estructuras de coordinación previas. En situaciones excepcionales es importante prever canales de comunicación y respuesta rápida ante situaciones de urgencia.

Debe constituirse una **unidad de coordinación técnica de la red** que debe estar en el departamento área de salud mental y adicciones. En la oficina técnica se debe elaborar el sistema de comunicación interna de la red:

1.- Recopilación de correos electrónicos y demás información de los miembros de la red.
2.- Administración de los grupos de whatsapp, convocatorias de video llamadas y reuniones virtuales.
3.- Lanzamiento de las convocatorias de reuniones.
4.- Unidad de coordinación técnica de la Red.

2.- IDENTIFICACION DE AREAS DE TRABAJO DE LA RED

¿Cómo identificar las áreas de trabajo?

Algunas necesidades ya existían, algunas se han acrecentado y otras han surgido nuevas. Le dinámica de trabajo tiene una doble vía de ida y vuelta:

- De la Red Departamental (Comité Ejecutivo de la Red) hacia las subredes.

-De las Subredes hacia arriba mediante la formulación de prioridades y necesidades.

Se recomienda elaborar un **Plan de Acción de la Red Departamental** por un periodo de 2 -3 años para tener unos lineamientos ya establecidos, pero con el mantenimiento de la flexibilidad de nuevas iniciativas que serán incorporadas al plan de acción por un mecanismo que se determine.

La acción de las subredes: de coordinación municipal, de profesionales y técnicos, de administraciones públicas y de la sociedad civil va a asegurar que los temas de trabajo prioritario sean consensuados.

3.- REALIZAR UN DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Revisar si se dispone ya de guías o mapa de recursos humanos y materiales; si es así, actualizarlos adaptándolos a las circunstancias actuales. Si no se cuenta con este trabajo previo, empezar por localizar los recursos y activos existentes y poner en común inventarios, estableciendo una red coordinada de dispositivos y de la sociedad civil (reuniones por videoconferencia, sistema de información integrado, cartografías digitales, etc.).

Impulsar un **estudio epidemiológico de salud mental y adicciones** sería un punto de partida central para conocer la situación de partida: Si se realiza a nivel departamental el grado de validez y fiabilidad de los datos será mejor que si es a nivel nacional solamente. En todo caso se debe usar una metodología común a todos los estudios que se realicen para poder agregar los datos de todos a nivel nacional.

El otro gran reto de la Red es asegurar que los dispositivos de prevención y atención y, en general, los de salud que atienden casos de salud mental y adicciones, dispongan de un **sistema de información único para el registro de prevalencia atendida.**

5. ELEMENTOS CENTRALES DE LA ACCION DE LA RED

La Red debe preservar los principios básicos de la atención en un sistema universal de prevención y atención de la salud mental y las adicciones. Y estos deben ser directrices de cualquier programa, iniciativa, acción que se ponga en marcha por la Red:

EQUIDAD: Para que las intervenciones lleguen a todas las personas hemos de asegurar que las intervenciones que implementemos tengan el mayor alcance e inclusividad posibles. Para ello hemos de prestar atención los contextos de vulnerabilidad, dispersión geográfica, perspectiva de género y otras barreras de acceso vinculadas a las desigualdades sociales y culturales. Todas estas barreras pueden ser variadas: a la persona no le llega la información (brecha digital, entre otras), o le llega en un formato no comprensible o no entendible (idiomas, falta de adaptación del lenguaje, diversidad cultural), o las

medidas propuestas son inaceptables o no asumibles para parte de la población (falta de sensibilidad cultural, de género, no adecuación a situaciones económicas, sociales…). Una participación inclusiva permite planificar teniendo en cuenta todas estas barreras y pensar alternativas y cauces para que las mismas se implementen.

ACCESIBILIDAD: que los programas y acciones sean accesibles para todos teniendo en cuenta las diferencias de género, cultura, entorno rural o urbano, colectivos especiales como privados de libertad, y otros. Se trata minimizar las barreras a los programas y acciones que antes se comentaron.

RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS:

La protección de los derechos humanos de los afectados por problemas de salud mental y adicciones también el objetivo del trabajo de la Red al incidir en problemas como el estigma social de la enfermedad mental y los problemas de adicciones. 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 es también objeto de la consultoría. En este sentido, se aborda 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.

6. SOBRE LA RED NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Teniendo en cuenta lo propuesto antes sobre la estructura y funcionamiento de las redes departamentales de salud mental y adicciones, y lo esbozado sobre las redes municipales de salud mental y adicciones (que se deberá profundizar en otro momento), hemos visto como las redes se constituyen como redes de colaboración y participación y no como redes asistenciales de recursos. Las redes de recursos de asistencia de la salud mental serian el conjunto de servicios que trabajan en salud mental y adicciones y que esta coordinados formando un todo de continuidad en la atención. Este no es el objetivo de la Red de salud mental que estamos hablando, sino la Red de todos aquellos estamentos públicos, profesionales, niveles territoriales y la sociedad civil que están implicados directa o indirectamente en la política pública de salud mental y adicciones. En resumen, es una red de participación y yendo más allá, de colaboración en la política pública.

Este es el mismo objetivo que debe tener la Red Nacional de salud mental y adicciones: la colaboración de todos los agentes implicados en la política nacional. La propia estructuración propuesta para las redes departamentales que actúan a través de un **Comité Ejecutivo de Redes**, del que forman parte las subredes departamentales a través de representantes de ellas en el comité ejecutivo, es la misma que se sigue para la Rede Nacional. La Red Nacional está compuesta por los representantes de cada comité ejecutivo departamental (nombrado entre los miembros del mismo de modo rotativo) para formar parte del **Comité Ejecutivo de la Red Nacional**.

Así pues, la **Red Nacional de Salud Mental y adicciones** es una red de redes departamentales. Esta estructura de la Red asegura un enfoque territorial amplio con la posibilidad de plantear propuestas a nivel nacional cuando los temas así lo ameriten, y al contrario, se posibilita que la decisión tenga un mecanismo de transmisión hacia lo territorial.
Pero no solo queda en esto, la Red Nacional contemplará también la presencia en el comité ejecutivo de los ministerios más vinculados a la problemática, la academia, ONG y asociaciones de ámbito nacional de afectados y familiares, sociedades y colegios profesionales a nivel nacional; y también formará parte de personas e instituciones que por la relevancia del tema a tratar se podrá invitar a participar de modo temporal.

Al igual que se dijo para las Redes Departamentales, se debe aprobar una formalización de la Red Nacional de Salud mental y Adicciones mediante el nombramiento de los miembros de la misma y el sistema de rotación de cargos para dar una acción dinámica en todo momento. No se persiguen cargos estáticos excepto del ministerio competente como es Salud y los representantes de los Compites Ejecutivos de Redes Departamentales.

Por último, hacer una referencia a que la **Red Nacional de Salud Mental y Adicciones** deberá ejercer los cometidos en la Ley 913, de 16 de marzo de 2017, Ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, que en su capítulo V se refiere a la creación de la "Red de prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con
adicciones y su entorno" la que establece que el Ministerio de salud es el competente a través de una **unidad operativa** de la red, para articular la política pública en materia de adicciones.
Pues bien, debe elaborarse un reglamento que señale que la entidad operativa de la citada red de la ley 913, será la **Red Nacional de salud Mental y Adicciones,** a través del **Comité Ejecutivo de la Red Nacional de Salud Mental y Adicciones** y los mecanismos de participación territorial establecidos a nivel departamental.