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 de revisión de lineamientos estratégicos de la salud mental a nivel estatal y departamental y municipal

Autor:

Juan Antonio del Pozo Iribarría

Bolivia, diciembre 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC

CONTENIDO

Contenido 4
1. INTRODUCCION 8
2. PASOS PARA IMPLANTAR UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL 9
2.1. PASO 1. REUNIR LA INFORMACIÓN Y LOS DATOS PARA EL DESARROLLO DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL 9
2.2. PASO 2. REUNIR EVIDENCIAS PARA ESTRATEGIAS EFICACES 11
2.3. PASO 3. CONSULTA Y NEGOCIACIÓN 12
2.4. PASO 4. INTERCAMBIO CON OTROS PAÍSES. 13
3. DESARROLLAR UN PLAN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 13
3.1. PASO 1. ESTABLECER LAS ESTRATEGIAS Y LOS PLAZOS 13
3.2. PASO 2. ESTABLECER LOS INDICADORES Y LOS OBJETIVOS 14
3.3. PASO 3. DETERMINAR LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES 14
3.4. Paso 4. Determinar los costes, los recursos disponibles y el presupuesto. 14
4. EVALUAR EL PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 15
5. MODELO DE PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2021-2024 (documento entregado a SEDES departamentales y MINSALUD) 16
5.1. INTRODUCCIÓN 16
5.2. MARCO NORMATIVO. 17
5.2.1. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS INTERNACIONALES. 17
5.2.2. PLANES Y PROGRAMAS INTERNACIONALES SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 19
5.2.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 0. Desarrollo de la organización 25
5.2.4. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES 29
5.2.5. NORMATIVA ESTATAL SOBRE DROGAS 32
5.2.6. NORMAS REFERIDAS AL MODELO Y LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA DE SALUD EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES 36
5.3. Datos demográficos y epidemiológicos, y de impacto en la salud de la salud mental y las adicciones en el Departamento. 47
5.4. Actividad, evolución de la demanda 49
5.5. NECESIDADES Y LINEAMIENTOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA EL DEPARTAMENTO DE……. 50
5.5.1. Lineamientos estratégicos del sistema departamental de prevención y tratamiento comunitarios de salud mental y adicciones 51
5.5.2. Lineamientos estratégicos para implementación de la política departamental de prevención en el ámbito educativo con perspectiva de género 51
6. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.54
6.1. ENFOQUE ESTRATÉGICO 55
6.1.1. LINEA ESTRATÉGICA 1. Sobre el financiamiento del Plan. 55

6.1.2. LINEA ESTRATEGICA 2. Sobre legislación, derechos humanos, y el estigma de las personas con problemas de salud mental y adicciones. 55
6.1.3. LINEA ESTRATÉGICA 3. Sobre promoción y prevención de los problemas de salud mental y derivados del uso de sustancias psicotrópicas. 56
6.1.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave (TMG). 57
6.1.5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. Atención a la salud mental en niños y adolescentes 59
6.1.6. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. Atención a la salud mental en el primer nivel de salud 60
6.1.7. LÍNEA ESTRATÉGICA 7. Atención a las personas con trastornos por uso de sustancias (TUS).62
6.1.8. LÍNEA ESTRATÉGICA 8. Prevención del suicidio.....63
6.1.9. LÍNEA ESTRATÉGICA 9. Atención a los trastornos depresivos y por ansiedad. 64
6.1.10. LÍNEA ESTRATÉGICA 10. Red Departamental de Salud Mental y Adicciones. 64
6.1.11. LÍNEA ESTRATÉGICA 11. Formación continuada en salud mental y adicciones y cuidado de los profesionales. 65
6.1.12. LINEA ESTRATEGICA 12. Calidad del sistema de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones. 65
6.1.13. LINEA ESTRATEGICA 13. Investigación en salud mental y adicciones. 65
6.1.14. LINEA ESTRATEGICA 14. Intervención de base comunitaria en salud mental y adicciones. ...66
6.1.15. LINEA ESTRATEGICA 15. Actuación en emergencias y catástrofes en salud mental y adicciones. 66
6.1.16. LINEA ESTRATEGICA 16. Sistema de Información en salud mental y adicciones, y evaluación del Plan. 66
6.1.17. LINEA ESTRATEGICA 17: Perspectiva de Género en todo el plan. 67
6.2. IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN 68
7. SOBRE EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 68
7.1. META 0: HACIA UNA ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS Y DOTACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL 69
7.1.1. LINEA ESTRATEGICA 0: RECURSOS HUMANOS PARA SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN EL TERRITORIO NACIONAL 69
OBJETIVO ESTRATEGICO 0.1..... 69
7.2. META 1: HACIA LA GOBERNANZA DEL LA POLITICA PUBLICA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES 70
7.2.1. LINEA ESTRATEGICA 1: GOBERNANZA PARA EL SISTEMA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....70
7.2.2. LINEA ESTRATEGICA 2: LA RED NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....72
7.2.3. LINEA ESTRATÉGICA 3. SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL PLAN NACIONAL.....73
7.3. META 2: CIUDADANOS CON UNA MEJOR SALUD MENTAL.....73
7.3.1. LINEA ESTRATEGICA 4. SOBRE LEGISLACIÓN, DERECHOS HUMANOS, Y EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....73

7.3.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).....74
7.3.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.....74
7.3.4. LINEA ESTRATEGICA 7. ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y POR ANSIEDAD.....74
7.4. META 3: UNOS CIUDADANOS Y COMUNIDADES MAS RESILIENTES 74
7.4.1. LINEA ESTRATEGICA 8. INTERVENCIÓN DE BASE COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....74
7.4.2. LINEA ESTRATEGICA 9. ACTUACIÓN EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....75
7.5. META 4: SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA TODOS.....75
7.5.1. LINEA ESTRATÉGICA 10: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PUBLICA.....75
7.5.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 11. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD...78
7.5.3. LINEA ESTRATEGICA 12: DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO.....78
7.5.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 13. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS).....93
7.6. META 5: UN SISTEMA DE CUIDADOS DE CALIDAD PARA LOS CUIDADANOS.....94
7.6.1. LINEA ESTRATÉGICA 14: CALIDAD DE LA ATENCION, FORMACION E INVESTIGACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....94
7.7. META 6: UNA SALUD MENTAL INCLUISVA DIVERSAS EN SUS ENFOQUES.....100
7.7.1. LINEA ESTRATÉGICA 15: ENFOQUE MULTICULTURAL EN TODO EL SISTEMA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES 100
7.8. META 7: POR UNOS NIÑOS Y JOVENES PRODUCTIVOS Y SANOS PARA CONSTRUIR EL FUTURO 103
7.8.1. LINEA ESTRATÉGICA 16: SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y JOVENES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD 103
7.9. META 8: SALUD MENTAL PARA LOS PRIVADOS DE LIBERTAD.....105
7.9.1. LINEA ESTRATÉGICA 17: ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA TODOS LOS PRIVADOS DE LIBERTAD.....105
7.10. META 9: CUIDADOS PARA LOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 107
7.10.1. LINEA ESTRATEGICA 18: PROGRAMAS DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS POR USO DE ALCOHOL Y DROGAS.....107
7.11. META 10: IGUALDAD DE GENERO EN LA SALUD MENTAL 110
7.11.1. LINEA ESTRATÉGICA 19: PERSPECTIVA DE GENERO EN EL SISTEMA COMUNITARIO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES 110
8. ANEXO 1: DOCUMENTO DE APOYO PARA LAS LINEAS ESTRATEGICAS 0 DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN, 4 ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG), 6 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD, 7 ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS), Y 17 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN TODO EL PLAN. 116

9. ANEXO 2: DOCUMENTO DE APOYO PARA LA LINEA ESTRATEGICA 2 SOBRE FINANCIACION DE LA SALUD MENTAL.....153
10. ANEXO 3: DOCUMENTO DE APOYO PARA LINEA ESTRATEGICA SOBRE ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.....178
11. ANEXO 4: DOCUMENTO DE APOYO PARA LA LINEA ESTRATÉGICA 14 SOBRE INTERVENCION DE BASE COMUNITARIA.....201

1. INTRODUCCION

Una política de salud mental es un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población. Define una filosofía para el futuro y ayuda a establecer un modelo de actuación. Una política también
estipula el nivel de prioridad que un gobierno asigna a la salud mental en relación con otras políticas sanitarias y sociales. Una política se formula generalmente para cubrir un amplio periodo de tiempo, por ejemplo, entre cinco y diez años.
Un Plan de salud mental es un detallado esquema formulado previamente para poner en marcha actuaciones estratégicas que favorezcan la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el tratamiento y la rehabilitación. Un plan de esta
naturaleza permite aplicar la filosofía, los valores, los principios y los objetivos definidos en la política. Un plan incluye habitualmente las estrategias, los plazos, los recursos necesarios, objetivos, los indicadores y las actividades.
Un plan puede coincidir con la misma división administrativa y con el mismo marco temporal de la política de salud mental. Esto no tiene por qué ser siempre así: se puede desarrollar un plan para una división administrativa menor o para un período de tiempo inferior al de la
política.

¿Por qué es importante la política de salud mental?

Una política de salud mental explícita es una herramienta esencial y poderosa para la sección de salud mental de un ministerio de salud, un departamento y un municipio. En el campo de la salud mental, las políticas escritas son muy importantes por las siguientes razones:

- Las políticas proporcionan un esquema general, describen los objetivos de manera amplia y sientan las bases para actuaciones futuras.
- Las políticas dan a la salud mental una prioridad acorde con la carga de enfermedad que representa y con la efectividad de las intervenciones en este campo.
- Mejoran los procedimientos para desarrollar y priorizar actividades y servicios de salud mental.
- Identifican a las principales partes implicadas en el campo de la salud mental y asignan con claridad roles y responsabilidades.
- Facilitan acuerdos para la actuación entre las diversas partes implicadas.

Con políticas nacionales, planes y programas sobre salud mental, los ministerios, y el nivel descentralizado de salud han tenido un significativo impacto en la salud mental de las poblaciones.

2. PASOS PARA IMPLANTAR UNA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

2.1. PASO 1. REUNIR LA INFORMACIÓN Y LOS DATOS PARA EL DESARROLLO DE LA POLÍTICA DE SALUD MENTAL

a) Hacer un mapa de las necesidades de salud mental de la población

Es esencial que la política de salud mental se formule en base a un conocimiento razonable de las necesidades de la población. Dichas necesidades pueden ser determinadas por los profesionales de salud mental del ministerio de salud, departamentos y municipios de acuerdo con los recursos disponibles.

Existen varias formas para determinar las necesidades de una población. Es importante, por ejemplo, disponer de información acerca de la **prevalencia e incidencia de los problemas de salud mental y adicciones**, saber cuáles son los problemas que las comunidades identifican como tales, comprender la conducta de las personas que buscan ayuda, etc. Los planificadores a menudo necesitan determinar qué problemas van a considerar.

Se pueden adoptar diferentes criterios teóricos que podrían ayudar a clarificar por qué determinados problemas deberían tratarse:

> por su magnitud
> por su gravedad
> por su importancia
> por ser susceptible a la gestión
> por los costes, esto es, su impacto social y económico. (Bertolote, 1992[1]).

La determinación de las necesidades que aporta más validez es aquella que tiene en cuenta las necesidades detectadas por las entidades públicas que tienen que ver con la salud mental y las adicciones (salud, educación, empleo, servicios sociales,…) tanto a nivel estatal, como regional; las necesidades que el municipio como administración más cercana al ciudadano las detecta; necesidades detectadas por los profesionales que trabajan en este sector; las necesidad; y las necesidades detectadas por la sociedad civil a través de su propuestas directa y a través de las asociaciones.

En este documento de propuesta se ha apostado por este modelo de carácter bidireccional en el que la consulta parte de arriba hacia abajo y también la propuesta de iniciativas parte del terreno, de la comunidad, de lo social, hacia los órganos de responsabilidad en Salud Mental y Adicciones.

[1] Bertolote JM (1992) Planificación y administración de acciones de salud mental. En: Temas de salud mental en la comunidad. Washington, OPS/OMS.

b) Establecer un diagnóstico de situación de la salud mental y adicciones.

Además de disponer de información sobre las necesidades de salud mental de la población, es necesario tener datos adecuados y comprender la situación actual en lo que respecta al sistema de salud mental y la provisión de servicios. Esto incluye tener información sobre los recursos humanos disponibles, la cantidad de dinero que se invierte actualmente en salud mental, la estructura de los servicios actuales y los puntos de vista y actitudes de los trabajadores de la salud acerca de dichos servicios y posibles cambios.

I) Recursos humanos: Lo que es posible lograr en el ámbito de la salud mental se ve a menudo limitado por lo que resulta útil y factible en términos de disponibilidad de personal debidamente formado. Esto es particularmente cierto en los países en vías de desarrollo. Aunque, cuando se planifica en los países con pocos recursos se suele incluir un proceso para conseguir recursos humanos adicionales (por ejemplo, mediante la formación de psiquiatras o enfermeras de salud mental, o a través de planes para asegurar el regreso de los profesionales que se han formado fuera del país), una planificación sólida debe tener en cuenta la disponibilidad actual de recursos humanos. Es por tanto necesario conocer los recursos humanos de un país. Dependiendo del país, esta recopilación incluiría probablemente:

- Psiquiatras
- Psicólogos
- Enfermeras de salud mental
- Terapeutas ocupacionales (trabajando en salud mental o disponibles para trabajar en salud mental)
- Trabajadores sociales (trabajando en salud mental o disponibles para trabajar en salud mental)
- Practicantes de la medicina tradicional.

No obstante, los números por sí mismos a menudo describen un falso panorama de disponibilidad, accesibilidad y proporcionalidad de los recursos humanos. Por ejemplo, en muchos países, los profesionales mejor preparados sólo atienden pacientes en el sector privado. Esto puede dejar a la mayoría de la población, en especial a la gente pobre, con pocas o ninguna posibilidad de acceso a un profesional de salud mental. Es por tanto importante hacer una recopilación de los profesionales disponibles tanto en el sector privado como en el público. Otro asunto importante que tratar es la distribución geográfica de los recursos humanos. Es habitual en todo el mundo que los profesionales cualificados (incluyendo a los profesionales de salud mental) se encuentren principalmente en áreas urbanas. Así pues, aunque un país parezca disponer de un número de profesionales adecuado a su población, esto puede ocultar el hecho de que en algunas áreas la accesibilidad y la disponibilidad son extremadamente pobres o incluso inexistentes.

II) Recursos financieros: En muchos países puede verse que existen unos recursos financieros inadecuados para lograr los objetivos de la política. De igual forma, los planes y programas se

redactan a menudo sin considerar cuidadosamente qué es lo que se podría conseguir con los recursos disponibles. Conseguir recursos adicionales para la salud mental es un objetivo importante para mejorar los servicios. Aun así, en muchos países, los planificadores de salud mental no saben cuánto dinero se está dedicando a la salud mental e ignoran qué servicios se están financiando. Esto puede llevar a unos preparativos inútiles. Disponer de una información financiera razonablemente precisa es de vital importancia para la planificación de los servicios.
Es necesario que de disponga de capítulos presupuestarios específicos para salud mental y adicciones, bajo epígrafes como "Plan Nacional de Salud Mental", o "Plan Departamental de Salud Mental y Adicciones" o "Plan Municipal de Salud Mental y Adicciones"

III) Estructura de los servicios que se van a dar: En el caso de Bolivia la propuesta que se contempla en el plan nacional y los planes departamentales es el "Modelo de Salud Mental Comunitaria". Bolivia carece de dispositivos de actuación en la comunidad y de enfoque territorial. Por ello se propone que el eje del sistema de prevención y atención de la salud mental ya adicciones es el "Centro de Salud Mental Comunitaria". De igual modo se precisa un buen sistema de dispositivos de salud mental para rehabilitación y reinserción socio laboral y de contención. Así como Unidades de Psiquiatría en hospitales generales.

2.2. PASO 2. REUNIR EVIDENCIAS PARA ESTRATEGIAS EFICACES

Una vez se ha realizado una evaluación de las necesidades de salud mental de la población es necesario reunir evidencias sobre estrategias e intervenciones eficaces. Tales evidencias pueden obtenerse recabando información de los servicios locales sobre buenas prácticas, visitando otros países y revisando la literatura nacional e internacional.

Los proyectos piloto de salud mental y adicciones, especialmente aquellos que han sido evaluados, son una excelente fuente de información sobre la que se puede basar la formulación de una política. Las experiencias, tanto exitosas como fallidas, pueden proporcionar datos inestimables. Aunque la mayoría de estas actividades no han sido formalmente diseñadas o formuladas, en especial en países en vías de desarrollo, bien es cierto que están ayudando a mejorar la salud mental de muchas personas. Es muy recomendable que se realicen evaluaciones de programas de prevención y de atención en el terreno para validar su aplicación en contextos específicos
Otros países o regiones, en especial aquellos con rasgos culturales y socioeconómicos similares, pueden proporcionar también ejemplos de buenas prácticas en salud mental. Los países o regiones que han formulado y/o puesto en práctica una política y planes pueden ser fuentes de información particularmente útiles.
El uso de fuentes de evidencia de impacto de programas y técnicas de intervención es absolutamente fundamental para que la política implementada en la práctica sea realmente útil. En este sentido se recomienda revisar las diversas revisiones en este sentido de organismos y sistemas de revisión de evidencia como: NIDA, UNODC, COCHRANE, OBSERVATORIO EUROPEO y otros.

2.3. PASO 3. CONSULTA Y NEGOCIACIÓN

El proceso para definir como se quiere definir la política en salud mental y adicciones requiere la participación de administraciones, profesionales, organizaciones y comunidades en el proceso, cada uno con sus particulares valores, intereses y necesidades detectadas. El punto de vista de los profesionales de salud mental y adicciones del ministerio de salud, departamentos de salud y municipios, no es suficiente con definir la filosofía, objetivos y áreas para la actuación, o formular un plan con prioridades y recursos. Tampoco es suficiente que el gobierno proporcione financiación, ya que el dinero puede despilfarrarse o provocar una situación de debilidad y dependencia si no se presta la debida atención al desarrollo de las capacidades locales, a los procesos de participación y a las alianzas con las distintas partes implicadas. Para que una política sobre salud mental tenga éxito, el ministerio de salud, y la administración descentralizada deben implicarse en la consulta y negociación en cada una de las etapas. El proceso idóneo para el desarrollo de la política en salud mental y adicciones debe ser un proceso "Top-Down" y también un proceso "Down-Top". Si comienza desde arriba, sin el apoyo de las partes implicadas, será difícil ponerla en práctica posteriormente y además no habrá una validación de la política. Por otro lado, la comunidad debe disponer de oportunidades para proponer y para debatir acerca de los valores y principios asociados a la salud mental y considerar las diversas estrategias que puedan resultar razonables para cumplirlos.

El papel del ministerio de salud y las gobernaciones y municipios en este proceso es el de escuchar a las diversas partes implicadas y ofrecer propuestas que integren sus diferentes puntos de vista con las evidencias derivadas de la experiencia nacional e internacional. Un compromiso activo entre la mayoría de las partes implicadas podría ser necesario para desarrollar y poner en marcha la política de salud mental.

A modo de ejemplo se presentan posibles partes que se pueden implicar en la Red de salud mental para invitar a participar en la consulta sobre la política, los planes y los programas de salud mental:

- Usuarios y grupos de familiares: representantes o asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familias, grupos de autoayuda y organizaciones de apoyo que representen los intereses de las personas con trastornos mentales.
- Trabajadores de la salud y de la salud mental: representantes de distintos tipos de trabajadores de la salud mental y la salud general, así como sindicatos y otras organizaciones que defiendan sus intereses.

Proveedores: gestores y administradores de servicios tanto públicos como privados e instituciones dedicadas a la salud y a la salud mental.

- Agencias gubernamentales: incluyendo a dirigentes del gobierno y de los ministerios del interior, economía, comercio e industria, justicia, policía, salud, educación, empleo, medio ambiente, vivienda y bienestar social, así como a los gobiernos locales, municipios y parlamentos.
- Instituciones académicas: especialmente aquéllas que forman a psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, y otros profesionales o técnicos sanitarios.
- Asociaciones profesionales: por ejemplo, de psiquiatras, psicólogos/as, médicos de familia o atención primaria, enfermeros/as, terapeutas ocupacionales y trabajadores/as sociales.

- ONGs profesionales con y sin ánimo de lucro: incluyendo aquellas implicadas en diversos trabajos relativos a la salud mental y aquellas dedicadas específicamente a la provisión de atención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales.
- Practicantes de la medicina tradicional: curanderos asociados a sistemas de salud tradicionales, religiosos y sistemas alternativos de salud.
- Organizaciones religiosas.
- Otros grupos de interés especial como las organizaciones de las minorías, incluyendo grupos que representen a minorías étnicas indígenas.
- Otras personas y grupos, por ejemplo, líderes nacionales y locales, políticos, partidos políticos, sindicatos y la comunidad empresarial.

2.4. PASO 4. INTERCAMBIO CON OTROS PAÍSES.

Debido al rápido desarrollo de las políticas de salud mental en todo el mundo, es muy útil que los ministerios de salud, y regiones y municipios de diversos países intercambien información. Compartir experiencias puede favorecer que los países conozcan los últimos avances de países más desarrollados y también las experiencias creativas e intervenciones de bajo coste de los países menos desarrollados.
Los expertos internacionales pueden ser de gran utilidad en las primeras etapas de formulación de las políticas de salud mental. Su conocimiento sobre experiencias en diversos países les permite recomendar una amplia variedad de soluciones a las necesidades de cada población y dar validez a las experiencias piloto locales. De la consulta con estos expertos puede surgir la posibilidad de adoptar nuevas estrategias e intervenciones.
Los profesionales responsables de salud mental en el ministerio de salud necesitan estar en contacto con sus homólogos de otros países, en particular los de aquellos con trasfondos culturales y sociales similares. Deben mantenerse asimismo relaciones estrechas con agencias internacionales, en especial con la OPS, las cuales les podrían proporcionar apoyo técnico.

Una vez que la política de salud mental esté redactada (y, preferiblemente, aprobada oficialmente), debe formularse un plan para desarrollar los objetivos descritos. Dicho plan debe ser elaborado según el proceso seguido para el desarrollo de la política. La información sobre las necesidades de la población, la compilación de evidencias, la consulta, la negociación y los intercambios con otros países, pasos previos requeridos para el desarrollo de la política, deben emplearse de nuevo y profundizar sobre ellos en la formulación del plan. Deberán llevarse a cabo nuevas rondas de consulta y negociación y obtener toda la información que sea precisa. Los siguientes pasos serán establecer las estrategias, las actividades, los plazos, los indicadores y los objetivos, así como los recursos necesarios para el plan.

3. DESARROLLAR UN PLAN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

3.1. PASO 1. ESTABLECER LAS ESTRATEGIAS Y LOS PLAZOS

Las estrategias forman el núcleo central de un plan nacional, regional o municipal sobre salud mental y adicciones. Las estrategias representan las líneas de actuación que se van a priorizar durante el plazo de vigencia del plan y recogen los problemas o prioridades definidas en la consulta a través de las redes de colaboración en esta materia a nivel nacional, departamental o municipal. La elección de las líneas estratégicas es un proceso crucial y debe conjugar las prioridades de orden técnico-político, con las necesidades en el nivel descentralizado y las problemáticas que más preocupan a la sociedad civil.

3.2. PASO 2. ESTABLECER LOS INDICADORES Y LOS OBJETIVOS

Una vez establecidas las estrategias, deben desglosarse en objetivos específicos e indicadores que permitan posteriormente la valoración sobre si el plan ha sido efectivo o no. Las estrategias deberían tener unos objetivos claros a conseguir y, como ya se ha mencionado, definir un marco temporal para cumplirlos. Debe estar perfectamente claro cómo las actividades individuales contribuirán a lograr el objetivo. Los objetivos deben reflejar la operativización de la línea estratégica.

Las acciones deben pensarse de modo que se prevea un impacto en el objetivo que se quiere cumplir. Esta previsión del impacto que tendrá la acción en el objetivo se mide en dos vertientes: el proceso que se pone en marcha (acción como tal, conjunto de programas, actividades que van a producir un resultado probable deseado), y el resultado en términos de salud mental que se persigue. Estas dos vertientes de la acción implementada son los dos tipos de indicadores que se definen u operativizan para ser medidos en el lapso temporal establecido: indicador de proceso y resultado. Cada acción debe ser medida en ambas vertientes, dado que el indicador de proceso nos dará una fotografía de si los procesos previstos en la acción se han implementado o no, y el indicador de resultado nos permite conocer el impacto en términos de salud mental en la población.

3.3. PASO 3. DETERMINAR LAS ACTIVIDADES PRINCIPALES

El proceso de establecer las acciones es simultaneo a establecer los objetivos y los indicadores. Es recomendable describir las acciones con cierto detalle. La más importante es que así no se olvidan pasos esenciales y se considera cuidadosamente cada componente necesario para cumplir el objetivo. Las actividades deben establecerse con plazos, y si estos plazos son realistas y de hecho se logran, es posible verse constantemente reforzado por los propios logros. También se debe establecer quienes están implicados en la acción, de modo que será más factible poder constituir un grupo de trabajo para ello.

Una consideración final acerca de las acciones es que hay que tratar de prever qué obstáculos o retrasos se pueden presentar a la hora de poner en práctica una determinada actividad. Esto no se hace para excusar que la actividad no se haya completado en el tiempo previsto sino para anticiparse y tratar estos obstáculos. También proporciona información a los evaluadores, que examinan y ratifican el plan, de por qué ciertas actividades necesitan ciertos periodos de tiempo estipulados en el plan.

3.4. Paso 4. Determinar los costes, los recursos disponibles y el presupuesto.

1. Calcular el coste de cada estrategia prioritaria y el coste total por año de implantación. Los gastos de salud incluyen habitualmente inversiones de capital y gastos regulares, tales como los recursos humanos y el material fungible.

2. El plan sobre salud mental debe también tener en cuenta cómo se financiarán los recursos. En la mayoría de los países hay una combinación de financiación estatal (impuestos generales), seguridad social, donantes, aseguradoras privadas y pagos en efectivo. Además, hay ciertos sectores, como los de educación, empleo, justicia y vivienda, que necesitan presupuestos para salud mental ya que no están especificados este tipo de gastos normalmente.

3. Ajustar los plazos de las estrategias y de las actividades a la cantidad de recursos financieros que el gobierno y las instituciones privadas dedican a la salud mental en cada año de desarrollo del plan.

4. Replantear los plazos y los recursos anualmente después de hacer un seguimiento y evaluación del desarrollo del plan. Gracias a la experiencia es posible conocer la capacidad real del sistema de salud mental para llevar a cabo el plan y el capital real y los gastos regulares necesarios para las estrategias. A veces es también necesario ajustar los plazos y los recursos debido a circunstancias políticas y/o a las presiones ejercidas por las partes implicadas.

4. EVALUAR EL PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Uno de los aspectos esenciales de un plan es la evaluación del mismo. Hasta el punto de que, si el plan no se puede evaluar por no haber sido formulado adecuadamente, es un esfuerzo baldío, no ha servido para nada. Por ello un plan debe tener un diseño de la evaluación del mismo que establezca como se va a evaluar.

Para esta tarea es fundamental que los indicadores se hayan elegido adecuadamente de modo que se puedan medir, cuantificar. Por ello se debe ser muy cuidadoso para elegirlos. Un indicador será más potente en la evaluación del plan si se dispone de línea base anterior para comparar, pero en muchas ocasiones no es posible y se deben formular de modo que se pueda medir la variación antes después del plan.

Es recomendable una evaluación intermedia del plan a mitad del periodo de vigencia de este, y una evaluación final. La primera permite conocer el grado de implementación de las acciones y ver si hay modificaciones en los resultados en salud mental en ese periodo. Se pueden detectar dificultades de implementación retrasos, etc. Según esta evaluación intermedia se pueden tomar medidas de corrección. La evaluación final es la que mide el grado de cumplimiento del plan al final del periodo de vigencia de este y nos da un grado de cumplimiento de las líneas estratégicas por separado y también un dato de cumplimiento agregado.

Se debe elaborar un informe de evaluación del plan donde se reflejan puntos fuertes y puntos débiles, y propuestas para incluir en el siguiente plan.
Una cuestión importante es quién hace la evaluación del plan. Lo idóneo es que sea un evaluador externo a la organización para asegurar la imparcialidad de la evaluación tan importante para avanzar en una política sostenible de salud mental y adicciones. Es una buena opción, si no se considera oportuno que evalúe una agencia o empresa de evaluación de programas, puede realizarla una unidad de planificación del ministerio de salud u otra unidad que tenga medios técnicos y humanos para ello.

5. MODELO DE PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2021-2024 (DOCUMENTO ENTREGADO A SEDES DEPARTAMENTALES Y MINSALUD)

Este documento modelo de plan de salud mental y adicciones es el que ha servido como referencia para SEDES y Ministerio de Salud para la elaboración del Plan borrador de la Estrategia de Salud mental y adicciones, y especialmente para la elaboración de los Planes Departamentales de Salud Mental y Adicciones, así como sirve de referencia para los planes de esta materia en ámbito local.
No es nada más que una estructura de plan con sus apartados y que han sido completados con informaciones de interés que pueden ser de interés para los responsables de salud mental y adicciones de SEDES departamentales y a nivel ministerio de salud. Como se expuso en otro lugar se debe proceder a un proceso de elaboración participada del plan con la Red Nacional de salud mental y las Redes Departamentales y Municipales.

5.1. INTRODUCCIÓN

Las acciones en salud mental y consumo de drogas se vienen realizando en el departamento de …… *(relato breve de los que se hace en este tema tanto en prevención, tratamiento y rehabilitación. Con hechos relevantes de avance en la materia si los hubiere)*
El departamento de …… en línea con la Estrategia Nacional de Salud Mental y la Ley de Nacional de Salud Mentales, ha considerado prioritario ***impulsar una política planificada en salud mental y consumo de drogas*** que permita en los próximos años establecer las líneas prioritarias de actuación, de modo que se tenga un horizonte de trabajo en las áreas de prevención, tratamiento y rehabilitación. Este trabajo de planificación departamental tendrá objetivos, acciones e indicadores para medir la consecución de las metas marcadas.
Ocupa un lugar central del plan la ***Red Departamental de Salud mental y adicciones*** como verdadera impulsora de las acciones prevista en el plan, así como para el seguimiento y evaluación del mismo.

Se hace mención especial de la ***Coordinación con los municipios*** en la implementación del plan dado su alto nivel competencial en la prestación de los servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación, así como la reinserción.

Del mismo modo se ponen las bases para conseguir un ***sistema de información para la salud mental y adicciones*** atendida en el sistema de salud y otros que les afecta la problemática….

También se recoge en este plan lo referido a la ***formación en materia de salud mental y adicciones***, así como la importancia de *promover la* ***investigación*** mediante estudios que permita conocer mejor la realidad y también mejorar el impacto de los programas de prevención, los de tratamiento y de rehabilitación-reinserción.

Mención especial tiene lo referido a disponer de una red de profesionales suficiente para llevar adelante el ***Sistema departamental de prevención, tratamiento y rehabilitación en Salud Mental y adicciones.*** Por ello se propone conseguir un mínimo de ítems formados para ello, y una reorganización de los ítems ya disponibles.

Por último, se hace referencia a la necesidad de disponer de ***presupuestos específicos en salud mental*** dentro del ámbito de la salud departamental. Un presupuesto específico es el reflejo de que la política en salud mental y adicciones ha tomado un papel relevante de la política general de salud.

El plan esta transversalizado por una perspectiva de género necesaria, centrado en la vulnerabilidad mediante un trabajo en la comunidad, y con enfoque multicultural.

5.2. MARCO NORMATIVO.

5.2.1. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS INTERNACIONALES.

AGENDA 2030 SOBRE OBJETIVOS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE, DE NACIONES UNIDAS.

En lo referido a la salud mental y las adicciones se pueden señalar los siguientes entronques de los ODS:

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

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

ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, en lo afecta a que las mujeres afectadas por la drogodependencia y el VIH son más vulnerables y sufren mayor

estigmatización que los hombres. Son más propensas que estos a sufrir trastornos de salud mental concomitantes, y es más frecuente que hayan sido víctimas de violencia y abusos. Además, a menudo, también soportan una pesada carga de violencia y privaciones relacionadas con la drogodependencia de sus familiares, lo que dificulta el logro de la meta de desarrollo sostenible de eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. Las mujeres delincuentes y las reclusas, especialmente las que padecen trastornos relacionados con el consumo de drogas, se enfrentan a situaciones especialmente difíciles porque, en muchos casos, los sistemas de justicia penal aún no están en condiciones de atender las necesidades especiales de la mujer. (UNODC, 2016).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En lo referido a la salud mental se pueden señalar los siguientes puntos relacionados con los ODS:

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

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

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

• Estamos comprometidos con la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos del comportamiento, del desarrollo y neurológicos, que constituyen un desafío importante para el desarrollo sostenible (párrafo 26)

La salud mental se incluye dentro del Objetivo 3 en tres objetivos.

• Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar (Meta 3.4)
• Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluido el abuso de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol (Meta 3.5)
• Lograr una cobertura de salud universal, que incluya protección contra riesgos financieros, acceso a servicios esenciales de atención médica de calidad y acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, efectivos, de calidad y asequibles para todos (Meta 3.8)

5.2.2. PLANES Y PROGRAMAS INTERNACIONALES SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

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

Las líneas estratégicas de la salud mental comunitaria recogidas en el Plan, son:
• Línea estratégica de acción 1: Formular e implementar políticas, planes y leyes en el campo de la salud mental y promoción de la salud mental para lograr una gobernanza apropiada y eficaz.
• Línea estratégica de acción 2: Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas y servicios de salud mental y de atención a los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, a fin de proporcionar una atención integral y de calidad en el ámbito comunitario.
• Línea estratégica de acción 3: Elaborar e implementar programas de promoción y prevención en el ámbito de los sistemas y servicios de salud mental y para la atención de los problemas relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias, con particular atención al ciclo de vida.
• Línea estratégica de acción 4: Fortalecer los sistemas de información, la evidencia científica y las investigaciones.

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

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

Los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (MNS) son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad

prematura. El 14% de la carga mundial de morbilidad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), puede atribuirse a los trastornos MNS. El estigma y las violaciones de los derechos humanos de las personas que padecen estos trastornos agravan el problema. Los recursos que se han proporcionado para afrontar la enorme carga de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias son insuficientes, se han distribuido desigualmente y se han utilizado de modo ineficaz, lo que ha supuesto una disparidad en materia de tratamiento superior al 75% en muchos países con ingresos bajos y medios-bajos.

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

El Programa mhGAP proporciona criterios para identificar cuáles países sufren la mayor parte de la carga por trastornos MNS y cuáles presentan un gran déficit de recursos. Este programa se basa en los mejores datos científicos y epidemiológicos acerca de los trastornos MNS que han sido identificados como prioritarios.
Pretende brindar un conjunto integrado de intervenciones y tiene en cuenta las barreras existentes y las posibles barreras a la ampliación de la atención. Las condiciones prioritarias se identificaron teniendo en cuenta que representan una carga elevada (en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad), que causan grandes costos económicos o que se asocian a violaciones de los derechos humanos. Estas afecciones prioritarias mpGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental son: la depresión, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el suicidio, la epilepsia, la demencia, los trastornos debidos al consumo de alcohol, los trastornos debidos al consumo de drogas ilícitas y los trastornos mentales infantiles. El paquete del mhGAP consiste en un conjunto de intervenciones para la prevención y el tratamiento de cada una de estas condiciones prioritarias, basándose en la evidencia disponible sobre la eficacia y factibilidad de mejoramiento a mayor escala de estas intervenciones. El mhGAP proporciona un modelo para un conjunto o paquete de intervenciones que será preciso adaptar a los países, o a regiones dentro de los países, teniendo en cuenta el contexto local.
El programa es especialmente relevante para el **Sistema Departamental de Salud mental y adicciones** porque uno de los ejes fundamentales de él en el trabajo desde la Atención Primaria de Salud (médicos y enfermeras, trabajadores sociales, educadores de calle y familiares), para conformar una red de recepción de este tipo de problemas, detección, valoración y derivación a los Centros de Salud mental Comunitaria. Este nivel de atención tanto de salud, como de otros programas comunitarios es la puerta de entrada para el tratamiento y rehabilitación y reinserción. Además de que se trata de ir incrementado el número de pacientes no tratados que no llegan al sistema de salud mental y adicciones.

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

Para el **Sistema Departamental de Salud mental y adicciones** las acciones sobre el alcohol son esenciales por el daño que producen socialmente y sobre la seguridad y la salud de las sociedades. No siempre

reconocido a pesar de que los datos de su impacto son concluyentes, necesitas se ubicado dentro de las prioridades de la Salud Comunitaria.

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

Fines y objetivos

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

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

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

4. La estrategia tiene cinco objetivos:

(a) aumentar la concienciación mundial respecto de la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, y reforzar el compromiso de los gobiernos para adoptar medidas que contrarresten el uso nocivo del alcohol;

(b) consolidar el acervo de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones que reducen y previenen eficazmente esos daños;

(c) incrementar el apoyo técnico prestado a los Estados Miembros y reforzar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol y gestionar los trastornos por consumo de alcohol y los problemas de salud asociados;

(d) fortalecer las alianzas e intensificar la coordinación entre los interesados, y aumentar la movilización de los recursos necesarios para adoptar medidas adecuadas y concertadas de prevención del uso nocivo del alcohol;

(e) mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia a distintos niveles, y la difusión y aplicación más eficaz de la información para fines de promoción, desarrollo de políticas y evaluación.

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

nocivo del alcohol, como niños, adolescentes, mujeres en edad fecunda, mujeres gestantes y lactantes, poblaciones indígenas y otros grupos minoritarios o con un estatus socioeconómico bajo.

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

El plan de acción propuesto para el período 2012-2021 abordará cada una de las áreas estratégicas incluidas en una estrategia sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.
Área estratégica 1: Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales en materia de salud pública y asignación de recursos compatibles con la magnitud del problema del consumo de sustancias psicoactivas.
Objetivo 1.1: Tener políticas y planes sanitarios nacionales en materia de consumo de sustancias psicoactivas en todos los países como parte de las políticas, planes y leyes sobre la salud en general.
Objetivo 1.2: Fortalecer la prevención, la detección sistemática y la intervención temprana, el tratamiento, la rehabilitación, la reintegración social y los servicios afines de apoyo mediante la promoción del bienestar sanitario y social de las personas, las familias y las comunidades y la reducción de las consecuencias adversas del uso de sustancias psicoactivas, en especial entre los grupos de alto riesgo. Facilitar la recopilación y difusión de modelos innovadores de prevención y atención, las mejores prácticas en varios aspectos de la reducción de la demanda, en especial, la disminución de las consecuencias perjudiciales del consumo de sustancias psicoactivas y la integración de los sistemas de salud.
1.2.2 Establecer una red regional sobre consumo de sustancias psicoactivas y salud pública para intercambiar información y conocimientos en toda la Región y facilitar la colaboración entre los países.

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

Objetivo 1.3: Movilizar los recursos humanos y financieros necesarios para ejecutar las actividades planificadas y para procurar que esos recursos se utilicen principalmente en los servicios ambulatorios comunitarios de atención primaria y se integren en el sistema general de atención de salud.
Área estratégica 2: Promoción de la prevención universal del consumo de sustancias, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de los niños y la población joven.
Objetivo 2.1: Promover modelos de prevención universal basados en datos probatorios y prácticas óptimas que apoyen el desarrollo psicosocial y económico de los jóvenes en especial y que mejoren el acceso a la información y a servicios de salud apropiados y basados en datos probatorios.

Actividades a nivel nacional

2.1.4 Examinar y evaluar los programas de prevención con respecto a su capacidad de retrasar o reducir el consumo de sustancias a corto y largo plazo, incluida su eficacia en función de los costos.

2.1.5 Elaborar y ejecutar programas de prevención universal dirigidos al desarrollo saludable de hombres y mujeres jóvenes.

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

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

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

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

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

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

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

Área estratégica 4: Investigación, seguimiento y evaluación.

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

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

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

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

Área estratégica 5: Alianzas estratégicas.

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

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

En mayo del 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol (resolución WHA63.13). En el presente documento se propone adoptar la estrategia mundial de la OMS como el marco para la acción y se presenta un plan regional de acción para aplicar la estrategia mundial. El plan regional de acción se centra en los cinco objetivos y las diez esferas de acción propuestos en la estrategia mundial.
Los objetivos que propone son:
Objetivo 1: Concientización y compromiso político
• Actividad relevante para el plan departamental: Incluir temas relacionados con el consumo de alcohol en problemas como la violencia, la violencia doméstica, la seguridad vial, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las drogas, la promoción de la salud, la salud de trabajadores, los derechos humanos y la salud mental.
Objetivo 2: Mejorar la base de conocimientos acerca de la magnitud de los problemas y la eficacia de las intervenciones, desglosando la información por sexo y grupo étnico.
• Actividad relevante para el Plan departamental: Utilizar los datos existentes, incluidos los datos sobre la producción y la venta, así como los datos relativos a la atención de salud y los sistemas de aplicación de la ley, a fin de mejorar el conocimiento acerca de las tendencias en cuanto al consumo, los modos de beber y los daños para hombres y mujeres.
Llevar a cabo investigaciones en las áreas prioritarias para la salud pública en cuanto al consumo de alcohol, desglosadas por sexo y grupo étnico, como: el consumo de alcohol en la población general; modos de consumo; producción ilícita o informal de alcohol; costos sociales y económicos para la sociedad por el consumo nocivo de alcohol, incluidas las repercusiones del alcohol sobre el capital humano y el desarrollo económico; eficacia de las intervenciones de salud pública para reducir el consumo nocivo de alcohol; estrategias de comercialización y publicidad utilizadas para las bebidas alcohólicas,
especialmente las que se dirigen a los menores de edad y las mujeres; el alcohol y el desarrollo infantil, incluidos los trastornos fetales causados por el consumo de alcohol; el alcohol y las enfermedades infecciosas, en particular la infección por el VIH/sida y la tuberculosis; los efectos del consumo de alcohol en las personas que rodean al bebedor, incluida su repercusión sobre niños, mujeres y los que sufren traumatismos causados por los bebedores; el alcohol y los determinantes sociales de la salud; y el consumo de alcohol en las poblaciones indígenas, los jóvenes y otros grupos de alto riesgo.

Objetivo 3: Aumentar el apoyo técnico a los Estados Miembros.
Respuesta de los servicios de salud:
• Elaborar programas de detección sistemática y de intervención breve para los bebedores de alto riesgo dentro de la atención primaria de salud, y brindar apoyo a su introducción y ejecución.
• Fortalecer la capacidad de los prestadores de atención sanitaria de detectar, prevenir, tratar y rehabilitar a los hombres y mujeres, incluidas las embarazadas, que consumen alcohol de manera perjudicial o que

padecen trastornos debidos al consumo de alcohol, en la atención primaria de salud y en todo el sistema de salud.

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

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

Acción en la comunidad:

• Promover los programas de prevención e intervención en el lugar de trabajo, en los recintos universitarios y otros entornos con una concentración alta de consumo de bebidas alcohólicas o problemas relacionados con el alcohol.

• Proporcionar ambientes propicios en las escuelas, las comunidades y otros entornos sociales que protejan a las personas del consumo nocivo de alcohol, como programas de apoyo familiar, de apoyo en la comunidad o la escuela, y un mayor acceso a las bebidas no alcohólicas.

• Suministrar información a nivel local sobre el vínculo de la violencia intrafamiliar y la violencia sexual con el consumo nocivo de alcohol, y promover la prevención y el tratamiento integrado de estos problemas.

Objetivo 4: Fortalecer las alianzas.

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

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

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

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

5.2.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 0. DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN

Objetivos:

0.1.- Organización de un área departamental de gestión de la salud mental y adicciones.

0.2.- Promover que los hospitales generales dispongan de una unidad de psiquiatría con camas de agudos, e interconsulta con especialidades médicas.

0.3.- Constituir una red de Centros de Salud mental y adicciones de primer nivel (apoyo al primer nivel de salud) y las normas técnicas de los mismos.

Justificación de los objetivos

[ver ANEXO 1 para un apoyo técnico para justificar la línea estratégica]

Notas que se pueden utilizar en la justificación:

En el momento actual se dispone de responsable de salud mental (según departamentos) que ejerce las funciones de impulso y coordinación con el ministerio de salud y municipios de las acciones en salud mental y adicciones. Sin embargo, es claramente insuficiente para la planificación y gestión de las áreas de prevención en el área de salud como educación, como servicios sociales y otros ámbitos. Del mismo modo en el área de tratamientos SEDES debe impulsar servicios de atención, controlar su funcionamiento, la calidad de la atención y coordinar con los servicios de salud a nivel estatal. Mencionar la urgente necesidad de que se disponga de un ítem que se haga cargo de la calidad de la información en salud mental y adicciones, que asegure el correcto registro de los datos, que compruebe su corrección, y haga propuestas de mejora, junto con el SINS-VE y el SUIS. Además de elaborar, y organizar la formación continuada y la investigación y estudios en esta área.

La Atención en salud mental y adicciones publica está prácticamente ubicada en el tercer nivel de salud. No hay una atención pública de calidad en primer nivel y con un enfoque comunitario. La salud mental comunitaria permitirá una atención más cercana a la población y más accesible. Por otro, lado se evitará un exceso de complejizacion de una gran parte de problemas de salud mental y adicciones que son tratables en primer nivel con calidad. Se trata de implementar un modelo de atención inexistente hasta el momento en el departamento.

Un requisito de funcionamiento del sistema departamental es disponer los órganos de coordinación y control para la acreditación de cetros y servicios, la calidad asistencial, entre otros órganos. Así mismo se requiere la redacción de las normas técnicas de funcionamiento de los Centros de salud mental comunitarios, que permitan ordenar su funcionamiento dentro de todo el sistema de salud e internamente.

La Salud mental comunitaria conlleva además de centros de salud mental comunitarios, una atención psiquiátrica no segregada de los problemas de salud mental dentro de los hospitales generales. La Salud mental y adicciones son un problema de salud como otros y deben ser tratados como otras patologías de salud. Se aquí la importancia de acceso a urgencias psiquiátrica y de unidades de agudos con camas en los hospitales generales. Esto va a permitir algo muy importante como es la psiquiatría de enlace con otras especialidades médicas (medicina interna, neurología, endocrinología, pediatría, cáncer, y otras)

ACCIONES (una o varias acciones para cada objetivo) (cada acción lleva un horizonte temporal para su cumplimentación, los agentes implicados en esa acción, y los indicadores de proceso y de resultado)

Acciones objetivo 0.1

0.1.1. constituir una Unidad técnica Operativa de salud mental y adicciones dentro del Servicios Departamental de salud.

Horizonte temporal: mitad de 2021.

Agentes implicados: Dirección Técnica del Servicio de Departamental de salud, unidad de planificación y desarrollo organizacional, unidad departamental de recursos humanos y gestión financiera.

[**INDICADORES: De proceso**: P.0.1.1. existencia de documento oficial de modificación de estructura de SEDES con una explicitación de una nueva Unidad técnica Operativa de salud mental y adicciones.

De resultado: R.0.1.1. Mejora de la satisfacción de profesionales y mandos directivos con la nueva estructura para salud mental y adicciones**.]**

0.1.2. Establecer una división por áreas de: prevención de salud mental y adicciones; un área de tratamiento, rehabilitación y reinserción.

Horizonte temporal: mitad de 2021**.**

Agentes implicados: Dirección Técnica del Servicio de Departamental de salud, unidad de planificación y desarrollo organizacional, unidad departamental de recursos humanos y gestión financiera.

[**INDICADORES: De proceso:** P.0.1.2. existencia de documento oficial de modificación de estructura de SEDES con una explicitación de una Unidad técnica Operativa de salud mental y adicciones y con dos áreas de trabajo de prevención y de tratamiento, rehabilitación y reinserción. **De resultado:** R.0.1.2. Mejora de la satisfacción de profesionales y mandos directivos con la nueva estructura para salud mental y adicciones**.]**

0.1.3. Constituir las siguientes comisiones de control y seguimiento del sistema de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones: Comisión de Comisión de Calidad, formación e investigación del Sistema Departamental de Salud Mental Comunitaria, una Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación de Sistema Departamental de Salud Mental Comunitaria.

Horizonte temporal: septiembre de 2021.

Agentes implicados: Dirección técnica del Servicio Departamental de salud. Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud Mental y adicciones.

[**INDICADORES: De proceso:** P.0.1.3. Existencia de documento oficial de creación de las comisiones, y acta de celebración de la primera reunión de constitución de las mismas. **De resultado:** R.0.1.3. Mejora de la satisfacción de profesionales y mandos directivos con la nueva estructura de órganos de gestión del Sistema departamental de salud mental y adicciones**.]**

Acciones objetivo 0.2

0.2.1. Constituir una unidad de Psiquiatría en los hospitales de referencia más importantes.

Horizonte temporal: segundo semestre de 2021.

Agentes implicados: Dirección técnica del Servicio Departamental de salud. Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud Mental y adicciones. Unidad de planificación y desarrollo organizacional, unidad departamental de recursos humanos y gestión financiera.

[INDICADORES: De proceso: P.0.2.1. Realizar las reuniones oportunas para ubicar las unidades (actas de reuniones), y reubicación de los ítems para dicha unidad. Habilitación de los espacios. **De resultado:** R.0.2.1. Satisfacción de los profesionales de salud mental y de los usuarios de los servicios de salud mental y asociaciones de afectados y sus familias**.]**

Acciones objetivo 0.3

0.3.1. Constituir una red de centros de salud mental comunitarios equitativa y accesible en todo el territorio del departamento, que cubra áreas de cobertura.

Horizonte temporal: segundo semestre de 2021.

Agentes implicados: Dirección técnica del Servicio Departamental de salud. Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud Mental y adicciones. Unidad de planificación y desarrollo organizacional, unidad departamental de recursos humanos y gestión financiera.

[INDICADORES: De proceso: P.0.3.1. Realizar las reuniones oportunas con municipios para la ubicación de los CSMC (actas de las mismas), contratación y/o reubicación de ítems para los centros, y apertura para final de 2021 de al menos dos centros. **De resultado:** R.0.3.1. Satisfacción de los profesionales de salud mental y de los usuarios de los servicios de salud mental y asociaciones de afectados y sus familias.**]**

0.3.2. Redactar y aprobar las normas técnicas de los centros de salud mental y adicciones comunitarios.

Horizonte temporal: primer semestre de 2021.

Agentes implicados: Dirección técnica del Servicio Departamental de salud. Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud Mental y adicciones. Ministerio de Salud Viceministerio de promoción de la salud.

[INDICADORES: De proceso: P**.**0.3.2. Documento de normas técnicas redactado y aprobado (documentos formales). **De resultado:** R.0.3.2. Satisfacción de los profesionales de salud mental y de los usuarios de los servicios de salud mental y asociaciones de afectados y sus familias**.]**

5.2.4. LINEAMIENTO CON DOCUMENTOS, PLANES Y ESTRATEGIAS NACIONALES

ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Este Plan Departamental de salud mental y adicciones se alinea con la Estrategia nacional sobre salud mental y adicciones como marco nacional de trabajo en esta materia que marca las directrices en las que fijar los esfuerzos para todo el territorio a través de cada departamento y municipio.
En especial, referirnos a que la estrategia nacional establece un Red Nacional se salud mental y adicciones que está totalmente articulada con las Redes Departamentales y municipales. Esta red nacional es el corazón de la Estrategia Nacional de salud mental y adicciones, pero también de los Planes Departamentales de salud mental y adicciones y los Planes Municipales.

En Bolivia actualmente no existe una política específica de Salud Mental, ni leyes particulares referentes a salud mental; solo se encuentran desarrollados algunos aspectos normativos que en forma indirecta promueven la salud mental, relacionados con los problemas de discapacidad, drogadicción, consumo de alcohol y tabaco, violencia y salud generacional entre otros.
Existe una autoridad nacional de salud mental que proporciona asesoría al gobierno sobre políticas y legislación de salud mental, sin embargo, sus atribuciones son limitadas subordinadas a la Unidad de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud y Deportes, al que pertenece.

En 1999 se elaboró un Plan de Salud mental 1999 – 2000, que no llegó a implementarse por falta de apoyo y recursos financieros, el mismo planteaba las siguientes nueve líneas de acción:
1. Rectoría, regulación y coordinación.
2. Políticas, Normas y Legislación en Salud Mental.
3. Epidemiología de la Salud Mental.
4. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica.
5. Salud Mental en los Grupos Generacionales.
6. Prevención y control del consumo del tabaco, alcohol y otras drogas.
7. Abogacía, Información, Educación y Comunicación en Salud Mental.
8. Respuesta a problemáticas particulares.
9. Formación y capacitación de recursos humanos en Salud Mental.

Aunque posterior a este plan se han ido desarrollando algunas propuestas ninguna llegó a oficializarse y menos a ejecutarse, realizándose algunas actividades aisladas sobre salud mental. Actualmente existe un proyecto de Plan de Salud Mental, que tendrá como una de sus bases la presente Línea de base.
El país cuenta con una lista de medicamentos esenciales que incluye medicamentos antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo y medicinas antiepilépticas, siendo regulada su prescripción por la ley de medicamentos.
En relación con la legislación sobre salud mental, en Bolivia solo existe legislación indirectamente relacionada al tema de salud mental. La referida a la prevención y tratamiento de drogodependientes y la

Ley de la persona con discapacidad Ley 1678 del 15/XII/1995. A través de esta Ley y en coordinación con el Defensor del Pueblo se desarrolló el Plan de Igualdad y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad (PNIEO), que incluye entre las discapacidades a la discapacidad intelectual. Este Plan contiene dentro de sus objetivos el acceso a la atención para los pacientes con déficit intelectual. El plan provee también mecanismos para la aplicación e implementación de la ley referidos a estos pacientes y de alguna forma menciona el derecho de estos usuarios y de sus familias a los servicios de salud. Además de no hablar de todo el componente de salud mental, no hace referencia este plan a los asuntos de competencia, capacidad y tutela para personas con enfermedades mentales, ni habla sobre tratamiento voluntario e involuntario, ni de los mecanismos para supervisar las prácticas de admisión y tratamiento involuntario y no hace referencia sobre la acreditación de profesionales y servicios.

DECRETO SUPREMO N.º 18886, de 1982

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

El reglamento sobre salud mental de 1982 señala:
ARTICULO 1º.-
La Autoridad de Salud está facultada para determinar los principios y normas de salud mental como parte de la salud pública en general, tanto en sus aspectos de promoción y fomento cuanto, en la prevención de las enfermedades, en la asistencia y rehabilitación de los enfermos; asimismo, en los aspectos que comprenden cuestiones médico-jurídicas y médico-sociales.
ARTICULO 5°. -
La Autoridad de Salud fomentará:
a) La formación de profesionales en salud mental
b) La educación del público en materia de salud mental
c) Estimulará los programas de investigación en todos los aspectos de la salud mental
d) Contribuirá en el permanente desarrollo de eficientes servicios de asistencia psiquiátrica públicos en la comunidad.

CAPITULO II
DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL
ARTICULO 7°. -
Comprenden: servicios de
a) Prevención primaria
b) prevención secundaria
c) prevención terciaria

ARTICULO 8°. -

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

a) Hospitales Psiquiátricos
b) Servicios de Psiquiatría en Hospitales Genérales
c) Clínicas Psiquiátricas en general
d) Servicios especiales para retardados mentales
e) Servicios especiales para alcohólicos
f) Servicios especiales para fármaco dependientes
g) Servicios especiales para epilépticos
h) Granjas y colonias de rehabilitación
i) Hogares de rehabilitación
j) Talleres protegidos
k) Servicios de Psiquiatría en Instituciones penales y de justicia
l) Centros de Orientación psicológica
m) Centros de Orientación familiar
n) Centros de Higiene Mental Escolar
o) Centros de Higiene Mental en la Industria
p) Centros de Higiene Mental Infantil) Servicios de Foniatría y para enfermos con desventajas físicas que alteran la salud mental del individuo.
r) Servicios de Terapia Ocupacional para enfermos mentales

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

a) Médico Psiquiatra
b) Enfermera con formación en psiquiatría
c) Psicólogo clínico con formación universitaria
d) Trabajador Social

ARTICULO 19º.-
Los establecimientos de salud mental y salas de psiquiatría de hospitales generales deben contar con personal médico, profesional, y técnico, y auxiliar en número suficiente para que puedan garantizar el desarrollo de sus programas.

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

En su artículo 2. La presente ley regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, estantes y habitantes en el territorio de la República. Tiene la finalidad normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas,

así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social, con seguros de corto y largo plazos.

Dentro de esta ley se entiende que cualquier persona con una discapacidad derivada de un problema de salud mental o de un problema de consumo de drogas, es de aplicación esta ley.
En concreto lo referido a la rehabilitación de funciones físicas y sociales. En ella se dice es su capítulo III, referido a los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 6. Se dice:
d) A su rehabilitación en centros especializados públicos y privados, con prestaciones especiales de salud, de acuerdo con el tipo y grado de impedimento o discapacidad.
e) Participar en las decisiones sobre su tratamiento, dentro de sus posibilidades y medios.
f) A ser habilitados y rehabilitados profesional y ocupacionalmente.

5.2.5. NORMATIVA ESTATAL SOBRE DROGAS

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

El Título I, Capítulo Segundo: Principios, Valores y Fines del Estado, en el Artículo N° 9, establece como fines y funciones del Estado, entre otros, el numeral 5 “Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo”.
En el Título II “Derechos fundamentales y Garantías”, Capítulo Segundo: Derechos Fundamentales, en el Articulo N° 18, se detallan tres incisos relacionados con la salud:
1) Todas las personas tienen derecho a la salud.
2) El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
3) El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y
4) control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.
Asimismo, en el Capítulo Quinto: Derechos Económicos y Sociales, en la Sección II referida al Derecho a la Salud y a la Seguridad Social, se cita:

Artículo N° 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
Artículo N° 36. I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo N° 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.
Artículo N° 38. I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.
Artículo N° 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.
Por último y no menos importante, en la Sección V: Deporte y Recreación, hace referencia:
Artículo N° 105. El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios para su efectividad.

PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020

La planificación para los próximos años del Estado Plurinacional de Bolivia incluye acciones concretas en relación al abordaje de las drogodependencias y personas en situación de calle desde diferentes dimensiones.
El pilar de Bolivia Digna, en el área de Salud y Deporte, cita: "En el período 2006 – 2014, se implementaron acciones que permitieron mayor acceso de la población a la salud, entre las que destacan las siguientes: i) el Programa "Mi Salud", orientado a eliminar barreras administrativas, económicas y geográficas, para llevar los servicios de salud a las familias bolivianas a través de visitas domiciliarias, actividades preventivas y promocionales de salud; y ii) el fortalecimiento de los seguros públicos de salud, con la ampliación de prestaciones y la incorporación de las personas con discapacidad, permitiendo ampliar el acceso gratuito a la salud de grupos vulnerables con financiamiento de recursos públicos".
Por otro lado, en el Pilar 1 "Reducción de la pobreza extrema" tiene como resultados:
En el acápite 1.1. Erradicación de la pobreza material, la meta No. 1 "Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada":

- Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios.
- Se ha promovido la incorporación de niñas y niños en situación de calle en familias sustitutas.

En el acápite 1.3. Erradicación de la pobreza espiritual y construcción del ser humano integral, la meta No. 5 "Combatir la pobreza espiritual":

- Se ha reducido el consumo de bebidas alcohólicas que genera violencia y el expendio de otras bebidas nocivas para la salud.

Por último, en el Pilar 11: Soberanía y transparencia en la gestión pública, se hace a la reducción de la prevalencia del consumo de drogas:
El acápite 11.3. Seguridad Ciudadana para una vida sin violencia, en la meta 3, cita como resultado:

- Se ha incrementado en un 20% los operativos de interdicción al tráfico ilícito de sustancias controladas y se ha reducido en 5% la prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas. Además, propone "Prevenir y reducir drásticamente el consumo de drogas y alcohol en el ámbito educativo, familiar y comunitario".

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

PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020

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

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

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

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

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

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

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

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

Es de destacar lo referido al control de la publicidad especialmente dirigida a menores legales en lo referido a la promoción y prevención. Pero nos interesa resaltar en lo referido al Plan Departamental de salud mental y adicciones lo que se dice en el apartado: PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN AL CONSUMO Y REHABILITACIÓN.

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

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

1. Incorporar en su planificación estratégica de desarrollo y su programación operativa anual, actividades de promoción de la salud y prevención del consumo de bebidas alcohólicas con enfoque integral, intersectorial e intercultural; que signifiquen movilización de la familia y la comunidad; de acuerdo a la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
2. Promover el diseño e implementación de políticas y programas institucionales de prevención del consumo de bebidas alcohólicas, en el Sistema Educativo Plurinacional.
3. Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, el desarrollo de programas especiales de prevención y control del consumo de bebidas alcohólicas, en el sistema educativo plurinacional.

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

1. Fortalecer las Redes de Servicios de Salud y a las Comunidades Terapéuticas Especializadas, en cuanto a la capacidad de respuesta y atención del personal de salud, en lo que se refiere al tratamiento de la dependencia al alcohol.
2. Promover el fortalecimiento de instituciones específicas de rehabilitación, basadas en la comunidad a través de la conformación de grupos de autoayuda.
3. Diseñar e implementar programas, proyectos y acciones dirigidas a la rehabilitación y reinserción a su medio familiar, comunitario-social y sobre todo laboral y/o educativo, a través de centros psicosociales y psicopedagógicos.

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

DECRETO SUPREMO N.º 29601, NUEVO MODELO SANITARIO DE BOLIVIA
"MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL"

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

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

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

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

LEY N.º 031, DE 19 DE JULIO DE 2010, MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN "ANDRÉS IBÁÑEZ"

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

1. Objetivos departamentales autónomos relacionados con el plan departamental;

a) Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.

b) Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.

c) Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.

d) Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

e) Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.

f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

g) Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.

h) Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo con la norma del nivel central del Estado.

i) Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
j) Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
k) Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
l) Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
ll) Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
m) Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
n) Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.
o) Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.
p) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.
q) Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios de comunicación masiva, asimismo las emisiones sonoras en general.

2.- Gobiernos municipales autónomos en relación con los Planes Municipales:
a) Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
b) Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
c) Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
d) Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.
e) Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
f) Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
g) Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.

h) Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
i) Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.
j) Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

I. La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento

médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.

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

ARTÍCULO 2.- (DEFINICIONES).

Apartados

c) Red funcional de servicios de salud

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

g) Centros de Rehabilitación

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

ARTÍCULO 3.- (RESPONSABILIDADES).

Se establecen las siguientes responsabilidades:

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

b) Establecimientos de Salud. - Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud, tienen la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud determinados en la Ley N° 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Estrategia se redacta con el objetivo estratégico de Fortalecer la Lucha contra el narcotráfico y delitos conexos en todo el territorio nacional de manera integral en reducción de la oferta, reducción de la

demanda y control de cultivos excedentarios de coca, con responsabilidad internacional compartida para precautelar el vivir bien de la sociedad.

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

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

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

Marca como resultados esperados:

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

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

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

· Sistema de tratamiento, rehabilitación y reintegración, implementado.

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

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 de instituciones públicas y de la sociedad civil organizada.

Acciones

· Elaboración de planes departamentales de prevención, tratamiento y reintegración de drogodependientes aprobados bajo la dirección del comité departamental.

· Gestión y sensibilización, interinstitucional e intersectorial, con las ETA's para la incorporación e implementación de acciones de prevención, tratamiento y reintegración en los Planes Municipales de Salud y Educación, en el marco de los planes departamentales de prevención, tratamiento y rehabilitación.

· Elaboración e implementación de metodologías y protocolos de prevención de consumo de drogas y otras adicciones por tipo de población (laboral, familias, comunidad, escolares, universitarios y poblaciones vulnerables); por nivel de prevención (universal, selectiva e indicada) y por tipo de prevención (especifica e inespecífica).

· Implementación de Centros Integrales de Prevención, diagnóstico y derivación de consumo de drogas en las ETA's. En las ciudades del eje troncal. La Paz, Cochabamba, Santa Cruz.

Programa 2.2 Tratamiento, rehabilitación y reintegración

El objetivo es incrementar y fortalecer la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación y reintegración para personas con adicciones mediante programas y proyectos integrales, intersectoriales y multidisciplinarios, asegurando la equidad en el acceso a una atención oportuna, integral, con calidad y calidez.

Acciones

· Elaboración y aprobación de la normativa para los servicios destinados a drogodependientes y personas en situación de calle.

· Creación e implementación del Sistema Nacional de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Drogodependientes y Personas en Situación de Calle.

· Implementación y fortalecimiento de servicios integrales a instituciones públicas y privadas que trabajan con drogodependientes y personas en situación de calle.

· Estudios especializados en tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; y personas en situación de calle.

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

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

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

En sus capítulos y artículos de la Ley que siguen:

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

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

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

II. El Ministerio de Salud coordinará la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, con el fin dirigir y articular políticas, planes,

programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; en el marco de las políticas del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas – CONALTID.

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

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

ARTÍCULO 30. (ATRIBUCIONES DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).
1. Aprobar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.
2. Realizar seguimiento a la implementación de la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.
3. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial para la prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno.
4. Promover la articulación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, así como con las entidades privadas sin fines de lucro.
5. Otras establecidas mediante reglamento.

ARTÍCULO 31. (FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).
I. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, funcionará bajo la coordinación del Ministerio de Salud a través de su entidad operativa.
II. La entidad operativa, tiene como principal atribución elaborar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, para su aprobación por la Red y otras que serán establecidas mediante reglamentación.
III. La entidad operativa ejecutará las acciones necesarias en coordinación con los establecimientos de salud, centros educativos, los Consejos de Seguridad Ciudadana, e iniciativas públicas y privadas, con o sin fines de lucro; en el marco de sus competencias.

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

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

a) Promover el bienestar y seguridad de las personas, familias, comunidades y la población en general.
b) Promover y proteger la salud bajo un enfoque bio – psico – social.
c) Establecer los mecanismos de coordinación y respuesta intersectorial y participativa.
d) Incorporar perspectivas de género y generacional.
e) Incorporar directrices para la implementación, acceso, supervisión y evaluación de programas de tratamiento para personas privadas de libertad.
f) Incorporar directrices de prevención en los ámbitos: familiar, comunitario, educativo, laboral, deportivo, comunicativo, de salud y de seguridad.
g) Otros establecidos mediante reglamentación.

ARTÍCULO 33. (POBLACIONES ALTAMENTE VULNERABLES AL TRÁFICO ILICITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).
I. La Dirección General de Régimen Penitenciario del Ministerio de Gobierno, en coordinación con la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en los centros y recintos penitenciarios e implementará acciones necesarias para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de libertad.
II. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos psicosociales 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 Nº 264 de 31 de julio 2012, del Sistema de Seguridad Ciudadana, y el Decreto Supremo Nº 1436 de 14 de diciembre de 2012, deben contribuir en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, a través de:

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

b) La no difusión de mensajes o contenidos que promuevan el consumo de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, salvo el uso médico o terapéutico.

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

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

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

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

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

II. Las Entidades Territoriales Autónomas desarrollarán y operativizarán:

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

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

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

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

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

Por otro lado, la Red establecida habla expresamente de establecer mecanismos de coordinación intersectorial tanto en prevención, tratamiento y reinserción de las personas con estos problemas, que sin duda integra al sistema penitenciario como parte de la red antes comentada. Por último, señalar en

carácter descentralizador de la propuesta en cuanto al ámbito territorial y administrativo que opera, mediante una articulación en tres niveles y el ámbito público y privado sin lucro o sin él.

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

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

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

5.3. DATOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS, Y DE IMPACTO EN LA SALUD DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES EN EL DEPARTAMENTO.

Si hubiera epidemiologia del departamento sería ideal. Me refiero estudios poblacionales de prevalencia de problemas de salud mental y de consumo de drogas, o estudios cualitativos que permitan estimar los problemas más prevalentes. Y también son válidos estudios de prevalencia atendida en los servicios ya sean públicos, de seguro o privados.

La Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (la Agenda o ASSA2030)[2] constituye el marco de políticas y planificación estratégica de más alto nivel en la Región de las Américas. Es un llamado a la acción colectiva para lograr niveles más altos de salud y bienestar en la Región en su conjunto y en los Estados Miembros, teniendo en cuenta el nuevo contexto regional y mundial. La Conferencia Sanitaria Panamericana, la máxima autoridad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que cuenta con representación de todos los países del continente americano, aprobó esta Agenda.

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

[2] AGENDA DE SALUD SOSTENIBLE PARA LAS AMÉRICAS 2018-2030: UN LLAMADO A LA ACCIÓN PARA LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA REGIÓN. OPS. 2017

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

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

En la Región, el promedio anual de consumo de alcohol por persona en mayores de 15 años fue de 8,4 litros. En el año 2013, la prevalencia estandarizada por edad del consumo actual de tabaco estimada en las personas de 15 años o más en la Región fue del 17,5%. En los estudiantes de 13 a 15 años, la prevalencia del consumo actual de tabaco fue del 13,5% (14,7% en los hombres y 12,3% en las mujeres).

Las ENT (enfermedades no transmisibles) resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales. Y, básicamente, tienen que ver con los hábitos de vida como alimentación, ejercicio físico, y el consumo de sustancias. En las Américas supone una carga de enfermedad por ENT, mayor que la media mundial y se sitúa en el 78% de los fallecimientos y mortalidad.
Según el análisis del informe de OPS_OMS (2018) con datos de 2015 regionales, la carga de la enfermedad de los trastornos por uso de sustancias es una de las causas de discapacidad y de fallecimiento prematuro más altas de entre todas las enfermedades no transmisibles. En concreto, los años perdidos por discapacidad (APD) un indicador que proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante, en las Américas suponen la tercera parte de años perdidos por enfermedad, en el conjunto de todas las enfermedades no transmisibles y transmisibles. El otro gran indicador de carga de enfermedad son los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) proporcionan una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada. En las Américas supone la quinta parte de la mortalidad y discapacidad unidas, de todas las enfermedades transmisibles y no transmisibles.
En el caso concreto de los trastornos por uso de sustancias y por uso de alcohol la suma del porcentaje de AVAD de ambos, se sitúa en un 2.12% que es la segunda causa de pérdida de calidad de vida y mortalidad dentro de todos los trastornos mentales.
En el caso de Bolivia el 14% de todas las causas de discapacidad y de muerte son debidas a uso de sustancias más trastornos mentales (AVAD) y un 32% de años de vida perdidos con discapacidad (APD) del total de enfermedades. En el caso separado del consumo de alcohol, en Bolivia produce una pérdida de años de vida con discapacidad del 0,9% y un 1,2% en el caso de consumo del resto de drogas. En

comparación con el resto de las Américas Bolivia se sitúa en la zona media-baja. Sin embargo, los años de vida perdidos son considerables en el caso del alcohol.

5.4. ACTIVIDAD, EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA

Por el lado de los datos de demanda de tratamiento, según los datos recogidos en el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de drogas en Bolivia 2013-2017[3], no existe información sistematizada de las personas que acuden a estos centros. Los pocos datos extraídos de los propios centros señalan que el alcohol es la principal sustancia que genera la demanda de atención: el 55% de casos ingresan en estos centros con problemas exclusivos de consumo de alcohol, el 13% alcohol y alguna droga, 6% alcohol y drogas (poli consumo) y 5% droga y alcohol. El consumo de alcohol está presente en el 79% de los casos de población que admite iniciar un proceso de rehabilitación.

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

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

El grupo diana demandante de tratamiento es desde los 16 años hasta los 34 con un 64% del total de demandas, seguido por la población entre los 35 y 44 años (20%). La atención a adolescentes y jóvenes entre 16 y 25 años, se lleva un tercio aproximadamente del total. Este dato es significativo

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

[3] Plan Nacional de Reducción de la Demanda de drogas en Bolivia 2013-2017. Estado Plurinacional de Bolivia 2013.

5.5. NECESIDADES Y LINEAMIENTOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA EL DEPARTAMENTO DE…….

A modo conclusiones sobre la situación en el departamento de ……. en relación con la prevención, tratamiento y rehabilitación/reinserción en salud mental y adicciones:

1.- Carencia de ítems dentro de la prevención y tratamiento y rehabilitación/reinserción de la salud mental y adicciones para trabajar en condiciones de calidad suficiente. Aunque un estudio de ítems disponibles a nivel departamental, municipal, en ONG y centros privados, puede resolver muchas necesidades en este sentido, a través de la reubicación de efectivos haciendo más racional la prestación de los servicios. En especial se precisa reubicar recursos humanos en el nivel comunitario de salud mental.
2.- Es esencial la puesta en marcha del **Sistema departamental de prevención y tratamiento comunitario de Salud Mental y Adicciones** impulsado por el Ministerio de salud para implementar los Centros de Salud Mental Comunitaria de cobertura por todo el país, como ejes centrales de la atención en materia de salud mental comunitaria por el sistema público, así mismo, y de gran relevancia, en los procesos de rehabilitación y reinserción socio laboral.
3.- Es imperioso iniciar una política de prevención de salud mental y adicciones desde salud publica en todos los entornos: escolar, familiar, comunitario, laboral, y trabajar por la mitigar la estigmatización y la carga de enfoques punitivos que imperan en muchos casos y no enfoque rehabilitadores y de salud.
4.- Es necesario realizar un esfuerzo en varios años para incrementar el gasto público en salud mental y adicciones, muy especialmente a nivel comunitario.
5.- Especialmente en alcohol y en consumos en prisiones se precisa una acción tendente a la reducción de daños con el fin de evitar problemas más graves de salud y sociales.
6.- Se hace patente la necesidad de un enfoque de género en todos los programas de prevención y promoción, así como en los tratamientos, especialmente para facilitar la accesibilidad de la mujer eliminando barreras.
7.- Es un punto de primera urgencia poner en marcha programas de formación continuada para profesionales que trabajen en el sistema departamental de prevención y tratamiento de la salud mental y adicciones, dado que se observan necesidades en este campo para una adecuada actualización.
8.- Se deben hacer esfuerzos en poner en marcha por procesos de cartera de servicios, de acreditación y de calidad dentro del sistema de prevención y tratamiento, para asegurar un adecuado nivel técnico en las prestaciones. Así como lo protocolos de referencia y contrarreferencia.
9.- Es fundamental trabajar en Red departamental y municipales para dinamizar las acciones en materia de salud mental y adicciones, en coordinación con la Rede nacional de salud mental.
11.- Es prioritario pone en marcha programas de rehabilitación y reinserción sociolaboral con enfoque comunitario, de modo que se creen itinerarios personalizados para cada usuario que lo necesite.
12.- Se precisa un buen sistema de información sobre salud mental y adicciones en la atención en salud y en conexión con otros sistemas como servicios sociales, y prisiones.
13.- Es necesario aprobar un plan plurianual de salud mental y adicciones para paliar la falta de capacitaciones en la materia de salud mental comunitaria e intervención psicológica en adicciones y salud mental.

5.5.1. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS DEL SISTEMA DEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

1. Promover una Red integrada de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones para prevenir y actuar tempranamente en el inicio del deterioro de la salud mental y el consumo de drogas.
2. Fortalecer y convertir la rehabilitación y reinserción sociolaboral uno de los ejes del sistema departamental.
3. Hacer de la perspectiva de género uno de los ejes transversales centrales en todo el sistema de prevención y tratamiento.
4. Situar la estrategia basada en la coordinación y colaboración entre todos los agentes implicados (administración estatal, departamental y local, sociedad civil, empresas y administraciones en todos sus niveles) en el centro de la Red departamental de salud mental y adicciones.
5. Fortalecer la estrategia de prevención del binomio delito/adicción-salud mental, como herramienta básica para disminuir los efectos deletéreos de la judicialización en colectivos vulnerables como mujeres y jóvenes.
6. Impulsar la adopción de estrategias de reducción de daños por el uso de drogas, en medio comunitario y en entorno penitenciario, en colectivos específicos en riesgo para la salud física y mental.
7. Garantizar la atención sanitaria de las adicciones y salud mental en condiciones de accesibilidad y equidad respecto de otras patologías del sistema único de salud.
8. Potenciar la formación continuada de todos los colectivos y ámbitos de actuación de interés, en especial: jueces y fiscales, profesionales sanitarios y sociales, policía penitenciaria y comunitaria, educadores, SEDES Y SEDEGES departamentales, Municipios, SLIMS, Defensoría de Menor, ONGs, y otros.
9. Implementar un sistema de información sobre drogas y salud mental y un sistema de registro de actividad de prevención y tratamiento, que permita compartir las bases de datos con otros actores del sistema.
10. Incorporar el tratamiento de adicciones y salud mental en el Sistema Único de Salud (S.U.S.), que garantice la asistencia a las adicciones en las mismas condiciones que el resto de las patologías y una adecuada reinserción sociolaboral.
11. Habilitar presupuestos específicos para el salud mental y adicciones dentro de los Servicios departamentales de salud y municipios.
12. Promover una agenda departamental de investigación de salud mental y adicciones.

5.5.2. LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS PARA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DEPARTAMENTAL DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. Estar **basada en la evidencia de resultados**, con una consideración de las diferencias por genero para conseguir mayores impactos de resultados.

La prevención debe basarse en pruebas. La prevención ya dispone de bagaje de estudios e investigaciones que permiten decir que prácticas preventivas son más eficaces que otras. Los estudios meta-analíticos permiten extraer estos resultados, que luego deben trasladarse a la práctica.

En este sentido hay que señalar que se debe hacer un esfuerzo en que la evidencia se traslade al terreno y para ello es bueno la formación continuada en actualización de buenas prácticas y los sistemas de aseguramiento de la calidad técnica de los programas que ayuda a ello.

2. Elaborar un **procedimiento de acreditación y homologación** de programas de prevención para el medio escolar que permita autorizar su implantación y que se compruebe los requisitos técnicos y de estructura mínimos exigibles.

Uno de los requisitos necesarios de homologación y acreditación debe ser que tenga acciones específicas para varones y mujeres, en contenidos, metodologías y componentes pedagógicos. El alcance debe ser para todos los centros escolares que pueden ser objeto de programas preventivos. La homologación supone que el programa es autorizado para su implementación por parte de las autoridades educativas y de salud, por cumplir unos requisitos mínimos para ello ya establecidos. La acreditación es el proceso que permite establecer un nivel de calidad del programa a implantar en el terreno. Además, la acreditación habilita al programa para ser objeto de apoyo técnico o económico por parte de la administración de educación o salud.

3. Priorizar las prácticas de prevención en drogas en menores y **adolescentes vulnerables y sus familias, con especial referencia a la problemática de la mujer vulnerable**.

La práctica de la prevención establece que un programa centrado en la vulnerabilidad es más costo efectivo que uno universal. Por ello es aconsejable dirigir acciones a familias y menores vulnerables de modo que se pueda coordinar la prevención escolar con programas comunitarios de intervención en medio abierto y programas de intervención en tratamiento de adicciones ambulatorios.

4. Elaborar **programas multicomponentes** que combine aéreas de prevención diferentes (escolar, familiar, laboral, ocio y tiempo libre).

La lógica de la prevención escolar evidencia que la intervención familiar suele ser, de hecho, una escuela de "madres" por la baja presencia de padres, además de las bajas asistencias a los programas de modo completo, que impide un impacto pleno del programa. Por ello, las acciones en medio laboral coordinadas con las escolares para lograr incidir en los padres de familia es una buena práctica. Además de otras de carácter comunitario.

5. Crear una **normativa para promover la sostenibilidad de las acciones preventivas** mediante la implicación de los centros escolares y el profesorado en programas de prevención, mediante incentivos a la innovación educativa y en la prevención de adicciones. Se debe poner énfasis en que la innovación en programas de prevención que promueva estudios y programas aplicados que profundicen en variables relevantes de prevención con consideración de género.

Una de las formas más eficaces de fomentar la sostenibilidad de los programas de prevención escolar es fomentar la participación de la comunidad educativa en conjunto, y para ello los apoyos institucionales para que se implementen programas que promuevan innovación en estrategias y modos de hacer prevención es una medida eficaz. Promover tanto la implicación del profesorado individualmente o en equipos de trabajo junto con alumnos, o implicación de centros educativos en su conjunto como centros.

Aquí caben reconocimientos públicos a los centros implicados mediante premios o creación de distintivos de Centros Educativos Sostenibles (en referencia a los ODS), por ejemplo.

6. Los programas de prevención escolar deben ser **participados por los jóvenes, con metodologías activas, basados en la prevención entre iguales como mediadores y que use las redes sociales** como formas de comunicación más usadas por los jóvenes. En este sentido, es importante que las estrategias de mediación en que participen las chicas especialmente en la mediación entre chicas, dado que la trasmisión de valores y enfoques en más adecuado desde el mismo género.

Los programas de prevención a nivel escolar se deben implementa mediante metodologías activas que implique un trabajo más allá de la mera escucha de contenidos de prevención (NIDA, 2004; UNODC, 2015). Los niños a adolescentes interiorizan mejor los mensajes preventivos cuando participan de los programas, incluso desde su misma concepción e implementación. Así mismo usar las redes sociales y herramientas de comunicación en internet, aprovecha los canales de comunicación más empleados por los adolescentes y jóvenes.

De mismo modo, las estrategias de mediación entre iguales son una herramienta muy útil en comportamientos que son alentados entre iguales, como es la violencia en las aulas, el consumo de drogas y alcohol (UNODC, 2003).

Los sistemas de ayuda entre iguales (peer support systems) son considerados una metodología o un conjunto de sistemas de ayuda entre alumnos y alumnas de más o menos la misma edad. Persiguen crear redes sociales de apoyo para hacer frente a posibles problemas de convivencia en los centros educativos y a la vez desarrollar habilidades y fomentar valores morales que mejoren la convivencia (Ibarrola-García e Iriarte, 2012); Cowie y Fernández ,2006)

7. Implementar un **programa de formación de profesorado** dirigido a dos objetivos: La incorporación de las adiciones en el programa de formación continua del profesorado, con el fin aportar un conocimiento de base suficiente para poder actuar como agentes de prevención en el aula; y el segundo objetivo es la puesta en marcha de protocolos de detección de menores y familias de riesgo, intervención breve y derivación a dispositivos específicos de atención.

Capacitando a los profesores en la enseñanza para la prevención del uso indebido de drogas se mejora el impacto y la sostenibilidad de los programas de prevención del uso indebido de drogas (UNODC, 2004). La capacitación del profesorado deberá ser enfocada con contenidos de diferencias de género, para que el profesor que trabaja impartiendo las actividades curriculares tenga un trato diferencial de género. Por otro lado, la detección de casos de consumo en el alumnado, debe tener un enfoque diferenciado de género, porque como aparecen los consumos en chicas, y los factores que los mantienen y, en su caso, lo que puede ser de ayuda para salir de esa situación es diferente en ambos sexos.

8. Los programas de prevención deben tener **sostenibilidad presupuestaria en el tiempo**, y requiere que los responsables de la toma de decisiones logren una atención de salud sostenible. Asegurando al mismo tiempo un alto nivel de calidad, accesibilidad y cobertura de servicios efectivos y diversificados.

9. Los **programas preventivos requieren una adecuada medición de la evaluación de los resultados, a corto, medio y largo plazo** de los programas preventivos implementados. Con indicadores adecuados al programa preventivo y resultados esperados (NIDA, 2004; UNODC, 2015). Hay que poner especial atención a: que se disponga de un diseño de evaluación al mismo tiempo que se implanta el programa preventivo

como parte consustancial de él; que se seleccionen indicadores adecuados a cada tipo de programa preventivo para que la medición sea la pertinente y de calidad. La consideración del género en la evaluación se torna en un elemento a considerar tanto en la elección de indicadores sensibles al género como a la hora de analizar los datos

10. Todo programa preventivo debe estar **elaborado técnicamente, implementado, y evaluado con una perspectiva efectiva de género**, de modo que se trabajen las especificidades de factores de riesgo y protección para las niñas y adolescentes.

Existe una amplia evidencia de las diferencias existentes entre mujeres y hombres en relación con el consumo de drogas. A pesar de que las mujeres tienen menos probabilidades de iniciarse el consumo de drogas que los hombres, son más susceptibles de desarrollar una adicción y más vulnerables a las patologías relacionadas con las drogas y están más expuestas a sufrir violencia física y sexual. Las mujeres con problemas de abuso o dependencia a las drogas se enfrentan a estigmas culturales y múltiples barreras que les impiden acceder a los servicios asistenciales y que condicionan negativamente su continuidad y evolución en los programas de tratamiento.

6. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La elaboración del plan departamental ha sido participativa, de modo que se ha querido validar el mismo con los agentes más importantes implicados en la salud mental y las adicciones: administraciones públicas, profesionales, ONG y sociedad civil y municipios. Es esencial para este plan que nazca con el máximo apoyo para poder alcanzar sus objetivos.

El proceso llevado a cabo ha sido el siguiente:

1.- **Elaboración del borrador del Plan Departamental de Salud mental y adicciones, por parte de un grupo de redacción** que en su proceso de trabajo estableció un sistema de encuesta para **determinar necesidades y líneas estratégicas prioritarias** en prevención, tratamiento, rehabilitación, reinserción, formación e investigación y sistema de información a: personal directivo, planificadores, profesionales de primer nivel, segundo nivel y tercer nivel de salud mental y adicciones, profesionales y directivos de servicios sociales, ONG, profesionales y planificadores a nivel municipal, técnicos y directivos del sistema de información de salud, universidades y centros de investigación, medio educativo y prisiones.

2.- Con los insumos recibidos se elaboran el borrador del plan **incorporando las propuestas** recibidas que se consideren oportunas, pertinentes, factibles y realistas para ser llevadas a cabo.

. - El grupo de trabajo redacta **las líneas prioritarias, con sus objetivos, acciones e indicadores de proceso y de resultado** para cada una de ellas.

4- El documento resultante borrador del plan departamental se pasa se **valorado por parte de la RED DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL** a través del **Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud mental** a cada una de las **Sub Redes**: municipal, de entidades públicas, de profesionales y de sociedad civil para ser estudiado y recibir aportaciones en un plazo de 15 días. En Comité Ejecutivo del Plan departamental recibe las aportaciones que son remitidas al Grupo de Redacción del Plan, para ser valoradas e incorporadas si procede.

5.- **Se elabora el Plan definitivo** que es pasado al Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud Mental para ser aprobado, y la instancia departamental oportuna.
6.- Se debe **notificar al Ministerio de Salud** (promoción de la salud) sobre la aprobación del Plan departamental de salud mental y adicciones.
7.- Una vez aprobado se debe **socializar con la Red Departamental** para hacer un plan de trabajo para ir cumpliendo objetivos y metas. Y reparto de responsabilidades y roles.

6.1. ENFOQUE ESTRATÉGICO

En este apartado se va a reflejar las líneas principales de trabajo para el periodo de vigencia del plan

6.1.1. LINEA ESTRATÉGICA 1. SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL PLAN.

[Ver ANEXO 2 para un apoyo técnico sobre el financiamiento del Plan]

Objetivos

1.1.- Crea una partida económica específica para salud mental y adicciones en el presupuesto del Departamento con epígrafe “Plan departamental de Salud mental y Adicciones”.
1.2.- Establecer los mecanismos de financiación con el Ministerio de Salud para el apoyo a departamentos y municipios en salud mental.
1.3.- Reorganizar los ítems que trabajan en el departamento en salud mental en todos los niveles estatal, departamental y municipal, para dar cobertura a las necesidades existentes.

6.1.2. LINEA ESTRATEGICA 2. SOBRE LEGISLACIÓN, DERECHOS HUMANOS, Y EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Objetivos

2.1. Avanzar en la participación de usuarios y familiares y humanización de la atención en Salud Mental.
2.2. Avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.
2.3. Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social.

Justificación

[ver ANEXO 3 para documento de apoyo para la línea estratégica]

La Organización de Naciones Unidas, en la Declaración de Principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención de la salud mental (Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991), establece que «Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana». También dice que «No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por discriminación se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad» (OMS, 2012).

La Convención Internacional de Naciones Unidad sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (Naciones Unidas, 2006) recoge los derechos de las personas con discapacidad, así como la obligación de los Estados de promover, proteger y asegurarlos, y establece como principio su participación plena y efectiva en la sociedad en condiciones de igualdad con los demás.

El avance en la humanización de la asistencia sanitaria, así como en la contribución de la lucha contra el estigma y la no discriminación a poblaciones especialmente vulnerables se recogen en esta línea que a su vez incorpora el principio de participación de usuarios y familiares en su enunciado, con el fin de resaltar el interés por avanzar en este reto, a través de objetivos y actuaciones concretas que también aparecen en otras líneas a lo largo del plan. La participación de los usuarios debe afectar a varios niveles, como se refleja en las diferentes actuaciones del plan, incluyendo la capacitación profesional, el diseño de servicios y la evaluación. Los usuarios y las organizaciones tienen tras de sí un cuerpo de experiencia que ha de ser reconocido y respetado (Chamberlin, 2005). Solo si se ofrecen oportunidades para un diálogo continuo y abierto sobre estas muchas cuestiones difíciles, se producirá la participación real de los usuarios.

Dada la transversalidad de esta línea estratégica y de acuerdo con el análisis de situación y el enfoque posterior, en la formulación se han establecido tres ámbitos de acción orientados a alcanzar los objetivos.

ACCIONES

Acciones objetivo 2.1
Acciones objetivo 2.2
Acciones objetivo 2.3

INDICADORES (para cada acción)

6.1.3. LINEA ESTRATÉGICA 3. SOBRE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y DERIVADOS DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

Objetivos

3.1.- Proporcionar cobertura de promoción y prevención de la salud mental y del uso de tabaco, alcohol y otras drogas en todo el ciclo la vida.

3.2.- Proteger a los grupos vulnerables en salud mental y uso de drogas mediante acciones específicas para esos colectivos de riesgo.

3.3.- Mejora las condiciones de vida, el acceso a recursos y la protección mediante estrategias de prevención ambientales de intervención de base comunitaria.

6.1.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 4. ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG).

Objetivos:

4.1. Mejorar la atención comunitaria a las personas con TMG desde los dispositivos de primer nivel y los dispositivos específicos de salud mental comunitarios.

4.2. Mejorar la atención hospitalaria a las personas con TMG.

Justificación

[ver ANEXO 1 para documento de apoyo para la línea estratégica]

El tratamiento integral de las personas con trastornos mentales graves (TMG) constituye uno de los principales desafíos de los sistemas de atención comunitaria a la salud mental. En las últimas cinco décadas se han ido introduciendo diversos tratamientos (psicofarmacológicos y psicosociales) que han resultado eficaces sobre algunos de los síntomas más relevantes (alucinaciones, delirios, síntomas depresivos...) de estos trastornos, pero que no han cubierto gran parte de sus necesidades.

El concepto de TMG utilizado habitualmente (Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009), que incluye cuatro dimensiones (diagnóstico, duración de la enfermedad y del tratamiento, presencia de discapacidad y uso de recursos), engloba diversos trastornos mentales: trastornos esquizofrénicos y delirantes, los trastornos bipolares y algunos trastornos neuróticos y de personalidad graves.

Los programas para la atención a los pacientes con TMG deben estar organizados y pivotar sobre los Centros de Salud Mental Comunitarios como eje principal del Proceso, y deben incluir a todos los dispositivos de la Red Departamental de Salud Mental, tanto sanitarios (Área de Gestión Clínica de Salud Mental, SEDES) como sociales (Red Pública de Atención Social, SEDEGES). La misión de este programa es prestar a la persona enferma el conjunto de herramientas necesarias, para que tenga la oportunidad de lograr la recuperación de su enfermedad a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial y mejora con los objetivos de superar o reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social.

<u>Acciones Objetivo 4.1</u>

4.1.1 Incluir como eje prioritario de las prestaciones asistenciales de los Centros de Salud Mental (CSM) la equidad de la atención comunitaria de las personas con TMG.

Horizonte temporal: segundo semestre de 2021**.**

Agentes implicados: Dirección técnica del Servicio Departamental de salud. Comité Ejecutivo de la Red Departamental de Salud Mental y adicciones.

[**[INDICADORES: De proceso:** P.4.1.1. Redactar y aprobar un protocolo de atención en Centros de salud mental Comunitarios (CSMSC) para los trastornos mentales graves (TMG) que abarque desde primer nivel de salud hasta los criterios de referencia a segundo y tercer nivel. Con referencia a todo el territorio departamental. **De resultado:** R.4.1.1 Disminución de ingresos de TMG en tercer nivel. R.4.1. 1.a. Mejora de la Salud General de las personas con TMG a los seis meses y al año de entrar en programa de TMG. R.4.1.1.b Mejora de la satisfacción de los profesionales y afectados y sus familias con la atención recibida.

4.1.2. Potenciar los programas de continuidad de cuidados y el desarrollo coordinado de itinerarios de atención integral de las personas con TMG.

Horizonte temporal: segundo semestre de 2021**.**

Agentes implicados:

[INDICADORES: De proceso: …… De Resultado…]

4.1.3. Elaborar e implantar un Programa de Intervención Temprana en jóvenes con TMG.

……..

4.1.4. Favorecer la implantación de un Modelo de Atención Integrado para los pacientes con TMG y problemas de consumo de sustancias.

…….

4.1.5. Potenciar la prevención, atención y rehabilitación del grupo de población con TMG en situación de exclusión social y marginación sin Hogar.

…….

4.1.6. Reducir el riesgo de entrada en el circuito judicial de las personas con TMG y mejorar su tratamiento e inserción social en caso de comisión de delito.

……

<u>Acciones objetivas 4.2</u>

4.2.1. Reforzar los recursos en hospitalización parcial para avanzar hacia la equidad de la atención hospitalaria de las personas con TMG atendiendo a la proximidad.

4.2.2. Reforzar los recursos en hospitalización breve para avanzar hacia la equidad de la atención hospitalaria de las personas con TMG atendiendo a la proximidad.

4.2.3. Aumentar el número de camas disponibles en unidades de media y larga estancia de acuerdo con la demanda actual de los pacientes con TMG.

4.2.4. Avanzar en la atención adecuada a las personas con TMG mayores de 60 años.

INDICADORES (para cada acción)

6.1.5. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Objetivos

5.1. Mejorar la atención hospitalaria en salud mental a niños y adolescentes mediante la creación de Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría para niños y adolescentes y Unidad de Media Estancia (UME) para Adolescentes con Trastorno Mental Grave.

5.2. Mejorar la atención comunitaria de salud mental de niños y adolescentes mediante atención en centros de salud mental comunitarios, y Hospitales de Día Psiquiátricos para niños y adolescentes (Recursos de Hospitalización Parcial).

5.3. Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en primera infancia (0-3).

5.4. Mejorar la coordinación con otros recursos sanitarios e instituciones implicadas en la atención a la infancia.

Justificación

Según la OMS, la salud mental es una parte integral de la salud general de los niños y adolescentes (OMS, 2013)[4]. La alteración de la salud mental del niño produce un importante impacto en el funcionamiento familiar y las relaciones sociales del menor, así como en la capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar; asimismo, se asocia a mayor utilización de recursos sanitarios y sociales. Además, el trastorno mental infanto-juvenil no tratado implica un alto coste a la sociedad que va incorporando jóvenes con importantes problemas de relación, violencia, baja productividad y elevado consumo de recursos educativos, sanitarios, sociales y de justicia (OMS, 2013).

Los estudios tanto nacionales como internacionales estiman una prevalencia de trastornos mentales en población infanto-juvenil entre el 10 y el 20 %. Entre un 4-6 % padecerían un Trastorno Mental Grave (AEN, 2009[5]; García Ibáñez, 2004[6]; Mollejo, 2012[7]).

[4] Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral para la Salud Mental 2013-2010. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.

[5] Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes. Cuadernos técnicos, 14. 2009. Disponible en: http://www.tienda-aen.es/wp-content/ uploads/2014/10/ctecnicos14.pdf.

[6] García Ibáñez J. Grupo de trabajo sobre los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Quaderns de Salut Mental, 2004.

[7] Mollejo Aparicio E. Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios, N.º 48. Madrid. 2012.

La promoción e intervención en materia de salud mental en niños y adolescentes constituye un área prioritaria de atención y promoción de la salud para las diferentes instituciones y organismos nacionales e internacionales y así lo han recogido en diferentes documentos (Plan Acción de Salud Mental 2013-2020 OMS 2013[8]; European Comission, 2005[9]; MSSSI, 2013[10]).

ACCIONES

Acciones Objetivo 5.1

Acciones Objetivo 5.2

Acciones Objetivo 5.3

Acciones Objetivo 5.4

INDICADORES (para cada acción)

6.1.6. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD

Objetivos

6.1. Detección e intervención breve de las personas con trastornos de salud mental y adicciones.
6.2. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental.
6.3. Favorecer la atención psicológica a los trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y somatizaciones, en los Centros de Salud de AP.
6.4. Mejorar la salud física de pacientes con TMG.

Justificación

[ver también ANEXO 1 para documento de apoyo para la línea estratégica]

[8] Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud, 2013

[9] European Comission. Libro verde. Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. 2005. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_ determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf.

[10] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudio e Investigación. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. 2013. Disponible en: http://www.obser-vatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/pdf/II_PLAN_ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf.

La prevalencia de las enfermedades mentales en Atención Primaria (AP) en nuestro medio es alta y ronda el 30 % (Reneses et al, 2015[11];
Serrano-Blanco et al, 2010[12]). Los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia en las consultas del médico de familia son los trastornos de ansiedad y los depresivos, tanto en sus formas mayores como en la de trastornos adaptativos, constituyendo la tercera causa más común de consulta en Atención Primaria (Serrano- Blanco, Palao, Haro, 2006). Los médicos de Atención Primaria derivan a Salud Mental una proporción variable de los pacientes afectados de problemas mentales, siendo la que es atendido en el contexto de AP siempre mucho mayor.

El espectro de patología mental que potencialmente puede ser manejado en AP y Salud Mental es muy amplio, pero conviene hacer mención a los dos polos de gravedad del mismo, por su importante repercusión asistencial. De un lado, el sufrimiento psicológico derivado de problemas de la vida diaria, lo que ha supuesto que la demanda de derivación a la atención especializada, sobre todo a psicología, sea cada vez más creciente por parte de las personas que los sufren, ejerciendo una presión importante al médico de familia para que se realice esta derivación, que se acompaña después de una incomparecencia a esa primera consulta más alta de lo que sería deseable. En el otro extremo de la gravedad se encuentran los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), que son atendidos regularmente a nivel hospitalario, pero que con frecuencia descuidan sus problemas de salud física y las actividades preventivas necesarias para su conservación. En este mismo espectro de gravedad se encuentran los pacientes jóvenes que comienzan a padecer un trastorno mental grave y cuya detección precoz, no siempre fácil, debe de ser claramente impulsada en el ámbito de AP.

La variabilidad en las respuestas que se dan a los problemas de salud mental, tanto en el ámbito de la atención especializada como en la primaria es muy alta y condiciona la planificación de la atención. Las causas de esta variabilidad son complejas, pero en general derivan de no aplicar correctamente las evidencias derivadas de la investigación, de decisiones y solicitudes de enfermos no suficientemente bien informados sobre su trastorno o sobre lo que puede esperar de los servicios sanitarios respecto a su malestar psíquico, la creciente medica- lización del sufrimiento derivado de situaciones de la vida cotidiana ya citada y las derivadas de una estructura asistencial que puede ir por detrás de las necesidades reales y las demandas de la población.

La colaboración y coordinación formal e informal entre los equipos de AP y los Servicios de PSM es una pieza clave de la organización sanitaria (OCDE, 2014)[13]

Acciones

Acciones Objetivo 6.1

[11] Reneses B, Garrido S, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M, Moreno J, López-Ibor JJ. Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. Int J Soc Psychiatry, 2015 May; 61(3): 275-86.

[12] Serrano- Blanco A, Palao D, Haro JM. Estudio de la prevalencia de la depresión mayor y otros tras- tornos mentales en atención primaria en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.

[13] OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. OECD Health Policy Studies. 2014.

Acciones Objetivo 6.2

Acciones Objetivo 6.3

Acciones Objetivo 6.4

INDICADORES (PARA CADA ACCION)

6.1.7. LÍNEA ESTRATÉGICA 7. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS).

Objetivos

7.1. Detección e intervención temprana de las personas con trastornos adictivos
7.2. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria, Salud Mental y la Red de adicciones
7.3. Mejorar la atención a las personas con Adicciones a través de la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones.
7.4. Desarrollar la atención de base comunitaria para la intervención sobre factores de riesgo, en coordinación con los servicios de salud mental comunitarios.
7.5. Implementar programas de prevención de adicciones en el medio escolar en todo el ciclo vital, en el medio comunitario y familiar y el medio laboral.
7.6. Implementar programas de reducción de daños por consumo de drogas entre poblaciones específicas de alto riesgo.
7.7. Desarrollar la normativa para la cartera de servicios y la acreditación de los centros y programas de atención para personas con problemas de drogas.

Justificación

[ver también ANEXO 1 para documento de apoyo para la línea estratégica]

Las adicciones son enfermedades incluidas en la nosología de la Psiquiatría y la Salud mental, reconocida en las dos grandes clasificaciones de las enfermedades mentales, tanto la de la OMS (CIE10) como la de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM IV y V),
y, en importante proporción, aso- ciadas a otros trastornos psiquiátricos, la llamada patología dual. Los estudios epidemiológicos internacionales y nacionales determinan que hasta un 70 % de estos pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias presentan de forma simultánea o secuencial otro Trastorno Mental.

Por otro lado, actualmente los pacientes con adicciones no son atendidos ni reciben seguimiento en el primer nivel de salud.

Los pacientes que acuden a los servicios de salud mental presentan una incidencia de 29 % de abuso y adicción a sustancias (Lev-Ran, S., et al., 2013), que otros estudios cifran en un 50 %. Además, esta población, tiene una elevada prevalencia, que al menos duplica a la población general, de otros trastornos médicos (metabólicos, infecciosos, neumológicos, neurológicos, oncológicos, etc.). La relación etiológica que subyace a esta patología dual no es aun totalmente clara, pero se conoce la intervención de factores genéticos, neurobiológicos y medioambientales.

Acciones

. Desarrollo de actividades formativas de sensibilización de los profesionales de atención primaria en la detección temprana de trastornos adictivos.

. Incorporación de signos de alarma y detección precoz de desarrollo de Adicciones en adolescentes en consulta de AP.

.

.

.

Indicadores (para cada acción)

…….

6.1.8. LÍNEA ESTRATÉGICA 8. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

Objetivos

8.1. Reducir primeros intentos de suicidio (prevención primaria).

8.2. Reducir riesgo de suicidio tras tentativas previas (prevención secundaria).

8.3. Mejorar la atención de familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio.

8.4. Potenciar y favorecer la coordinación y el trabajo en red.

8.5. Mejorar la formación e investigación en prevención del suicidio.

Justificación

Constituye la principal causa específica de mortalidad en el ámbito de salud mental.

El suicidio constituye un drama humano y social para las personas directamente afectadas y su entorno (OMS, 2012). Pudiendo ser considerado un resultado en términos globales de calidad de salud, al tiempo que una consecuencia no deseada en materia de seguridad del paciente y, por tanto, en calidad asistencial (OMS, 2000a, 2000b).

Conceptualmente la conducta suicida debe considerarse un fenómeno complejo, de causa multifactorial, interviniendo factores psicológicos, sociales, biológicos culturales y ambientales. Los trastornos mentales son un importante factor de riesgo de suicidio que subyace al 90 % de los casos en nuestro en- torno (López-Castroman, 2009).

Se precisa un abordaje sistémico y una consideración transversal dentro de la respuesta de salud mental a este grave problema de salud con marcado impacto psicosocial (Ayuso-Mateos, 2012). Necesitando herramientas específicas desde sistemas de información, concienciación y capacitación tanto en el ámbito de la salud mental como en otros sectores relacionados, así como a nivel comunitario (OMS, 2014).

Acciones

……

Indicadores

……

6.1.9. LÍNEA ESTRATÉGICA 9. ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y POR ANSIEDAD.

Objetivos

9.1.- Mejorar la detección y manejo de los problemas de ansiedad y depresión en el primer nivel de salud.

9.2.- Reforzar una acción coordinada entre primer nivel de Salud y con los Centros de Salud Mental Comunitarios para seguimiento de casos y apoyo continuado.

6.1.10. LÍNEA ESTRATÉGICA 10. RED DEPARTAMENTAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Objetivos

10.1.- Crear una red departamental de salud mental y adicciones que permita una acción participada en la política implementada.

10.2.- Promover la participación de otros niveles de la administración en la Red, así como de profesionales, y la sociedad civil.

6.1.11. LÍNEA ESTRATÉGICA 11. FORMACIÓN CONTINUADA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y CUIDADO DE LOS PROFESIONALES.

Objetivos

11.1.- Consolidar una acción continuada de formación en materia de salud mental y adicciones para todo el departamento y a nivel municipal.

11.2.- Dotar de presupuesto específico dentro del Plan Departamental de salud mental y adicciones para la formación.

11.3.- Proteger a los profesionales que trabajan en salud mental y adicciones para disponer de medios de prevención y tratamientos para problemas de salud mental y uso de drogas.

6.1.12. LINEA ESTRATEGICA 12. CALIDAD DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Objetivos

12.1.- Asegurar la calidad de las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y uso de drogas. [Constituir una Comisión dentro del plan departamental que se ocupe de ello].

12.2.- Mejora continua los conocimientos de los profesionales de la salud mental y adicciones sobre las mejores prácticas en prevención y tratamiento y rehabilitación.

6.1.13. LINEA ESTRATEGICA 13. INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Objetivos

13.1.- Promover estudios de evaluación de programas e intervenciones para la mejora de la calidad de la atención.

13.2.- Promover el conocimiento de la realidad sobre la salud mental y uso de drogas en la población del departamento.

13.3- Establecer líneas de colaboración con la Academia para la investigación de salud mental y uso de drogas.

6.1.14. LINEA ESTRATEGICA 14. INTERVENCIÓN DE BASE COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

[ver ANEXO 4 para documento de apoyo para la línea estratégica]

Objetivos

14.1.- Diseñar un programa de intervención para la salud mental y uso de drogas a nivel comunitario en coordinación con los servicios de salud mental y adicciones.
14.2.- Capacitar a los profesionales de salud mental y adicciones en las herramientas de la intervención de base comunitaria.

6.1.15. LINEA ESTRATEGICA 15. ACTUACIÓN EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Objetivos

15.1.- Proteger a la población sobre el impacto en la salud mental de las situaciones de emergencias y catástrofes mediante programas de resiliencia.

15.2.- Promover una acción planificada multi niveles y multisectorial en caso de emergencias y catástrofes mediante programas de contingencia.

6.1.16. LINEA ESTRATEGICA 16. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES, Y EVALUACIÓN DEL PLAN.

Objetivos

16.1.- Mejorar el sistema de información sobre salud mental y adicciones desde todos los niveles de atención, unificado y de calidad.

16.2.- Mejorar la dotación informática de redes de comunicación, ordenadores y software para los registros de actividad del departamento.

16.3.- Mejorar el conocimiento de la realidad del impacto de la salud mental y el uso de drogas en la población del departamento mediante un sistema de observatorio en la materia.

16.4.- Diseñar una estrategia de evaluación y seguimiento continuado del Plan Departamental de salud mental y adicciones.

6.1.17. LINEA ESTRATEGICA 17: PERSPECTIVA DE GÉNERO EN TODO EL PLAN.

[ver también ANEXO 1 para documento de apoyo para la línea estratégica]

Objetivos

17.1.- Asegurar la aplicación de la perspectiva de género en todo el plan: prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción.

17.2. - Establecer sistema de monitoreo de la perspectiva de género en todos los niveles de intervención en salud mental y adicciones.

17.3.- Promover la formación continuada en perspectiva de género a todos los niveles: dirección, planificación, técnicos, profesionales y sociedad civil.

17.4.- Abrir líneas de investigación sobre género y salud mental y uso de drogas.

6.2. IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El Plan Departamental de Salud mental y adicciones está diseñado de modo que cada acción tiene su correspondiente indicador con una especificación de la temporización del mismo. Esto va a permitir evaluar la consecución de los objetivos del plan a teves del cumplimento de las acciones previstas.
El Plan se va a evaluar en un periodo intermedio para valora el avance del mismo, y en su caso, implementar medidas de corrección.
Por otro lado, se va a disponer un anexo sobre las entidades que les corresponde la ejecución y/o la participación en cada acción prevista, de modo que se podrá valora el grado de implicación general en el plan.
Se emitirá un informe de evaluación intermedia del Plan y un informe final de evaluación que deberá ser aprobado por el Comité Ejecutivo de la Red Departamental de salud mental y adicciones.

7. SOBRE EL PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La estructura de elaboración del plan nacional sigue las mismas directrices de participación que se han presentado anteriormente para el plan departamental en cuanto a el proceso de participación de la red de salud mental en el proceso de validación.
Del mismo modo, el plan nacional debe tener la misma estructura del documento que se ha propuesto para los planes departamentales en cuanto a: documentos de referencia internacional, normativa internacional y nacional, y sobre competencias en materia de salud mental nacionales, departamentales y municipales. Un análisis de situación. Evaluación del plan anterior vigente y puntos de mejora. Necesidades y lineamientos en salud mental y adicciones. Enfoque estratégico. Implantación, seguimiento y evaluación.

El aspecto diferencial más claro de un plan nacional respecto a un plan departamental y un plan municipal es el grado de concreción de los objetivos y las acciones que se proponen. Cuanto más cercana al ciudadano es la administración que elabora el plan, mayor es el grado de aterrizaje practico de los objetivos y acciones. Esto es debido porque en mejor y mayor conocimiento de las necesidades de los ciudadanos y cuáles son las necesidades sentidas más acuciantes para ser resueltas.

En este documento se hace una propuesta de estructura del plan nacional sujeta a ser trabajada más en profundidad mediante un proceso participado a través de la Red Nacional de salud mental y adicciones. Se ha presentado a modo de esquema, la parte referida a las metas del plan y las líneas estratégicas, con algunos apartados más desarrollados en cuanto a acciones e indicadores. El esquema seguido es el mismo que para los planes departamentales (se recomienda mirar ese apartado más arriba)

PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2021-2028

7.1. META 0: HACIA UNA ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS Y DOTACION DE RECURSOS HUMANOS PARA LA SOSTENIBILIDAD DE LAS ACCIONES EN SALUD MENTAL

7.1.1. LINEA ESTRATEGICA 0: RECURSOS HUMANOS PARA SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN EL TERRITORIO NACIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO 0.1

Mejorar los ratios de ítems en Ministerio de salud, gobiernos departamentales y municipales en prevención y tratamiento salud mental y adicciones mediante la redistribución de efectivos

JUSTIFICACIÓN

La creación de un sistema de atención y tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones es un reto que se ha iniciado con un muy buen paso al quedar integrada en el Sistema único de Salud la atención a dichos problemas sanitarios.
La precariedad y la escasez de los ítems actuales en salud mental y adicciones aconsejan una política y una estrategia a largo plazo que permita ir incorporando nuevos ítems al sistema y además proporcionar la máxima estabilidad posible en los puestos de trabajo.
Bolivia gasta un 0,2% de su presupuesto de salud en salud mental, lo que la sitúa en la cola de la región en gasto público en salud mental (datos
de 2010, IESM-Organización Mundial de la Salud)[14]. La tasa de psiquiatras en Bolivia es de 1.06 por 100 mil habitantes siendo una de las más bajas de la región. En lo que se refiere a enfermería la tasa por 100 mil habitantes está en 0,34, psicólogos 0,46, trabajador social 0,25 y terapeutas ocupacionales un 0,20; resultando en todos los casos también las más bajas de la región.
Por todo ello, es primor dial que los esfuerzos se dirijan a una serie de medidas que permitan en el medio plazo ir paliando estos déficits estructurales de la atención a la salud mental y las adicciones.

ACCIONES

0.1.1. Realizar un estudio de ítems disponibles en todo el país para apoyar la implementación de sistema prevención y tratamiento de adicciones y salud mental.

Horizonte temporal: primer semestre de 2021.

[14]INFORME SOBRE LOS SISTEMAS DE SALUD MENTAL EN AMÉRICA DEL SUR Mediante el Instrumento de Evaluación de los Sistemas de Salud Mental (IESM. Organización Mundial de la Salud 2010) Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.
Estimación de costes: Trabajo técnico de recopilación de datos, redacción de catálogo de recursos de salud mental y adicciones. Reuniones de coordinación.

0.1.2. Hacer una proyección de ítems necesarios de cada categoría profesional para cubrir las necesidades de atención según población y dispersión geográfica.

Horizonte temporal: primer semestre de 2021.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.
Estimación de costes: Trabajo técnico de redacción, reuniones de coordinación.

0.1.3. Elaborar un plan de redistribución de recursos humanos para la atención de la salud mental y adicciones en departamentos y municipios.

Horizonte temporal: primer semestre de 2021.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.
Estimación de costes: Trabajo técnico de redacción, reuniones de coordinación. Reuniones de coordinación con planificación y presupuestos.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-0.1.1. Para primer semestre de 2021, disponer de los documentos del estudio de ítems y la proyección de necesidades para el periodo de este plan operativo.
IP-0.1.2. Para primer semestre de 2021, disponer de documento del plan de redistribución de recursos para salud mental y adicciones.

- **De resultado:**

IR-0.1.1. Mejorar el ratio de profesionales dedicados a la salud mental y adicciones. Para 2023 se hará cubierto al menos un 70% de profesionales conforme al plan de redistribución de efectivos. Para 2026 se habrá cubierto el 100% de ítems.

7.2. META 1: HACIA LA GOBERNANZA DEL LA POLITICA PUBLICA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

7.2.1. LINEA ESTRATEGICA 1: GOBERNANZA PARA EL SISTEMA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

OBJETIVO ESTRATEGICO 1.1

Ordenar y reformar las estructuras del Ministerio de Salud y los órganos de participación para sostenibilidad de los programas y planes de salud mental y adicciones.

JUSTIFICACIÓN

La gobernanza de la promoción, prevención y tratamiento de las adicciones y la salud mental es la piedra angular de la sostenibilidad del sistema de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones. En este momento, el Ministerio de salud cuenta con un PROGRAMA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES dentro de la UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. Es decir, no existe un departamento con rango de Dirección, o de Jefatura de Unidad, que se pueda ocupar de toda la parte de promoción y prevención de las adicciones y la salud mental, y la planificación de la atención; así como un área específica que se ocupe de la provisión de servicios de salud mental y adicciones.
La ausencia de estas estructuras públicas de gobernanza de la salud mental y adicciones, son un hándicap importante en el mantenimiento de una política continuada y de calidad.

Del mismo modo se va se necesita una validación de la política en salud mental y adicciones mediante la creación de una red de salud mental de participación y colaboración de la sociedad civil.

ACCIONES

1.1.1. Modificar la estructura del Ministerio para crear una jefatura de unidad o una dirección de salud mental y adicciones.

Horizonte temporal: primera segundo semestre de 2021.
Agentes implicados: Ministerio de salud.
Estimación de costes: Trabajo técnico de adaptación de los reglamentos ya existentes, reuniones de coordinación,

1.1.2. Crear una estructura mínima específica para el funcionamiento y dinamización de la Red de Salud Mental y sistema de información en salud mental.

Horizonte temporal: segundo semestre de 2021.
Agentes implicados: Ministerio de salud.
Estimación de costes: Costes de contratación de ítems a determinar. Equipamientos informáticos, mobiliario. Costes de difusión y trabajo territorial inicial de la unidad de gestión de la Red.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-1.1.1. Para segundo semestre de 2021 se habrá aprobado una estructura de gobernanza en salud del sistema de prevención y tratamiento que contemple y la coordinación territorial en materia de salud mental y adicciones.

IP-1.1.2. Para segundo semestre de 2021 se habrá constituido una unidad para la gestión de la red nacional de salud mental y adicciones y el sistema de información de salud mental y adicciones.

- **De resultado:**

IR- 1.1.1. Duplicar el gasto público en salud mental y adicciones para final de 2024, en estructuras de gobernanza estatales y descentralizadas, conforme al informe IESM. Organización Mundial de la Salud. 2010

IR- 1.1.2. Mejora de la satisfacción de las organizaciones de la sociedad civil con el abordaje de la salud mental y adicciones desde las administraciones públicas en sus distintos niveles, medido por escalas de satisfacción.

IR- 1.1.3. Mejora de la satisfacción del personal que trabaja en salud mental y adicciones en los distintos niveles de las administraciones públicas con las mejoras en la gobernanza de la salud mental.

7.2.2. LINEA ESTRATEGICA 2: LA RED NACIONAL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

OBJETIVO ESTRATEGICO 2.1

Impulsar la política pública en salud mental y adicciones participativa para dotarla de continuidad

JUSTIFICACION

……

ACCIONES

2.1.1. Constituir la Red Nacional de salud mental y adicciones.

2.1.2. Impulsar y apoyar la creación y funcionamiento de redes departamental y municipales de salud mental y adicciones.

2.1.3. Redactar la normativa legal para que la Rede Nacional de salud mental y adicciones asuma las funciones previstas en la Ley 913 sobre la Red de prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno.

7.2.3. LINEA ESTRATÉGICA 3. SOBRE EL FINANCIAMIENTO DEL PLAN NACIONAL

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.1.- Crea una partida económica específica para salud mental y adicciones en el presupuesto del Ministerio de salud con epígrafe "Plan Nacional de Salud mental y Adicciones".

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.2.- Establecer los mecanismos de financiación con el Ministerio de Salud para el apoyo a departamentos y municipios en salud mental.

OBJETIVO ESTRATEGICO 3.3.- Reorganizar los ítems que trabajan en salud mental en todos los niveles estatal, departamental y municipal, para dar cobertura a las necesidades existentes.

7.3. META 2: CIUDADANOS CON UNA MEJOR SALUD MENTAL

7.3.1. LINEA ESTRATEGICA 4. SOBRE LEGISLACIÓN, DERECHOS HUMANOS, Y EL ESTIGMA DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.1.-Avanzar en la participación de usuarios y familiares y humanización de la atención en Salud Mental.

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.2.-Avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.

OBJETIVO ESTRATEGICO 4.3.-Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social.

7.3.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 5. ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

OBJETIVO ESTRATEGICO 5.1.- Implementar una atención comunitaria de calidad para las personas con TMG desde los dispositivos de primer nivel y los dispositivos específicos de salud mental comunitarios.

OBJETIVO ESTRATEGICO 5.2.- Mejorar la atención hospitalaria a las personas con TMG mediante protocolos específicos.

7.3.3. LÍNEA ESTRATÉGICA 6. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6.1.- Reducir primeros intentos de suicidio (prevención primaria).

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6.2.- Reducir riesgo de suicidio tras tentativas previas (prevención secundaria).

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6.3.- Mejorar la atención de familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6.4.- Potenciar y favorecer la coordinación y el trabajo en red.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6.5.- Mejorar la formación e investigación en prevención del suicidio.

7.3.4. LINEA ESTRATEGICA 7. ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y POR ANSIEDAD.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7.1.- Mejorar la detección y manejo de los problemas de ansiedad y depresión en el primer nivel de salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7.2.- Reforzar una acción coordinada entre primer nivel de Salud y con los Centros de Salud Mental Comunitarios para seguimiento de casos y apoyo continuado.

7.4. META 3: UNOS CIUDADANOS Y COMUNIDADES MAS RESILIENTES

7.4.1. LINEA ESTRATEGICA 8. INTERVENCIÓN DE BASE COMUNITARIA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8.1.- Diseñar un programa de intervención para la salud mental y uso de drogas a nivel comunitario en coordinación con los servicios de salud mental y adicciones.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8.2.- Capacitar a los profesionales de salud mental y adicciones en las herramientas de la intervención de base comunitaria.

7.4.2. LINEA ESTRATEGICA 9. ACTUACIÓN EN EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9.1.- Proteger a la población sobre el impacto en la salud mental de las situaciones de emergencias y catástrofes mediante programas de resiliencia.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9.2.- Promover una acción planificada multi niveles y multisectorial en caso de emergencias y catástrofes mediante programas de contingencia.

7.5. META 4: SERVICIOS DE SALUD MENTAL PARA TODOS

7.5.1. LINEA ESTRATÉGICA 10: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD PUBLICA

OBJETIVO ESTRATEGICO 10.1

Impulsar la acción planificada de promoción y prevención de la salud mental y adicciones desde programas con enfoque de Salud Pública, desde salud, educación, familia, medio laboral y comunitario.

JUSTIFICACIÓN

La intervención de promoción de salud mental y adicciones es un proceso que se inicia desde programas poblacionales, sean universales, selectivos o indicados de Salud pública; continua en forma de programas de intervención desde la atención primaria de Salud en la consulta de médicos de familia, pediatras y la enfermería; y continua en los Centros de Salud Mental Comunitaria, a través de campañas de promoción, programas de prevención comunitarios y en las consultas de psiquiatría, psicología, trabajo social y otros profesionales adscritos.

En este momento no hay una acción sistemática coordinada que permita evaluar resultados a medio y largo plazo una política de promoción y prevención para disminuir la aparición de problemas de salud mental y adicciones. Nos referimos a una acción múltiple y complementaria como es la acción de prevención y promoción desde programas de salud pública, más la acción de promoción y prevención desde el primer nivel de salud, y, por último, la realizada desde los Centros de Salud Mental Comunitaria.

La actividad preventiva en salud mental y adicciones se debe asegurar una continuidad en las intervenciones escolares especialmente, de modo que se cubran los ciclos del desarrollo infantil con las

intervenciones más apropiadas según la literatura científica. Para ello se trabajará en un **plan estratégico de prevención de salud mental y adicciones en todos los ciclos de desarrollo del niño y adolescente.**

ACCIONES

10.1.1. **Redactar y aprobar un plan de acción de promoción y prevención de la salud mental y las adicciones, con perspectiva de género y de salud pública, desde los ámbitos escolar, familiar, comunitario y en el medio laboral. Todo ello conforme a las recomendaciones según la evidencia en prevención.**

Horizonte temporal: Redactado y aprobado un plan de prevención comunitario, escolar, familiar y laboral en salud mental y adicciones, para primer trimestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio de Educación. Ministerio de trabajo (Dirección General de Trabajo, Higiene y Seguridad Ocupacional) y otros agentes implicados.
Estimación de costes: Trabajo técnico de redacción de los documentos, reuniones de coordinación, edición de planes o estrategias conjuntas. Difusión por todo el país y capacitaciones para su gestión.

10.1.2. Desarrollar un programa de asesoramiento en la elaboración y evaluación de programas de prevención para los diferentes agentes implicados en la promoción y la prevención de la salud mental y las adicciones.

Horizonte temporal: implementado en primer trimestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud (unidad de género), SEDES departamentales. Municipios. Ministerio de Educación. Ministerio de trabajo (Dirección General de Trabajo, Higiene y Seguridad Ocupacional)
Estimación de costes: Redacción del programa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de impartir la formación a expertos. Gastos por desplazamientos territoriales.

10.1.3. Implementar programas y acciones preventivas en medio escolar, familiar, laboral, comunitario impulsados por el ministerio en colaboración con departamentos y municipios.

Horizonte temporal: Para final de 2022 se habrá implementado al menos un programa de ámbito escolar, comunitario y medio laboral para todo el país. Para final de 2024 la cobertura en gobernaciones y municipios será de un 80% en núcleos grades de población. Para final de 2026, la cobertura será de 100% en núcleos urbanos medianos y grandes.

Agentes implicados: Ministerio de salud (unidad de salud mental y adicciones, unidad de género), SEDES departamentales. Municipios grades y de mediano tamaño. Ministerio de Educación. Ministerio de trabajo (Dirección General de Trabajo, Higiene y Seguridad Ocupacional).

Estimación de costes: De adquisición o elaboración de programas, reuniones de coordinación entre diferentes ámbitos de intervención. Gastos de implementación de los programas.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-10.1.1. Para primer trimestre de 2022 deberá estar redactada el plan de acción de promoción y prevención de la salud mental y las adicciones, con perspectiva de género y de salud pública, desde los ámbitos escolar, familiar, comunitario y en el medio laboral.

IP-10.1.2. Junto con SEDES y municipios, educación, y trabajo, difundir el plan de acción para su implantación en todo el territorio, hasta fin de 2022.

IP-10.1.3. Para primer trimestre de 2022 se habrá establecido el mecanismo de asesoramiento en elaboración de programas y su evaluación para salud pública, profesionales de primer nivel de salud, CSMC e higiene y seguridad ocupacional, y descentralizado en SEDES y municipios.

IP-10.1.4. Todos los programas y acciones se habrán elaborado desde perspectiva de género, basados en la evidencia en prevención y evaluación de programas preventivos para final de 2024.

- **De resultado:**

IR- 10.1.1 Disminución, en al menos 3 puntos para 2024 de consumo de riesgo en adolescentes y jóvenes y población general, de diferentes drogas y alcohol y tabaco según línea base de encuestas de consumo anteriores.

IR-10.1.2. Disminución, para final 2026 del número de admisiones a tratamiento de trastornos de salud mental infanto juvenil y en adultos, según línea base.

IR-10.1.3. Disminución en al menos 3 puntos, para 2025, del consumo de riesgo observado en entornos laborales por trabajadores, conforme a datos de consumo de drogas y alcohol en medio laboral. Así como, los fallecidos en el trabajo donde está implicado el consumo de sustancias conforme a registros de trabajo según datos de Instituto de investigaciones forenses de Bolivia.

IR-10.1.4. Incremento de la habilidad percibida por los profesionales encargados de la promoción y prevención en los ámbitos señalados antes, conforme encuesta, para implementar programas y evaluarlos.

IR-10.1.5. Incremento del número de programas de prevención de la salud mental y adicciones puestos en marcha, respecto a la línea base del ministerio de salud, educación y trabajo. Medido en 2023 y 2027.

IR-10.1.6. Incremento del conocimiento práctico por encuesta de valoración, para aplicar en los programas preventivos la perspectiva de género, basados en la evidencia y con evaluación. Medido en 2022 y en 2024.

7.5.2. LÍNEA ESTRATÉGICA 11. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11.1.- Mejorar la detección e intervención breve de las personas con trastornos de salud mental y adicciones.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11.2.- Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11.3.- Favorecer la atención psicológica a los trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y somatizaciones, en los Centros de primer nivel de salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11.4.- Mejorar la salud física de pacientes con TMG y adicciones mediante programas específicos para dicha población.

7.5.3. LINEA ESTRATEGICA 12: DE LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES CON ENFOQUE COMUNITARIO

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12.1

Articular la atención en salud mental comunitaria como eje del sistema general de atención de la salud mental y adicciones.

JUSTIFICACION

Los sistemas de atención en salud mental se deben articular alrededor de la atención comunitaria. Como en cualquier otra patología de la salud, una atención en primer nivel es esencial para mejorar la salud de

la comunidad, prevenir, actuar cribando los problemas de salud y atender de modo cercano e inmediato. En la salud mental pasa lo mismo: la salud mental está presente desde el primer nivel de salud general, y debe atenderse con cercanía a la comunidad e interviniendo sobre los determinantes que hacen enfermar la salud mental y por uso de sustancias psicoactivas.

Bolivia continúa mantenido un sistema de atención de la salud mental hospital-céntrico lo que hace que la atención solo se lleve a cabo en el tercer nivel de salud. El sistema de atención no es en muchos casos público y hay problemas con la disponibilidad de psicofármacos.

Por todo ello, es casi un imperativo crear un sistema público cercano al primer nivel de salud general y con enfoque comunitario y centrado en el género y la vulnerabilidad.

ACCIONES

12.1.1. Creación de los Centros de atención en salud mental y adicciones para una atención integral cercana a la comunidad y con enfoque para todo el ciclo de la vida; en el primer nivel de salud general.

Horizonte temporal: Para el segundo semestre de 2021 estarán en funcionamiento al menos 10 centros de salud mental en municipios de todo el país, conforme a criterios de priorización establecidos. Para final de 2023 se habrá cubierto el 80% de territorio con atención en salud mental pública y cercana a la comunidad. Para 2028 se habrá conseguido un 100% de coberturas.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Viceministerio de presupuesto y contabilidad fiscal.

Estimación de costes: Gasto anual de ítems a razón de cuatro profesionales por centro (psiquiatra, psicólogo, enfermera y trabajador social). Gastos de equipamiento mobiliario e informático, y otros gastos varios para funcionamiento. Gastos de realización de capacitaciones, gastos de desplazamiento y reuniones en territorio.

INDICADORES

- **de proceso:**

IP- 12.1.1. Para segundo semestre de 2021 se habrán constituido al menos 10 centros de salud mental con su ubicación física en los municipios priorizados, y los ítems correspondientes. Para final de 2023 se habrá cubierto el 80% de territorio con atención en salud mental pública y cercana a la comunidad. Para 2028 se habrá conseguido un 100% de coberturas.

IP- 12.1.2. Durante el segundo semestre de 2021, se habrá capacitado todo personal que ha sido seleccionado para trabajar en los CSMC.

IP- 12.1.3. Durante el primer semestre de 2021, se habrá acordado con los municipios y gobernaciones el Marco de funcionamiento de los CSMC, y la sostenibilidad financiera de los mismos a medio y largo plazo.

- **de resultado:**

IR- 12.1.1. Se habrá disminuido en un 15% el número de atenciones hospitalarias por problemas de salud mental y adicciones tras el primer año de funcionamiento de los CSMC según línea base.

IR- 12.1.2. En el primer año de funcionamiento de los CSMC estarán en funcionamiento todos los programas de intervención establecidos en la cartera de servicios de este nivel de atención.

IR- 12.1.3. Los profesionales de los CSMC se sentirán capacitados para trabajar en este nivel de atención, medido por encuesta de opinión post capacitación.

IR- 12.1.4. Las Gobernaciones y Municipios valorará con una alta satisfacción la implantación de los CSMC en su territorio y los acuerdos alcanzados para el funcionamiento de los mismos, medido en escala de satisfacción elaborada al efecto.

OBJETIVO ESTRATEGICO 12.2

Impulsar el sistema de información sobre la atención de la salud mental y adicciones a la para que los CSMC, con el fin de monitorear la actividad de los mismos y evaluar su funcionamiento

JUSTIFICACION

El desarrollo del sistema de información que se propone tiene la virtud de incardinarse dentro del desarrollo de la salud mental comunitaria, y la creación de dispositivos públicos de atención a este nivel, que son inexistentes en Bolivia.

Esto presenta dos grandes ventajas; por un lado, el diseño del sistema de información se sustenta sobre las funciones específicas del servicio y de la gestión de los recursos comunitarios. La mejor manera de optimizar los sistemas de información y la forma en que se usan es centrándose en mejorar el sistema de gestión y los procesos en los que se va a emplear la información.

De hecho, la propuesta de indicadores que se hace tiene en cuenta un nivel de atención para la salud mental y adicciones que se denomina CSMC, que se va a ubicar dentro del primer nivel de atención en salud, pero en un segundo escalón de atención específica de salud mental y adicciones.

El actual funcionamiento del SNIS-VE en el que se apoya el sistema de información, está basado en un modelo de registros administrativos, ha sido una experiencia desarrollada por más de veinte años, tiempo en que se ha institucionalizado, aplicado y expandido, obteniendo resultados enfocados en las líneas sobre las cuales se ha construido el modelo.

El sistema actual presenta deficiencias en la respuesta a las necesidades emergentes de información debido a la estructura, procesos y flujos instituidos, no permitiendo la generación de datos, información e indicadores con la oportunidad, congruencia y consistencia a sus diferentes usuarios para el análisis de la

situación de salud de las personas y la toma de acciones de planificación de la política de salud y la de salud mental y adicciones en concreto. Siendo conscientes de las limitaciones de SNIS-VE en este aspecto, la propuesta del sistema de información de salud mental y adicciones se ha valorado la más adecuada para un medio largo plazo de los sistemas de información.

El Sistema Único de Información en Salud (SUIS), es la propuesta del Ministerio de salud para resolver este problema y se trabaja en ello. El SUIS es la articulación e interoperabilidad de los diferentes subsistemas de información, determinado por elementos de información necesarios, relevantes, únicos y pertinentes del sector salud (público, seguridad social, privado y otros) en todos sus niveles de atención y gestión. De este modo en lo referido a la salud mental y adicciones se podrá conocer la información de un paciente en todos los niveles de atención que hay tenido, y poder así gestionar mejor su atención. Se trata de la historia clínica única para todo el sistema.

ACCIONES

12.2.1. Constituir un grupo de trabajo de salud mental con los técnicos del SNIS-VE y SUIS con el fin de definir los parámetros del sistema de información de salud mental y adicciones y gestionar la puesta en funcionamiento de este.

Horizonte temporal: Para primer semestre de 2021 debe estar constituido el grupo de trabajo y se habrá definido los parámetros a incluir en el sistema unificado de información sanitaria.
Agentes implicados: Ministerio de salud, Sistemas de información de SEDES departamentales. Municipios. SNIS-VE del Ministerio de salud y técnicos de SUIS.
Estimación de costes: Gastos de reuniones del grupo de trabajo, trabajo técnico de definición de variables, Gastos por desplazamientos territoriales.

12.2.2. Capacitación a nodos del sistema de información de salud y los profesionales de los CSMC que hará el registro de datos y la grabación de los mismos.
Horizonte temporal: Para el tercer trimestre de 2021 debe estar realizada la capacitación para los encargados del sistema de información en salud mental y adicciones.
Agentes implicados: Ministerio de salud, Sistemas de información de SEDES departamentales. Municipios. SNIS-VE del Ministerio de salud y técnicos de SUIS.
Estimación de costes: Gastos de reuniones del grupo de trabajo, trabajo técnico de capacitaciones, Gastos por desplazamientos territoriales.

12.2.3. Equipamiento de software a los centros de salud mental para el registro de datos y puesta en marcha del sistema para el tercer trimestre de 2021.

Horizonte temporal: Para tercer trimestre de 2021 debe estar en marcha el sistema de información en salud mental y adicciones.

Agentes implicados: Ministerio de salud, Sistemas de información de SEDES departamentales. Municipios. SNIS-VE del Ministerio de salud y técnicos de SUIS. Profesionales que hará el registro de datos y la grabación de los mismos en el sistema.
Estimación de costes: Gastos de reuniones del grupo de trabajo, trabajo técnico adquisición e instalación de software, Gastos por desplazamientos territoriales.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-12.2.1. En el segundo semestre de 2021 estará en funcionamiento un registro de actividad de los CSMC mensual de las variables de actividad asistencial.
IP- 12.2.2. Para el segundo semestre de 2021, estará en funcionamiento un reporte mensual de casos atendidos, diagnósticos y variables asociadas.

- **De resultado:**

IR- 12.2.1. Para final de 2022, se dispondrá de la línea base a lo largo del primer año en las variables establecidas sobre actividad de los CSMC.
IR- 12.2.2. Para final de 2022, se dispondrá al final del año la línea base de casos y diagnósticos y sus variables asociadas.

OBJETIVO ESTRATEGICO 12.3

Definir en conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Prevención y Tratamiento de la salud Mental y Adicciones y con el fin de asegurar la equidad de la atención en todos los niveles de atención y en el todo el territorio.

JUSTIFICACION

Si hay un elemento esencial para que funciones un sistema de prevención y atención de las adicciones y la salud mental es una buena organización de los recursos disponibles a todos los niveles y conforme a la responsabilidad establecida para cada uno de ellos. El otro pilar básico para que sea una prestación pública de calidad, accesible y equitativa para todos, es la calidad de los servicios en un sentido amplio
En el sistema de atención y tratamiento de adicciones y salud mental, la organización y la calidad se entienden como una serie de procesos que deben cumplir los servicios que se prestan para asegurar dichas prestaciones.

La **cartera de servicios comunes del Sistema de Prevención y tratamiento de salud mental y adicciones** dentro del Sistema Único de Salud en salud mental y adicciones es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el

conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones en salud mental y adicciones.

ACCIONES

12.3.1. Redactar y aprobar la cartera de servicios del Sistema de Atención y Tratamiento de la Salud Mental y Adicciones.

Horizonte temporal: redacción y aprobación de la normativa para segundo semestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud.
Estimación de costes: Redacción de la normativa coordinación con los actores implicados. Gastos de elaboración técnica de la cartera de servicios. Gastos por desplazamientos territoriales.

12.3.2. Capacitar a los diferentes niveles de atención en salud mental y los gobiernos departamentales y municipios y sobre la cartera de servicios de salud mental y adicciones.

Horizonte temporal: Capacitaciones finalizadas para el primer trimestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud (todo los niveles) SEDES departamentales. Municipios.
Estimación de costes: Gastos de capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

12.3.3. Constitución de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, para la gestión de los procedimientos de cartera de servicios, calidad y acreditación de los centros que atienden salud mental y adicciones.

Horizonte temporal: Constitución de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, para primer semestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios.
Estimación de costes: Redacción de la normativa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos por desplazamientos territoriales.

INDICADORES

- **De proceso**:

IP- 12.3.1. Para segundo semestre de 2022 estará redactada y aprobada la normativa de cartera de servicios del sistema de atención y tratamiento de la salud mental y adicciones.

IP- 12.3.2. Para segundo semestre de 2022 estarán realizadas las capacitaciones de gobiernos departamentales, municipios, CSMC, primer nivel de salud, recursos de salud mental y adiciones de segundo nivel y tercer nivel.

IP- 12.3.3. Para primer semestre de 2022 se habrá constituido la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, y se habrá aprobado su régimen de funcionamiento.

- **De resultado:**

IR- 12.3.1. Para final de 2023, se habrá cumplido la aplicación de la cartera de servicios en un 100% de los centros auditados en su cumplimiento.
IR- 12.3.2. Para final de 2023 se habrá incrementado la satisfacción de los usuarios respecto a encuesta de satisfacción de 2021 sobre la calidad de la atención percibida.

IR- 12.3.3. Para final de 2023 se habrá incrementado la satisfacción de los profesionales sobre la calidad de la atención en respecto a línea base de satisfacción en 2021.

OBJETIVO ESTRATEGICO 12.4

Asegurar los niveles de calidad mínimos exigibles para una adecuada intervención preventiva, asistencial y rehabilitadora y de reinserción mediante un proceso de acreditación.

JUSTIFICACION

El pilar básico para que sea una prestación pública de calidad, accesible y equitativa para todos, es la calidad de los servicios en un sentido amplio, y en particular lo referido a que los centros y servicios tengan cumplimiento continuo de los requisitos mínimos exigibles para poder estar en funcionamiento, y no sólo eso, sino los requisitos técnicos deseables para poder recibir un estatus de acreditado y por ello poder ser susceptible de convenir con las administraciones públicas.
La **acreditación como centro o programa específico de asistencia a las adicciones y salud mental** supone el reconocimiento, por parte de la administración competente en materia de adicciones y salud mental, del cumplimiento de los requisitos que se establezcan y se regulen por normativa al efecto y, resultado de ello, se reconoce una calidad mínima exigible en la prevención y tratamiento de las personas afectadas por problemas salud mental y uso de sustancias psicoactivas.

ACCIONES

12.4.1. Implementar el procedimiento acreditación de la calidad de los centros y servicios de salud mental y adicciones, mediante la redacción y aprobación de la normativa al efecto y capacitación de los diferentes niveles de salud y de gobiernos departamentales y municipales

Horizonte temporal: redacción y aprobación de la normativa para segundo semestre de 2022. Capacitaciones finalizadas en segundo semestre de 2022. Difusión realizada a final de segundo semestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios.
Estimación de costes: Redacción de la normativa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

INDICADORES

- **De proceso:**

IR- 12.4.1. Para final de 2022 estará redactada y aprobada la normativa de acreditación de servicios de salud mental y adicciones.

IP- 12.4.2. Para final de primer semestre de 2022 estarán realizadas las capacitaciones de gobiernos departamentales, municipios, CSMC, primer nivel de salud, recursos de salud mental y adiciones de segundo nivel y tercer nivel.

IP- 12.4.3. Para final de primer semestre de 2022 estará distribuido el documento de acreditación de servicios en todos los centros y dispositivos de salud mental y adicciones.

- **De resultado:**

IR- 12.4.1. Para final de 2024, habrán obtenido la acreditación de servicios en un 90% de los centros y servicios de salud mental y adicciones. Para 2026 será de un 100%.

IR- 12.4.2. Para final de 2024 se habrá incrementado la satisfacción de los usuarios respecto a línea base de encuesta en 2021, sobre la calidad de la atención percibida.

IR- 12.4.3. Para final de 2024 se habrá incrementado la satisfacción de los profesionales de salud mental y adicciones respecto a línea base de satisfacción en 2021, sobre la calidad de tratamientos y servicios.

OBJETIVO ESTRATEGICO 12.5

Asegurar una adecuada continuidad en los tratamientos, de forma que se trabaje en redes comunitarias y entre niveles de atención en salud mental y adicciones.

JUSTIFICACIÓN

Establecer criterios de derivación de unos niveles a otros en salud mental y adicciones es una tarea que se debe realizar en conjunto entre los profesionales de cada dispositivo y nivel de atención.
Se deben establecer los casos en que se puede remitir un paciente a un tratamiento específico, unas pruebas diagnósticas, un régimen de tratamiento más intensivos, entre otros motivos de derivación.
En el sistema de atención y tratamiento de adicciones, la organización y la calidad se entienden como una serie de procesos que deben cumplir los servicios que se prestan para asegurar dichas prestaciones. Entre ellos están los protocolos de referencia y contrarreferencia.
Los **protocolos de referencia y contrarreferencia** entre dispositivos y niveles de atención permiten ordenar y regular la continuidad de tratamientos dentro del sistema. La mejora de la calidad de modo continuado de la atención en salud mental, asegurando la adecuada coordinación entre niveles, es la única forma de prestar las mejores intervenciones preventivas, de tratamiento y de rehabilitación y reinserción.

ACCIONES

12.5.1. Implementar los protocolos de referencia y contrarreferencia para todo el Sistema de Prevención y Tratamiento de la salud mental y adicciones, mediante su redacción, aprobación, difusión y capacitación de los diferentes niveles de salud y los gobiernos departamentales y municipales.

Horizonte temporal: redacción y aprobación de la normativa para segundo semestre de 2022. Capacitaciones finalizadas en segundo semestre de 2022. Difusión realizada para segundo semestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud en todos los niveles, SEDES departamentales. Municipios.
Estimación de costes: Redacción de la normativa por parte de Salud pública en coordinación con los actores implicados. Gastos de capacitación en pago de ponentes. Gastos por desplazamientos territoriales.

INDICADORES

- **De proceso:**

IR- 12.5.1. Para primer semestre de 2022 estarán redactados los protocolos de referencia y contrarreferencia de todos los centros y servicios de salud mental y adicciones.

IP- 12.5.2. Para primer semestre de 2022 estarán realizadas las capacitaciones sobre los protocolos de referencia y contrarreferencia, de gobiernos departamentales, municipios, CSMC, primer nivel de salud, recursos de salud mental y adiciones de segundo nivel y tercer nivel. Y centros y recursos públicos y privados concertados.

IP- 12.5.3. Para último semestre de 2022 estará distribuido el documento de los protocolos de referencia y contrarreferencia de servicios en todos los centros y dispositivos de salud mental y adicciones.

- **De resultado:**

IR- 12.5.1. Para mitad de 2024, habrán aplicado los protocolos de protocolos de referencia y contrarreferencia en un 100% de los casos según auditoria al efecto.

IR- 12.5.2. Para final de 2023 se habrá incrementado la satisfacción de los usuarios respecto a línea base de encuesta en 2021, sobre la calidad de la atención percibida respecto a la continuidad de cuidados.

IR- 12.5.3. Para final de 2023 se habrá incrementado la satisfacción de los profesionales respecto a línea base de satisfacción en 2021, sobre la continuidad de cuidados.

OBJETIVO ESTRATEGICO 12.6

Reforzar la atención de salud mental y adicciones en dispositivos y programas comunitarios intermedios de rehabilitación y reinserción

JUSTIFICACION

Actualmente no hay recursos intermedios comunitarios para la atención de la salud mental en Bolivia, por ello es un objetivo prioritario a medio largo plazo que se vaya cubriendo esta necesidad. La variedad de estos dispositivos de atención en amplia y se requiere una propuesta que tenga en cuenta las necesidades de Bolivia en este sentido.
Según la validación con profesionales del sector y según los objetivos estratégicos del ministerio de Salud se precisan los siguientes recursos:
- **Piso protegidos y supervisados para salud mental** (aquí incluimos dos modalidades: los de salud mental y los específicos para adicciones (alcohol y otras drogas). Consiste en: un servicio residencial prestado en una vivienda normalizada, donde la dinámica de relación y convivencia es de tipo familiar, que ofrece atención integral a las necesidades básicas y sociosanitarias para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la integración y participación social.
- **Centro Día de Rehabilitación Psicosocial.** Consiste en: una atención en régimen de hospitalización parcial de atención diaria, con apertura del servicio once meses al año, todos los días laborables de lunes a viernes, con horario de atención de 8 horas diarias. Focalizado en programas de rehabilitación y reinserción psico social.

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

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

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

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

ACCIONES

12.6.1. Se realizará un informe de necesidades y costes en materia de recursos de salud mental y de adicciones (recursos intermedios, de hospitalización de segundo y tercer nivel) consensuado con asociaciones de la sociedad civil de afectados y familiares, para establecer la priorización de la implantación de estos servicios.

Horizonte temporal: Último semestre de 2022.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios, sociedad civil.
Estimación de costes: Realización del informe de necesidades por un técnico o un grupo de expertos. Gastos de reuniones de coordinación.

12.6.2. Constituir los servicios que se determinen en función de las necesidades detectadas y en coordinación con los CSMC y los recursos de segundo y tercer nivel ya existentes. Estableciéndose los criterios de referencia y contrarreferencia desde los CSMC y los servicios de tercer nivel.
Horizonte temporal: Segundo semestre de 2024 se habrá creado al memos un servicio intermedio de los referidos más arriba con sus criterios de referencia y contrarreferencia. Para final de 2026 se habrá completado la apertura de servicios del mapa de recursos comunitarios de salud mental y adicciones en las ciudades más vulnerables y/o de mayor población. Para final de 2028, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichos servicios.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio competente en materia de presupuesto y personal.
Estimación de costes: Los correspondientes a la inversión anual en alquileres, ítems para cada servicio, equipamiento mobiliario e informático (software y hardware). Gastos de reuniones de coordinación.

12.6.3. Previo a su apertura se habrá establecido por parte de la Comisión de prestaciones, asesoramiento y financiación, la cartera de servicios y los criterios de acreditación de dichos servicios.

Horizonte temporal: Último semestre de 2024.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio competente en prestaciones de salud y normas técnicas.
Estimación de costes: Realización del informe de cartera de servicios y otro de criterios de acreditación de los servicios por un técnico o un grupo de expertos. Gastos de reuniones de coordinación. Gastos de capacitación.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP- 12.6.1. Para segundo semestre de 2024 estará redactado el informe de necesidades en materia de salud mental y adicciones, y consensuado con la sociedad civil.

IP- 12.6.2. Para el segundo semestre de 2024 se habrá creado al memos un servicio intermedio. Y con sus criterios de referencia y contrarreferencia, su cartera de servicios y los criterios de acreditación oportunos, ya establecidos para ser capacitados los profesionales.

IP- 12.6.3. Para final de 2026 se completado la apertura de servicios
del mapa de recursos comunitarios intermedios de salud mental y adicciones en las ciudades más vulnerables y/o de mayor población.

IP- 12.6.4. Para final de 2028, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichos servicios.

- **De resultado:**

IR- 12.6.1. Para final de 2022 existirá una línea base de casos atendidos en los servicios intermedios, y habrá una línea base de actividad de estos**.**

IR- 12.6.2. Para 2024 se habrán reducido las recaídas que llegan a los CSMC respecto a línea base de 2021-2022.

IR- 12.6.3. Para 2024 se habrá reducido las cifras de ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica respecto a línea base de 2021-2022.

IR- 12.6.4. Para 2022 el 100% de los servicios activos estarán acreditados, dispondrán de su cartera de servicios y dispondrán de sus criterios y procedimientos de referencia y contrarreferencia.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 12.7

Reforzar la unidades de psiquiatría (de adultos e infanto juvenil) en hospital general, así como los hospitales de segundo nivel de atención en salud mental y adicciones, y la atención de tercer nivel de adicciones y alcohol.

JUSTIFICACION

La carencia de hospitales públicos de baja resolución que apoye a los hospitales de tercer nivel en salud mental y adicciones es un déficit actual en Bolivia. Del mismo modo, es importante que la atención psiquiátrica no esté fuera de la salud general, sino que esté integrada en los hospitales como una especialidad más.

Por ello se propone el reforzamiento en dos aspectos: el primero crear unidades de psiquiatría en hospitales de segundo nivel que permita resolver muchos casos que acuden a hospitales de tercer nivel cuando pueden ser resueltos en niveles de menor resolución. Y, por otro lado, crear más unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y mejorar la existentes, para conseguir una calidad asistencial aceptable.

Por otro lado, en lo referido a centros de internamiento de larga estancia para adicciones a sustancias psicoactivas, si bien se cuenta con servicios de este tipo, son de carácter privado la mayor parte de ellos, lo que supone un problema de acceso a personas sin recursos. De aquí que se proponga disponer al menos de un centro de este tipo público con programas basados en la evidencia den tratamiento de adicciones.

-Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) se entienden como:

Integradas en Hospitales Generales, para tratamiento en régimen de ingreso de 24 horas, y estancias cortas de pacientes con enfermedad mental grave en fase aguda y desintoxicaciones de alcohol y otras drogas. Incorporan la atención de Urgencias de Psiquiatría las 24 h. del día en los servicios de Urgencias del Hospital General de referencia. Realizan programas de Interconsulta y Psiquiatría de enlace con otros Servicios del Hospital de referencia.

Se accede mediante derivación desde otros dispositivos sanitarios de sistema de atención y tratamiento de salud mental y adicciones o desde el Servicio de Urgencias Hospitalaria.

-La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ) se entiende como:

Unidad específica de atención infanto juvenil, integrada en hospital general igualmente. El acceso se realiza desde el resto de los programas y/o dispositivos de salud mental infanto-juvenil o desde Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias.

-Centro de Internamiento de larga estancia para adicciones a sustancias psicoactivas, se entienden como:
Programas de tratamiento de adicciones en régimen cerrado, con objetivos de reconstrucción personal y social, y programas de preparación para el alta e itinerarios individualizados de reinserción.
En régimen penitenciario se entiende con los mismos objetivos.

ACCIONES

12.7.1. Se creará o en su caso se mejorará la atención de segundo nivel de salud mental y adicciones mediante la creación de unidades de internamiento de baja resolución o en su caso dotar de medios y nuevos programas a las ya existentes. Con atención específica infanto juvenil.
Horizonte temporal: Segundo semestre de 2024 se habrá creado o mejorado al memos cuarto unidades de internamiento en segundo nivel de salud. Para final de 2026 se habrá completado la apertura o mejora de unidades de este tipo según el estudio de necesidades de salud mental y adicciones en las ciudades más vulnerables y/o de mayor población. Para final de 2028, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichas unidades.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio competente en materia de presupuesto y personal.
Estimación de costes: Los correspondientes a la inversión anual en alquileres, ítems para cada unidad, equipamiento mobiliario e informático (software y hardware). Gastos de reuniones de coordinación.

12.7.2. Se creará o en su caso, se mejorarán las unidades de atención psiquiátrica en hospitales generales, incluida la atención infanto juvenil.

Horizonte temporal: Segundo semestre de 2024 se habrá creado o mejorado al memos cuarto unidades de atención psiquiátrica en hospitales generales. Para final de 2026 se habrá completado la apertura o mejora de unidades de este tipo según el estudio de necesidades de salud mental y adicciones en las ciudades más vulnerables y/o de mayor población. Para final de 2028, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichas unidades.
Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio competente en materia de presupuesto y personal.
Estimación de costes: Los correspondientes a la inversión anual en alquileres, ítems para cada unidad, equipamiento mobiliario e informático (software y hardware). Gastos de reuniones de coordinación.

12.7.3. Se creará un Centro público de Internamiento de larga estancia para adicciones a sustancias psicoactivas, que será de apoyo a los CSMC en el caso de problemas de adicciones.

Horizonte temporal: Para final de 2024 se habrá abierto un Centro de Internamiento y estará en pleno funcionamiento. Para final de 2027, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichos centros públicos.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales. Municipios. Ministerio competente en materia de presupuesto y personal.
Estimación de costes: Los correspondientes a la inversión anual en alquileres, ítems para cada unidad, equipamiento mobiliario e informático (software y hardware). Gastos de reuniones de coordinación.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP- 12.7.1. Para el segundo semestre de 2024 se habrán creado o mejorado al memos cuarto unidades de internamiento en segundo nivel de salud., con sus protocolos de referencia y contrarrefencia, su cartera de servicios y los criterios de acreditación.
IP- 12.7.2. Para final de 2026 se habrá completado la apertura o mejora de unidades de este tipo según el estudio de necesidades de salud mental y adicciones, en las ciudades más vulnerables y/o de mayor población.
IP- 12.7.3. Para final de 2028, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichas unidades.
IP- 12.7.4. Segundo semestre de 2024 se habrá creado o mejorado al memos cuarto unidades de atención psiquiátrica en hospitales generales, con sus protocolos de referencia y contrarreferencia, su cartera de servicios y sus criterios de acreditación.
IP- 12.7.5. Para final de 2026 se habrá completado la apertura o mejora de unidades de este tipo según el estudio de necesidades de salud mental y adicciones en las ciudades más vulnerables y/o de mayor población.
IP- 12.7.5. Para final de 2028, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichas unidades.
IP- 12.7.6. Para final de 2024 se habrá abierto un Centro de Internamiento y estará en pleno funcionamiento, con sus protocolos de referencia y contrarreferencia, su cartera de servicios y sus criterios de acreditación.
IP- 12.7.7. Para final de 2027, habrá cobertura en el 100% de territorio para el acceso a dichos centros públicos.

- **De resultado:**

IR- 12.7.1. Para final de 2025 existirá una línea base de casos atendidos en unidades de atención psiquiátrica de segundo nivel y habrá una línea base de actividad de estas unidades.
IR- 12.7.2. Para 2027 se habrán reducido las recaídas que llegan a los CSMC respecto a línea base de 2025.
IR- 12.6.3. Para 2026 se habrá reducido las cifras de ingresos en unidades de hospitalización psiquiátrica de tercer nivel respecto a línea base de 2023.
IR- 12.6.4. Para 2026 el 100% de las unidades de psiquiatría de hospital general y de segundo nivel de atención activos estarán acreditados, dispondrán de su cartera de servicios y dispondrán de sus criterios y procedimientos de referencia y contrarreferencia.

[PROPUESTA DE OTROS OBJETIVOS EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL:

- Reforzar la atención hospitalaria en salud mental a niños y adolescentes. [creación de Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría para niños y adolescentes y Unidad de Media Estancia (UME) para Adolescentes con Trastorno Mental Grave]

- Poner en marcha una atención comunitaria de salud mental de niños y adolescentes con especial interés en situaciones de vulnerabilidad psicosocial familiar y comunitaria. [puesta en marcha de programas de atención en centros de salud mental comunitarios]

5- Reforzar la atención a la salud mental perinatal y en primera infancia (0-3) mediante capacitaciones de en pediatría, preparación para el parto, y primer nivel de salud.

- Mejorar la coordinación con otros recursos sanitarios e instituciones implicadas en la atención a la infancia (Defensorías, SLIMS, SEDES, SEDEGES)**]**

7.5.4. LÍNEA ESTRATÉGICA 13. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS).

OBJETIVO ESTRATÉGICO 13.1.- Detección e intervención temprana de las personas con trastornos adictivos en primer nivel de salud.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.2.- Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre primer nivel de salud, y el programa de Salud mental y adicciones.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.3.- Mejorar la atención a las personas con Adicciones a través de la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.4.- Desarrollar la atención de base comunitaria para la intervención sobre factores de riesgo, en coordinación con los servicios de salud mental comunitarios.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.5.- Implementar programas de prevención de adicciones en el medio escolar en todo el ciclo vital, en el medio comunitario y familiar y el medio laboral.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.6.- Implementar programas de reducción de daños por consumo de drogas entre poblaciones específicas de alto riesgo.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5.7.- Desarrollar la normas técnicas, y de la cartera de servicios y de acreditación de los centros y programas de atención para personas con problemas de drogas.

7.6. META 5: UN SISTEMA DE CUIDADOS DE CALIDAD PARA LOS CUIDADANOS

7.6.1. LINEA ESTRATÉGICA 14: CALIDAD DE LA ATENCION, FORMACION E INVESTIGACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 14.1

Asegurar una adecuada calidad científico-técnica de la atención de los programas de prevención, y centros y servicios de salud mental y adicciones.

JUSTIFICACION

El hecho de que los centros y dispositivos de atención en Bolivia sea en su mayoría privados, y en un estatus diferente respecto a la atención de otras patologías físicas, ha generado que no se contemple en las normas de habilitación, certificación y acreditación este tipo de recursos para la salud mental y las adicciones. Por ello es esencial, trabajar en la incorporación de los centros y servicios de atención de las adicciones y la salud mental en los procedimientos administrativos existentes del habilitación, categorización y acreditación.

Conforme se ha puesto de manifiesto en economía de la desigualdad y el desarrollo, es preciso generar una investigación aplicada sobre las prácticas y programas de prevención, tratamiento y reinserción, desde un enfoque cuasi experimental. A través de una programación de investigaciones sobre el terreno que nos permita identificar que practicas son exitosas y eficientes, podremos creas un ciclo continuo de mejora de la calidad y un ahorro de costes.

Por otro lado, no hay una estimación de la prevalencia poblacional de los trastornos de salud mental más relevantes, por lo que es preciso elaborar un estudio ad hoc. Del mismo modo, para las adicciones que se deben complementar los estudios cuantitativos con cualitativos para enriquecer los resultados.

ACCIONES

14.1.1.- **Incorporar en todos los centros y servicios, la habilitación y acreditación de centros y servicios de atención de salud mental y adicciones en los tres niveles de atención.**

Horizonte temporal: primera fase final de 2022. Redacción y aprobación de la normativa para final de 2023. Capacitaciones finalizadas en primer semestre de 2023. Difusión realizada a final de primer semestre de 2023. Segunda fase final 2024.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.
Estimación de costes: Trabajo técnico de adaptación de los reglamentos ya existentes, reuniones de coordinación, edición de las nuevas normal y su aprobación. Difusión por todo el país de las normas y capacitaciones para su gestión.

14.1.2.- Puesta en marcha de un procedimiento de control y evaluación periódica de los programas y las practicas que se realizan en los centros y servicios de atención a las adicciones y la salud mental, para poder evaluar la calidad científico-técnica de las prestaciones y servicios en prevención y tratamiento.

Horizonte temporal: final 2023.
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, municipios.
Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-14.1.1.- Existencia de un documento de normativa y reglamento de habilitación y acreditación de centros y servicios de atención a la salud mental y adicciones en los tres niveles para final de 2023.
IP-14.1.2.- Existencia de un procedimiento de solicitud y gestión para dichos actos administrativos en cada una de los SEDES departamentales para final de 2023.
IP-14.1.3.- Para final de 2024 estarán habilitados y acreditados un 50% de los centros públicos y privados de atención a las adicciones y la salud mental. Segunda fase acreditados un 80% final 2026.
IP-14.1.4.- Existencia de un documento de control de la calidad en los distintos niveles y servicios de salud mental y adicciones, que establezca un procedimiento de control de aplicación de las buenas prácticas en clínica y prevención. Final 2026.
IP-14.1.5.- Elaboración de una estrategia de territorialización del control de la calidad. Final 2023.
IP-14.1.6.- Elaboración de una guía de buenas prácticas basadas en la evidencia para los trastornos más prevalentes en los CSMC, centros de internamiento de larga duración sobre adicciones, y resto de dispositivos a atención en los tres niveles. Final 2024.

- **De resultado:**

IR-14.1.1.- Incremento de la calidad percibida de la atención en salud mental y adicciones en los centros públicos y privados medido en escalas de satisfacción, a los seis meses y al año de implantación de los procedimientos.
IR-14.1.2.- Aumento de la adherencia a los tratamientos de salud mental y/o adicciones, reducción de duración de ingresos hospitalarios, respecto a línea base previa a la implantación. A los seis meses y al año.

IR-14.1.3- Aumento de la satisfacción de los profesionales de salud mental y adicciones con el Sistema de calidad.

OBJETIVO ESTRATEGICO 14.2

Impulsar la investigación aplicada en prevención, tratamiento y reinserción para la mejora del coste eficacia de las intervenciones en Salud Mental y adicciones, dentro de un proceso de mejora continua de la calidad de las prestaciones.

JUSTIFICACIÓN

En este momento no hay estructuras de impulso y regulación de la investigación y los estudios que puedan ayudar a proveer las mejores prácticas de tratamiento y prevención. Un pilar fundamental es disponer de un órgano colegiado que impulse y controle la calidad de la prevención y la asistencia. Este órgano debe ocuparse de una función de mejora continuada de las buenas prácticas para que sean los más actuales posibles, eficaces y eficientes.

ACCIONES

14.2.1. Constituir una comisión de investigación de salud mental y adicciones, para los cometidos de control de la calidad de la prevención y la asistencia de Salud mental y adicciones, y elaboración del plan bianual de investigación en salud mental y adicciones.

Horizonte temporal: principios de 2023.
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación.
Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

14.2.2. Elaborar un plan bianual de investigación experimental aplicada, con enfoque territorial, comunitario y con perspectiva desarrollo, y con perspectiva de género, y grupos vulnerables.

Horizonte temporal: primer trimestre 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones. Academia.
Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

14.2.3. Establecer el procedimiento de norma interna para que los resultados de investigaciones sean trasladados a la práctica habitual de los centros y servicios.

Horizonte temporal: cuarto trimestre 2024.
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.
Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-14.2.1. Para primer semestre de 2023 estará constituida la Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.
IP-14.2.2. Para el primer trimestre de 2023 estará elaborado el plan bianual de investigación que contemple perspectivas de género y vulnerabilidad. Y así sucesivamente en los años, 2025 a 2027 de vigencia de este plan.
IP-14.2.3. Para final de 2024 se estará redactado y aprobado, y difundido entre los CSMC y otros niveles de atención un procedimiento interno de traslado de evidencia científica en prevención y tratamiento sobre salud metal y adicciones en la práctica clínica.

- **De resultado:**

IR-14.2.1. Para el final del periodo de vigencia del plan en 2028 estará incrementada la percepción de la calidad de la atención en salud mental y adicciones en un 50% según escala de medida, respecto a línea base de 2022-2023.

IR-14.2.2. Incremento en un 30% de la percepción de mejora de la calidad de la atención en salud mental y adicción por parte de los profesionales respecto a medición entre 2022 y 2026.

IR-14.2.3. Para el fin de 2026 el 80% de los profesionales estarán usando las directrices de actualización de las técnicas preventivas y terapéuticas.

OBJETIVO ESTRATEGICO 14.3

Conocer la aproximación de la epidemiologia de la Salud mental y las adicciones en Bolivia, mediante técnicas adecuadas de estimación.

JUSTIFICACION

En el momento actual no se dispone de un estudio epidemiológico de salud mental y de consumo de drogas de gran escala tanto en población general como en población escolar. Es una buena herramienta de tendencias a largo plazo de comportamientos de consumo y de trastornos más prevalentes en población general. Con ello es posible una planificación de servicios y de programas preventivos.

ACCIONES

14.3.1. Realizar un estudio epidemiológico sobre salud mental y adicciones en Bolivia con validez de estimación Territorial por departamentos y áreas de especial vulnerabilidad.

Horizonte temporal: primer semestre de 2023.
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.
Estimación de costes: de elaboración en implementación del estudio por parte del equipo investigador. Gastos de análisis de datos y su difusión.

14.3.2. Realizar estudios con sobre metodologías cualitativas en intervenciones de base comunitaria, y estudios para conductas de consumo poco prevalentes que complemente los estudios cuantitativos.

Horizonte temporal: último trimestre 2024 a fin de plan de acción 2028.
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.
Estimación de costes: de elaboración en implementación del estudio por parte del equipo investigador. Gastos de análisis de datos y su difusión.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-14.3.1. Para primer trimestre de 2023, estará elaborado de diseño de la investigación epidemiológica preparado para ser realizado.

IP-14.3.2. Para mitad de 2023 estará implementado el estudio epidemiológico y con los resultados y conclusiones cara a la planificación de la prevención y el tratamiento de salud mental y adicciones.
IP-14.3.3. Para final de 2024 se habrá realizado un estudio sobre la accesibilidad a los centros de tratamiento de poblaciones vulnerables y de la mujer con perspectiva de género.

- **De resultado:**

IR-14.3.1. Para final de 2026 se habrá mejorado la atención de la población de la salud mental y las adicciones, medida por la satisfacción de los usuarios respecto a mediciones de base en 2021-2022.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 14.4

Reforzar la investigación en adicciones y salud mental mediante alianzas con universidades y centros de investigación, y la administración pública y entidades privadas.

JUSTIFICACION

La investigación no se puede hacer de modo asilado y se requiere alianzas para el sostenimiento de la misma a largo plazo, y porque es en centros universitarios y otros donde disponen las mejores herramientas para ello. La colaboración de la administración sanitaria con la universidad y otros centros de estudios es actualmente limitada y sin una planificación a largo plazo.

ACCIONES

14.4.1. A través de la Comisión de investigación de Salud mental y adicciones, se promoverá una alianza con la Universidad en materia de investigación.

Horizonte temporal: primer trimestre de 2023
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.
Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para redacción de alianza. Costes de reuniones de coordinación. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

- **De proceso**

IP-14.4.1. Para primer trimestre de 2023 estará firmado el primero convenio con las universidades en materia de investigación.

IP-14.4.2. Para segundo semestre de 2023 se habrá diseñado el primer estudio al amparo del acuerdo entre Ministerio de Salud y Universidades.

- **De resultado:**

IR-14.4.1. Se habrá mejorado para 2025, la satisfacción de los profesionales con las iniciativas de investigación, según una línea base de medida en 2021-2022.

7.7. META 6: UNA SALUD MENTAL INCLUISVA DIVERSAS EN SUS ENFOQUES

7.7.1. LINEA ESTRATÉGICA 15: ENFOQUE MULTICULTURAL EN TODO EL SISTEMA DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES

OBJETIVO ESTRATEGICO 15.1

Promover la atención en salud mental y adicciones con enfoque multicultural desde la prevención, tratamiento y reinserción

JUSTIFICACIÓN

Bolivia está entre los países de la región que tiene una importante proporción de indígenas en su población. Según (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2013), el 29% de los jefes de hogar se identificaron con algún pueblo indígena, siendo la zona del altiplano la que concentra la mayor proporción de indígenas. En (Banco Mundial, 2015) se exponen las brechas persistentes en contra de la población indígena, en aspectos como el acceso a servicios básicos, niveles de educación e ingresos.

La OPS ha reportado que la población indígena es una población vulnerable a los trastornos de salud mental y adicciones, en temáticas como el suicidio y otros trastornos mentales graves; y problemas de abuso de alcohol. Los problemas derivados de la identidad con su pueblo, produce una desubicación respecto a los valores centrales de su pueblo, que pueden terminar en una mayor susceptibilidad de padecer problemas mentales y de adicciones. De aquí que la prevención tenga una especial relevancia para minimizar los factores de riesgo que predisponen a problemas de salud mental y adicciones.

Para los pueblos indígenas no existe un programa específico en la prevención, ni tampoco para el abordaje del tratamiento, rehabilitación y reinserción social. Existen programas dispersos dirigidos por instituciones y grupos cristianos, con un impacto relativo. Estos centros no cuentan con el apoyo de profesionales y se basan específicamente en su religión. Se requiere una capacitación continua a los voluntarios de estos centros, para que puedan ser acreditados por el Ministerio de Salud.

ACCIONES

15.1.1. Constituir un grupo de trabajo para la elaboración de un programa de promoción y prevención, tratamiento y reinserción de la salud mental y adicciones para población indígena, desde una perspectiva de multicultural.

Horizonte temporal: Debe estar constituida y en funcionamiento para final de 2022. Y el programa elaborado y listo para su puesta en marcha para final primer semestre de 2023.
Agentes implicados: Ministerio de salud, otros ministerios competentes en políticas indígenas. Representantes de las colectividades indígenas.
Estimación de costes: Reuniones de coordinación, redacción y edición del programa. Difusión por todo el país del programa.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP- 15.1.1. Para fin de 2022 se habrá hecho una constitución formal del grupo de trabajo para elaborar el programa.
IP- 15.1.2. Habrá un reglamento de trabajo del grupo con un cronograma para fin de 2022.
IP- 15.1.3. Para final del primer semestre de 2023, estará elaborado y puesto en marcha el programa en los servicios de salud mental y adicciones.

- **De resultado:**

IR-15.1.1. Satisfacción de los profesionales con la política de prevención y tratamiento sobre salud mental y adicciones con enfoque multicultural, en comparación con antes de disponer de programas.
IR-15.1.2. Disminución de la línea base de trastornos de salud mental y adicciones en población indígena, al año de implantación de los programas. (CEPAL-OPS, 2011)[15].
IR- 15.1.3. Incremento de la captación de personas indígenas con problemas de salud mental y/o adicciones en los programas, desde su puesta en marcha y al año de funcionamientos y sucesivamente.
IR- 15.1.4. Incremento de la satisfacción de la población diana indígena con el enfoque y la accesibilidad a los programas de promoción y prevención, los programas de tratamiento.

OBJETIVO ESTRATEGICO 15.2

Capacitar al personal de CSMC, y entidades colaboradoras en la prevención, tratamiento y rehabilitación/reinserción, en la perspectiva multicultural de la salud mental y adicciones

[15] Salud de la población joven indígena en américa latina: CEPAL-OPS, 2011

JUSTIFICACIÓN

Hay un déficit de formación para la atención de población indígena en abordaje de la salud mental y las adicciones desde una perspectiva multicultural. El conocimiento de los contextos sociales vinculados a una violencia estructural contra dichas poblaciones, y conocimiento de su cosmovisión son esenciales para un adecuado enfoque en la elaboración de programas terapéuticos y preventivos.

ACCIONES

15.2.1. Elaborar una propuesta formativa continuada para el personal de CSMC y entidades colaboradoras en intervenciones de promoción y prevención de la salud mental y adicciones con perspectiva multicultural, así como sobre programas de tratamiento y rehabilitación/reinserción.

Horizonte temporal: El tercer trimestre de 2023 la capacitación inicial, y bianual hasta 2027 habrá oferta formativa sobre enfoque multicultural en salud mental y adicciones según propuesta formativa continuada.
Agentes implicados: Ministerio de salud, otros ministerios competentes en políticas indígenas.
Estimación de costes: Reuniones de coordinación, redacción y edición del programa formativo. Difusión por todo el país del programa.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP- 15.2.1. Existencia de un documento de estrategia de programa formativo continuado aprobado para fin de segundo trimestre de 2023.
IP- 15.2.2. Para tercer trimestre de 2023, se habrá realizado la capacitación inicial sobre abordaje multicultural en salud mental y adicciones, para los CSMC y primer nivel de salud.

- **De resultado:**

IR-15.2.1. Satisfacción con la actividad formativa por parte de los profesionales formados, y percepción positiva de la capacidad de trabajar desde esta perspectiva.
IR-15.2.2. Mejora de la captación de personas indígenas con problemas de salud mental y adicciones, respecto línea base, al año de implantación de los programas. (CEPAL-OPS, 2011)[16].
IR-15.2.3. Incremento de la satisfacción de la población diana indígena con el enfoque y la accesibilidad a los programas de promoción y prevención, los programas de tratamiento.

[16] Salud de la población joven indígena en américa latina: CEPAL-OPS, 2011

7.8. META 7: POR UNOS NIÑOS Y JOVENES PRODUCTIVOS Y SANOS PARA CONSTRUIR EL FUTURO

7.8.1. LINEA ESTRATÉGICA 16: SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA ADOLESCENTES Y JOVENES EN SITUACION DE VULNERABILIDAD

OBJETIVO ESTRATEGICO 16.1

Intervenir integralmente con niños, adolescentes y jóvenes en salud mental y uso de drogas actuando sobre el riesgo y la vulnerabilidad desde una perspectiva comunitaria.

JUSTIFICACION

La problemática de la comisión de delitos menores como robos con o sin violencia en jóvenes, acompañado por un consumo de alcohol y drogas y conductas antisociales en el momento de cometer el delito es un problema que se puede atajar desde una perspectiva preventiva. Una buena parte de estos delitos podrían ser reconducidos hacia evitar la judicialización e implementar medidas de tratamiento de salud mental y consumo de drogas, y será una oportunidad para recuperar al joven de su comportamiento delictivo y de su consumo de sustancias psicotrópicas.

Como se ha puesto de manifiesto en estudios sobre programas preventivos eficaces para jóvenes, la intervención en medio familiar de familias de riesgo, en medio escolar y medio comunitario son estrategias prometedoras para intervenir de modo selectivo e indicado (NIDA 2004)[17]. Por otro lado, la intervención selectiva e indicada en adolescentes y jóvenes, teniendo en cuenta factores de riesgo familiares y del entorno, así como individuales, es una estrategia eficaz de intervención para lograr resultados en comportamientos de riesgo y delictivos (UNODC, 2018)[18].

ACCIONES

16.1.1.- Implantar programas, en el medio escolar, de prevención selectiva e indicada de detección precoz de familias y adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad social, por salud mental y abuso de alcohol y drogas, y especialmente con conductas antisociales. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final de 2023.
Agentes implicados: Ministerio de Educación, Ministerio de salud.

[17] Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. NIH-NIDA, 2004)

[18] Estándares internacionales en prevención del uso de drogas. UNODC, segunda edición actualizada, 2018)

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para coordinación. Costes de presentación en centros educativos en tiempo de técnicos. Posible consultoría para el impulso y preparación y asesoramiento en el programa. Elaboración de materiales de apoyo centro escolar y gastos de difusión en medios e internet (redes sociales).

16.1.2.- Implantar programas desde la perspectiva de salud pública, dentro de las comisarías de Policía, de Intervención con jóvenes con conductas antisociales y consumo de drogas en coordinación con los programas escolar y comunitario de drogas y delincuencia. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final 2024.

Agentes implicados: FELCN, Gobernaciones y Municipios, ONG, Ministerio de Salud, CONALTID, Viceministerio de Desarrollo Social, Régimen penitenciario.
Estimación de costes: Recursos de formación de policía comunitaria, CAIFC, SEDES, SEDEGES, ONG, y régimen penitenciario en lugares de implantación del programa de prevención del delito. Costes de coordinación y tiempo de técnico asignado al programa.

16.1.3.- Implantar programas de intervención social en medio abierto para jóvenes en riesgo de abuso de drogas y conductas antisociales, en el ámbito comunitario y desde los CSMC.

Horizonte temporal: final 2024
Agentes implicados: Gobernaciones y Municipios, ONG, Ministerio de Salud, Régimen penitenciario. FELCN. Ministerio de Empleo, deportes.
Estimación de costes: Recursos de formación de agentes comunitarios en el programa: CSMC, SEDES, SEDEGES, ONG, municipios en programas en medio abierto. Costes de coordinación (Centros educativos, CSMC, FELCN, programas de empleo y deporte, gobernaciones y Municipios) y tiempo de técnicos asignado al programa. Contratación de Educadores de calle.

16.1.4.- Implantar un programa de apoyo a jueces y fiscales, que incluye un programa formativo para el ámbito de las adicciones y conductas antisociales, y medidas no privativas de libertad y alternativas a la prisión para el tratamiento. Diferenciando medidas específicas de género.

Horizonte temporal: final 2023.
Agentes implicados: Ministerio de Salud, Régimen penitenciario, FELCN Ministerio de justicia, Ministerio de Gobierno.
Estimación de costes: Recursos de formación de jueces y fiscales, y otros agentes del ámbito judicial.

INDICADORES

- **De proceso:**

IP-16.1.1. Existencia de un documento del programa consensuado y aprobado para final de 2023.
IP-16.1.2. Porcentaje de alumnos en vulnerabilidad social y con consumo de drogas y conductas antisociales detectados sobre el total de alumnos diana al año de funcionamiento de los programas.
IP-16.1.3. Para final de 2024. Redacción y aprobación de un documento de prevención de la delincuencia para jóvenes y adultos con problemas de salud mental y consumo de drogas de enfoque comunitario para la policía, con su programa formativo para los agentes implicados.
IP-16.1.4. Para finales de 2024 estarán formados un 80 % de policías comunitarios, y para finales de 2026 estarán formados el 100%.
IP-16.1.5. Formación en un 100% de los CSMC, los recursos de Gobernaciones y Municipios prioritarios, ONG con programas comunitarios y equipos multidisciplinares de prisiones en el programa para 2024.
IP-16.1.6. Porcentaje de jóvenes que se les aplica el programa sobre el total de detecciones de problemas con drogas al año de inicio y sucesivos.
IP-16.1.7. Número de documentos aprobados de programas de intervención social en medio abierto para jóvenes y adultos en riesgo de salud mental y abuso de drogas y delincuencia, con su programa formativo para los agentes implicados; por parte de entidades implicadas (CAIFC, SEDEGES, ONG, Municipios)
IP-16.1.8. Porcentaje de jóvenes y adultos a los que se les ha aplicado medidas alternativas a la prisión para tratar la salud mental y adicciones sobre el total con delitos con consumo de drogas en 2023 a 2026.

- **De resultado:**

IR-16.1.1.- Reducción de la línea base de número de delitos en adolescentes con problemas de salud mental y consumo de drogas sobre años anteriores, inicio en 2024.
IR- 16.1.2. Disminución del número de jóvenes y adultos que no entran en prisión por delitos y consumo de drogas del total de detenidos por entrar en programa de prevención del delito, desde 2023 a 2028.
IR-16.1.3. Porcentaje de jóvenes y adultos que reducen el comportamiento delictivo y el consumo de drogas a los seis meses de entrar en el programa de prevención del delito, desde 2023 a 2028.
IR-16.1.4. Porcentaje de jóvenes y adultos que permanecen en programas alternativos a la prisión a los seis meses, sobre el total remitidos.

7.9. META 8: SALUD MENTAL PARA LOS PRIVADOS DE LIBERTAD

7.9.1. LINEA ESTRATÉGICA 17: ACCESO A LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PARA TODOS LOS PRIVADOS DE LIBERTAD

OBJETIVO ESTRATEGICO 17.1

Promover la no estigmatización del tratamiento de salud mental y adicciones para personas privadas de libertad, mediante su integración dentro de sistema de atención y tratamiento público y comunitario.

JUSTIFICACION

Desde la LEY 913, 16 DE MARZO DE 2017.- LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS se señala en su ARTÍCULO 29. (RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO) se crea la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, integrada por el Sistema Nacional de Salud, Sistema Nacional de Educación y el Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana. Esta articulo pone las bases de que la consideración de las adicciones como parte del Sistema Nacional de salud. Retomando este hecho, se da un paso de mucha trascendencia con la promulgación de Sistema Único de salud, en la Ley 1152, DE 20 DE FEBRERO DE 2019, MODIFICATORIA DE LA LEY 475, DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, que pone las bases de las prestaciones del sistema de salud de carácter público y gratuito. En este contexto, se considera transcendental que el S.U.S contemple la atención sanitaria de las adicciones como parte de la cartera de servicios del mismo. Y por extensión que toda la atención sanitaria de las adicciones dentro del sistema penal de privación de libertad.
Esta propuesta que se hace aquí tiene la virtud de considerar al PPL como un usuario más del sistema de salud con la única circunstancia del que ha sido privado de libertad, por lo que se aborda una cuestión de derechos fundamentales como es el derecho a la equidad de la atención en salud para cualquier ciudadano independientemente de su condición. Así mismo se podrá paliar en parte significativa, el impacto negativo de las políticas con énfasis en el control del consumo de drogas y no en el problema de salud pública que constituye, como ha puesto de manifiesto el informe de PNUD de 2015 sobre "Políticas de control de drogas y desarrollo Humano".

ACCIONES

17.1.1. Se establecerá el sistema de acreditación de centros y programas de atención para las adicciones para personas privadas de libertad que contemple los diferentes niveles de atención. Y un programa de formación para su aplicación en los diferentes niveles de atención.

Horizonte temporal: Primer trimestre de 2024.
Agentes implicados: Ministerio de Salud y DGRP.
Estimación de costes: Costes de personal implicado en la redacción del Sistema de acreditación. Conlleva costes de personal y desplazamientos para la formación en el sistema de acreditación.

INDICADORES

- **De Proceso:**

IP-17.1.1. Existencia del documento normativo que recoge la integración de las personas privadas de libertad (PPL)dentro del Sistema de atención y tratamiento de la salud mental y adicciones.
IP-17.1.2. Elaborar un documento de integración del tratamiento de las adicciones y la salud mental de personas privadas de libertad (PPL), con análisis de necesidades, recursos, ítems necesarios y costes de dicha integración, y cronograma.
IP-17.1.3. Registrar en S.U.S., para poder ser susceptibles de atención, al 100% de los internos con adicciones y/o problemas de salud mental, o en su caso asegurar la atención a los indocumentados, para final de 2024.
IP-17.1.4. Estará formulado y documentado un procedimiento de acreditación para todos los programas de intervención de adicciones en los tres niveles de atención para PPL, consensuado con los Gobiernos Departamentales y Municipales. Final de 2024

- **De Resultado:**

IR-17.1.1. Mejora de la atención a las adicciones percibida por los servicios médicos y equipos multidisciplinares y los propios usuarios, antes y después de la integración.
IR-17.1.2. Disminución de consumo de drogas durante el ingreso y tras la privación de libertad en reinserción, y del estado de salud general percibido por los afectados.
IR-17.1.3. Para final de 2024 estarán acreditados el 100% de los recursos de atención a las adicciones para los PPL.
IR-17.1.4. Mejora de la atención a las adicciones percibida, antes y después de su entrada en funcionamiento, difusión de la misma, por el personal de salud y equipos multidisciplinarios de prisiones.

7.10. META 9: CUIDADOS PARA LOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

7.10.1. LINEA ESTRATEGICA 18: PROGRAMAS DE REDUCCION DE RIESGOS Y DAÑOS POR USO DE ALCOHOL Y DROGAS

OBJETIVO ESTRATEGICO 18.1

Impulsar la elaboración de estrategias de reducción de riesgos y daños por uso de alcohol y otras drogas, que permita establecer grupos vulnerables, y acciones selectivas en colectivos de riesgo.

JUSTIFICACIÓN

La política de reducción de daños desde una perspectiva de salud pública se basa en trabajar mejora el estado de salud del usuario de alcohol y drogas como un objetivo intermedio en tanto se continua un

consumo de la sustancia. En el caso del alcohol o tabaco porque son sustancias legales y en el caso de otras drogas porque el sujeto no está preparado para un proceso de cambio para abandonar su uso.
En Bolivia es una estrategia nueva que apenas si ha tenido desarrollo, pero según recomendaciones internacionales está avalado su implementación porque tienes efectos muy positivos en ese grupo de poblaciones.

Por otro lado, las estrategias que indicen en la reducción de los riesgos asociados a una mayor probabilidad de provocar una mala salud mental y/o consumo de sustancias, como son los riesgos ambientales (familia, amigos iguales, entrono laboral, contextos urbanos y sociales, normativas legales y reguladoras sobre uso de sustancias, entre otras), se demuestran de una necesidad imperiosa dentro de los programas de prevención y reducción de riesgos.

ACCIONES

18.1.1. Elaborar una estrategia de reducción de daños en materia de alcohol que contemple acciones en venta de alcohol y consumo en ocio nocturno, conducción, y violencia de género y un programa formativo.

Horizonte temporal: final de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios.
Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de estrategia de reducción de daños. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

18.1.2. Elaborar una estrategia de daños en drogas ilegales para colectivos más vulnerables. En especial privados de libertad, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad, población indígena, prostitución. Y un programa formativo.

Horizonte temporal: final de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de estrategia de reducción de daños. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

18.1.3.- Disponer de un Programa implantado de reducción de daños por consumo de drogas en la prisión dirigido a PPL, con perspectiva de género, que contemple entre otras medidas: prescripción de medicamentos sustitutivos, implementación programa de masticado de coca como reducción de daños; actuación en casos de sobredosis, en caso de urgencias neurológicas, psiquiátricas o cardiovasculares por uso de drogas; entrenamiento de primeros auxilios entre PPL; habilitación de zonas de consumo

seguro; educación entre pares sobre consumo seguro; disposición de preservativos; entre otras medidas.

Horizonte temporal: final de 2024.

Agentes implicados: DGRP, Servicios Médicos y Equipos multidisciplinarios, Ministerio de salud, Gobiernos departamentales y municipios. Psiquiatras penitenciarios.

Estimación de costes: gasto de personal dedicado a la formulación de los documentos de programa de reducción de daños intrapenitenciario. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de Formación.

INDICADORES

- **De Proceso:**

IP-18.1.1- Para final de 2023 se habrá elaborado documento de una estrategia sobre reducción de daños en alcohol y se habrá aprobado para su implantación

IP-18.1.2- Para primer trimestre de 2024 se habrá puesto en marcha el programa formativo sobre reducción de daños en alcohol y otras drogas para el primer nivel, CSMC, prisiones.

IP-18.1.3- Para final de 2024 se habrá elaborado un documento de estrategia de reducción de daños sobre drogas ilegales y aprobada su implementación.

IP-18.1.4- Para segundo semestre de 2025 se habrán formado todos los servicios médicos y equipos multiprofesionales en el programa, así como personal de Dirección de prisión y Régimen penitenciario, Ministerio de salud, policía penitenciaria, y otras instancias de interés.

IP-18.1.5- Número de internos/as integrados en el programa de reducción de daños intrapenitenciarios sobre el total de internos con problemas de drogas.

- **De Resultado:**

IR-18.1.1- Para final de 2025 se habrá reducido en número de incidencias por uso de alcohol en servicios de urgencias, conducción alcohólica respecto al año, y otros indicadores, respecto a línea base según registros hasta 2022.

IR-18.1.2.- Para final de 2025 se habrá reducido en número de incidencias por uso de drogas ilegales en servicios de urgencia y en prisiones respecto al año, y otros indicadores, respecto a línea base según registros hasta 2022.

IR-18.1.3.- Disminución de las urgencias por intoxicación por drogas, abstinencias, patologías derivadas de uso no seguro de drogas, de enfermedades infecciosas y ETS´s, antes y después de implantar el programa de reducción de daños (6-12 meses).

IR-18.1.4.- Satisfacción de los usuarios, personal de salud y equipo multiprofesional, y dirección y policía con el programa (3-6 meses)

7.11. META 10: IGUALDAD DE GENERO EN LA SALUD MENTAL

7.11.1. LINEA ESTRATÉGICA 19: PERSPECTIVA DE GENERO EN EL SISTEMA COMUNITARIO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES

JUSTIFICACION

Actualmente es parte intrínseca de cualquier sistema sanitario considerar de modo efectivo en la promoción, prevención y tratamiento de cualquier enfermedad, la perspectiva de género. Y este criterio, aun es más importante, si cabe, en la atención a la salud mental y el consumo de sustancias por la carga de estigmas que acompañan a ese tipo de trastornos. Del mismo modo la prevención de dichos problemas conlleva tener que considerar, necesariamente, que los factores de riesgo y protección para padecer un problema de salud mental y/o drogas son bastante diferentes en la mujer y en el hombre.

En Bolivia no hay un enfoque planificado ni activo actualmente para articular esta respuesta diferenciada. La propuesta que se hace aquí sería de algún modo innovadora al contar con instrumentos de gestión de la perspectiva de género que pueden permitir trabajar eficazmente en ello.
La mujer en general tiene más problemas de ansiedad y depresión que en hombre, sin embargo, el hombre tiene más problemas de adicciones, la mujer oculta más su adicción, y el hombre “normaliza” su consumo negando su importancia..., son algunos ejemplos de un enfoque diferencial.

OBJETIVO ESTRATEGICO 19.1

Ampliar el conocimiento entre los profesionales y gestores y directivos, y la sociedad en general de lo que es la perspectiva de género en salud y en salud mental y adicciones en particular.

JUSTIFICACION

ACCIONES

19.1.1. – Elaborar una propuesta formativa continuada para los profesionales de primer nivel, y la salud mental y las adicciones sobre las diferencias del género, relevantes para la prevención y el tratamiento.

Horizonte temporal: desde tercer trimestre de 2022 hasta final de plan anualmente.

Agentes implicados: Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, profesionales de la Red de prevención y tratamiento de adicciones y salud mental.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a los a la formación. Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar el programa formativo anual.

19.1.2.- Elaborar un plan de comunicación para visibilizar la perspectiva de género en salud mental y adicciones, en especial usando las redes sociales.

Horizonte temporal: elaborar al menos una acción anual en la materia, desde 2022.

Agentes implicados: Gobiernos departamentales y municipios, Ministerio de Salud, servicios de comunicación y prensa de los ministerios implicados.

Estimación de costes: gastos de personal dedicado a elaborar campañas. Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar el programa anual de comunicación.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 19.2

Asegurar a la buena gobernanza de la aplicación de perspectiva de género en prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones.

ACCIONES

19.2.1.- Constitución de un comité técnico de aseguramiento de la perspectiva de género en salud mental y adicciones, que regule su funcionamiento interno, y con capacidad de realizar auditorías en terreno sobre el tema, además de petición de informes sobre la implantación de la perspectiva de género.

Horizonte temporal: para mitad de 2022.

Agentes implicados: Ministerio de Salud.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar la norma de funcionamiento y la gestión del funcionamiento del comité.

19.2.2.- Establecer en los criterios de acreditación de programas de prevención y tratamiento, lo referido a la aplicación de la perspectiva de género para ser requisito necesario para la misma. Y la cartera de servicios con perspectiva de género.

Horizonte temporal: para mitad de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar las normas de acreditación y cartera de servicios.

19.2.3.- Articular la participación de la sociedad civil, especialmente entidades defensoras de los derechos de la mujer, mediante la Red Nacional de salud mental y las Redes Departamentales y local, y la constitución de foros de participación de ONGs y otras entidades públicas y privadas, con el fin de recibir insumos continuados del desarrollo de la perspectiva de género.

Horizonte temporal: para mitad de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes en transparencia y participación.
Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar la norma de funcionamiento y la gestión del funcionamiento de los foros.

OBJETIVO ESTRATEGICO 19.3

Disponer y difundir documentos, guías, protocolos, programas sobre intervención desde la perspectiva de género en salud mental y adicciones, activos para los profesionales.

ACCIONES

19.3.1.- Implementar protocolos y guías de prevención y tratamiento con el desarrollo del componente de género, con la consiguiente difusión por todos los dispositivos de primer nivel de salud y los CSMC, así como segundo y tercer nivel de salud mental y adicciones.

Horizonte temporal: para mitad de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes género.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Elaborar y gestionar los programas y guías por parte de los profesionales. Gastos de difusión.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 19.4

Incentivar el conocimiento y la transferencia del mismo a la práctica preventiva y asistencial, sobre el género y la salud mental y adicciones mediante alianzas para líneas de investigación y estudios

ACCIONES

19.4.1- Establecer alianzas con la Universidad y centros de estudios e investigaciones para la realización de estudios aplicados de genero con el fin de hacer un trabajo continuo de mejora de la calidad.

Horizonte temporal: para final de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes género. Universidades, comités de investigación y formación.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de elaboración de colaboraciones y gastos técnicos de profesionales asesores.

19.4.2.- Elaborar una estrategia de transferencia de conocimientos y actualizaciones en materia género y salud mental y adicciones que asegure la calidad asistencial.

Horizonte temporal: para final de 2023.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, y otros competentes género.

Estimación de costes: Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de reuniones y coordinación. Gastos de elaboración de colaboraciones y gastos técnicos de profesionales asesores.

INDICADORES

- **De Proceso:**

IP- 19.1.1. Existencia de un documento cada fin de año de formación continuada en perspectiva de género aplicada a los programas de prevención y tratamiento, y reinserción.

IP- 19.1.2. Anualmente habrá una oferta formativa implementada sobre perspectiva de género en salud mental y adicciones.

IP- 19.1.3. Existencia de un plan de comunicación bianual sobre perspectiva de género en salud mental y adicciones aprobado e implementado.

IP- 19.2.1. Para final de 2022 estará constituido el comité técnico de aseguramiento de la perspectiva de género, y aprobado su régimen de funcionamiento.

IP- 19.2.2. Para mitad de 2021 habrá una especificación en los documentos de criterios de acreditación y cartera de servicios con consideración de género.

IP- 19.2.3. Para 2023 se habrá constituido un foro de participación de sociedad civil sobre género y salud mental y adicciones.

IP- 19.3.1. Para mitad de 2023 se habrá realizado una difusión de materiales de prevención y tratamiento entre los profesionales de la red del sistema de prevención y tratamiento.

IP- 19.4.1. Para final de 2023 se habrá firmado al menos un acuerdo con una Universidad para el apoyo de la investigación aplicada en salud mental y adicciones.

IP- 19.4.2. Para final de 2023 se habrá aprobado un documento de una transferencia de conocimientos y actualizaciones en materia género y salud mental y adicciones.

- **De Resultado:**

IR-19.1.1. Incremento de la satisfacción de las mujeres usuarias con la presencia de la perspectiva de género en programas y tratamientos medido por encuesta de satisfacción. Línea base de encuesta de 2022.

IR-19.1.2. Disminución de un 3% de la incidencia de los trastornos más prevalentes en las mujeres de salud mental y adicciones a los dos años de la puesta en marcha de la perspectiva de género.

IR- 19.1.3. Mejora significativa de la percepción de la disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud mental y adicciones mediante encuesta, a los dos años de funcionamiento de la puesta en marcha de la perspectiva de género.

IR- 19.1.4. Incremento de la satisfacción de los profesionales de prevención y tratamiento de salud mental y adicciones con las actualizaciones en calidad técnica e innovación de procedimientos promovidos a los dos años de funcionamiento de la puesta en marcha de la perspectiva de género.

8. ANEXO 1: DOCUMENTO DE APOYO PARA LAS LINEAS ESTRATEGICAS 0 DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN, 4 ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG), 6 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD, 7 ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS (TUS), Y 17 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN TODO EL PLAN.

Los contenidos expuestos se corresponden con las necesidades detectadas en las reuniones mantenidas con colectivos profesionales implicados en la intervención en salud mental y adicciones. La primera necesidad es la carencia unánime de formación en salud mental comunitaria por parte de la formación académica en psiquiatría, en psicología, en enfermería y en trabajo social. Este hecho, sumado a la novedad de la puesta en marcha del Sistema Comunitario de atención y Tratamiento de las adicciones y la salud mental y la creación de los Centros de salud Mental Comunitarios (CSMC), hace ineludible que sea un contenido troncal el referido a el concepto de salud mental comunitaria.

Aquí conectamos con la tercera necesidad detectada y es conocer metodologías de intervención en la comunidad para incidir en los determinantes de sociales, culturales, educativos, económicos y otros de la salud. En la medida que se intervenga en la comunidad y con la comunidad para empoderarla obtendremos mejores resultados en los diagnósticos de la salud de las zonas de nuestra influencia.
Por último, se hace imprescindible la perspectiva de género como forma de trabajo en salud mental y adicciones. En este momento no se aplica esta perspectiva en la prevención ni en los tratamientos, en parte por carencia de conocimientos sobre cómo hacer esta tarea. Es una cuestión de equidad en la atención para las distintas opciones de género y diversidad sexual.

1.- SOBRE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA

1.1. Principios de la salud mental comunitaria.

1) RESPETO Y PROMOCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Principios:

- Concepción del ser humano como un ser integral: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben tener en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales y comunitarios de las personas y tratarlos como una integralidad indivisible.

- Promoción de la ciudadanía: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben promover, fomentar y fortalecer el desarrollo de la libertad de escoger y de actuar, aumentando la autoridad y el poder de los y las habitantes sobre los recursos y las decisiones que afectan a su vida. Atención orientada no solo al alivio de síntomas, sino que a la "recuperación", en la que la persona tenga oportunidades de vivir una vida significativa, satisfactoria y con propósito, como también de ser un miembro valioso de la comunidad.

- Participación e inclusión social: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben fomentar que las personas sean sujetos activos y responsables de sus propios procesos vitales, contribuyendo a potenciar una ciudadanía activa que se implique tanto en lo que le afecta individualmente como en lo comunitario. Para ello es necesario apoyar a los usuarios para vivir incluido en la comunidad, para acceder a oportunidades de vivienda, educación, empleo, a los beneficios pecuniarios a que tengan derecho y para participar en organizaciones y actividades políticas, sociales, culturales, religiosas y de recreación. Las estrategias de inclusión sociocomunitaria se centran en las personas, por un lado, y en los sistemas de actuación por otros. Las primeras tienen el propósito de fortalecer las capacidades de las personas para la inclusión comunitaria y la inclusión social, mientras las últimas buscan fortalecer las capacidades de los sistemas de actuación comunitarios e institucionales para la inclusión de las personas.

- Igualdad jurídica: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas y en especial entregar apoyo al ejercicio de la capacidad jurídica de los usuarios con discapacidad mental, promoviendo el respeto de su dignidad inherente, evitando la hospitalización y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.

- Autonomía y autodeterminación: La búsqueda del mayor grado de autonomía posible es una cuestión de derechos, intrínseco a la condición de persona. Todas las personas tienen el derecho a ser autónomas, a tomar decisiones acerca de cómo quieren vivir su vida. Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios, que contribuyen a la capacidad para vivir con independencia en la comunidad, deben asegurar el ejercicio de este derecho, con planes de "recuperación" individuales, construidos con los usuarios, enfatizando en aquellas personas más vulnerables y con mayor riesgo de ser excluidas.

- Calidad de la atención: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria" deben asegurar que sus acciones otorguen el mayor beneficio posible a sus usuarios, reduciendo al mínimo posible todo aquello que pueda resultar en un incremento de riesgos para las personas, a su integridad y la posibilidad de sufrir tratos inhumanos o degradantes.

2) LA PERSONA COMO UN SER INTEGRAL E INDIVISIBLE FÍSICA Y MENTALMENTE

Principios:

- Indivisibilidad de la salud mental y la salud general: Los trastornos mentales son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades transmisibles y no transmisibles y contribuyen a lesiones accidentales y no accidentales. Muchas condiciones de salud aumentan el riesgo de trastorno mental, o alargan episodios de enfermedad mental. La comorbilidad resultante complica la búsqueda de ayuda, el diagnóstico, la calidad de la atención prestada, el tratamiento y la adherencia, y afecta los resultados del tratamiento para las condiciones físicas, incluida la mortalidad relacionada con la enfermedad.

- Integralidad de la atención: La atención de salud mental debe incluir una gama de diferentes servicios coordinados, gestionar las necesidades agudas y crónicas de salud y abordar las necesidades de Inclusión sociocomunitaria a más largo plazo en coordinación con otros sectores.

- Servicios de salud mental integrados a la red general de salud: La atención de los problemas y trastornos mentales debe estar incluida en los nodos y puntos de atención que conforman la red de salud (pública y privada). En los nodos y puntos de atención de primer nivel, la atención de salud mental es entregada por el equipo de cabecera o equipo de sector. Cuando sea necesaria la hospitalización por razones de enfermedad mental, ésta debe realizarse en los hospitales generales.

- Atención de salud mental centrada en la persona, su familia o red de apoyo: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben reconocer que cada individuo es un experto en su propia vida y que la "recuperación" consiste en trabajar en alianza con los individuos y sus familias para prestar apoyo de una manera que tenga sentido para ellos, deben por tanto escuchar a las personas y a sus familias, para aprender de ellos y actuar de acuerdo a lo que ellos comunican acerca de lo que es importante para cada individuo.

- Continuidad de apoyos y cuidados: La mayoría de los trastornos mentales, especialmente los de curso crónico se manejan mejor mediante el modelo de cuidado continuo, el que además enfatiza la necesidad de abordar la totalidad de las necesidades de los pacientes, incluyendo sus requerimientos sociales, ocupacionales y psicológicos.

- Atención basada en la comunidad: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben brindar la atención en espacios comunitarios (hogar, barrio, lugar de estudio y trabajo, etc.) y con participación de recursos de la comunidad (familia, vecinos, profesor, agentes de salud, religiosos, laborales, deportivos, culturales, etc.) y deben orientarse a la inclusión sociocomunitaria de los usuarios.

3) EQUIDAD

Principios:

- Accesibilidad: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben estar disponible localmente y ser asequibles y aceptables para toda la población, sin importar su situación geográfica, su estatus económico, raza o condición social. Además, la atención de salud mental en la red asistencial debe estar en igualdad con los servicios generales de salud.

- Pertinencia: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria, deben considerar las particularidades de la población a la que están destinados, incluyendo los enfoques de género, interculturalidad y vulnerabilidad.

- Cobertura universal: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben estar disponibles para toda la población que habita en el territorio nacional y a lo largo del curso de vida.

- Intersectorialidad: Los servicios para la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales y para la rehabilitación e inclusión sociocomunitaria deben entregarse de forma coordinada entre los distintos sectores del Estado y con organizaciones de la sociedad civil.
Nuevamente, se recogen todos los aspectos de una política sobre salud mental desde todas las vertientes, no solo desde la promoción y prevención.

1.2. La organización que debe soportar la política en salud pública pasa por varios requisitos tanto para salud mental como adicciones:

1.- Se debe articular una acción pública desde Salud que se apoya en la salud pública como tal y en el sistema prestador de atención sanitaria de salud mental y adicciones. Para ambos casos se requiere planificar las acciones y coordinarlas.

2.- Se requiere una regulación normativa que determine los roles de lo público y lo privado en la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción. Lo referido a la articulación de la acción comunitaria en Redes de intervención. Que establezca los mecanismos de intervención multisectorial para una acción múltiple, y descentralizada eficaces.

3.- Establecer a partir de la regulación normativa que determine responsabilidades en la política, y la elaboración de planes o estrategias de acción: Se recomienda que haya:

- un plan sobre la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud mental; información, capacitación e investigación.
- un plan de acción sobre promoción y prevención del uso de sustancias psicoactivas, y la asistencia y reinserción sociolaboral.
- Un Plan de acción sobre el alcohol.
- Un Plan de acción sobre el tabaco.
- Un plan de acción de adicciones comportamentales.
- Una estrategia de participación de la sociedad civil.
- Un plan de información, capacitación e investigación sobre adicciones.

4.- Constituir órganos de coordinación y seguimiento de la política, como Comisiones Técnicas y de monitoreo, con capacidad propositiva a instancias superiores.

5.- Establecer una estrategia de territorialización de la política, regional y local.

6.- Establecer el sistema de evaluación del cumplimiento de los planes de acción, y el sistema de corrección de desviaciones.

7.- Se recomienda que sea un departamento específico de salud pública el que elabora la planificación sobre sustancias psicoactivas y salud mental, tanto en la parte de promoción y prevención, como en la parte de prestación de servicios de atención.

8.- Dentro de los planes de acción de salud mental y adicciones especificar la estrategia de capacitación anual en la materia, así como lo referido a la investigación aplicada.

9.- Determinar el modo de participación de la sociedad civil en la implementación de las políticas de promoción y prevención en especial. Hay iniciativas referidas al control de bebidas alcohólicas, por ejemplo, que el éxito tendrá mucho mayor impacto en la medida que sea apoyada por la sociedad civil: en especial asociaciones vecinales, de madres y padres de alumnos, de afectados, y otras.

10.- Establecer ítems de salud pública para el impulso y desarrollo de los planes y la evaluación y monitoreo de estos. Así mismo, disponer de conceptos de presupuesto específicos para apoyar la implementación. Aunque como se dijo antes no es solo de competencia de salud, si no de otros sectores públicos y privados.

1.3.- Concepto de Salud Mental y adicciones con enfoque comunitario.

La Organización Mundial de Salud define la salud mental como el estado completo de bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (…) Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones

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

Asimismo, el concepto de adicción que se baraja en este documento es en un modo amplio. La OMS entiende la adicción, a las drogas o alcohol como el consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado
adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener
sustancias psicoactivas por cualquier medio. A los efectos de este documento, la adicción se trata como un problema de salud mental, con entidad propia. Se entiende como un hábito que va desde el uso de la sustancia hasta la dependencia. La actividad de promoción y prevención de adicciones interviene en individuos, comunidades y contextos para evitar tener problemas de salud y problemas sociales por el uso de alcohol y drogas. Y se barajan conceptos intermedios como consumo perjudicial, consumo excesivo, consumo problemático, consumo de riesgo, y otros en un continuo hasta a la adicción. El concepto de adicción se trata en el documento indistintamente como Trastorno por uso de sustancias (TUS). La adicción es un concepto más amplio, como se recoge en la clasificación americana DSM-V; por razones de simplicidad y claridad expositiva adoptamos el criterio de la CIE-10.
Dentro de la Psicología comunitaria vamos a considerar que Las primeras experiencias empíricas de la Modificación de Conducta en salud comunitaria tienen lugar en el contexto de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC).
De ellos y de la filosofía que los inspiró aparece el interés por la prevención y la promoción de la salud, perspectivas ambas que, como veremos más adelante, no eran irreconciliables teóricamente con el modelo conductual. Es más, este modelo viene a suplir algunas de las limitaciones teóricas de que adolecía el movimiento que inspiró la creación de dichos centros.

1.4. Organización del enfoque comunitario en los servicios e intervenciones del sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental.

ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA EN TODAS LAS POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Las Salud Mental y las adicciones son un problema de Salud Pública vinculado al autocuidado de la salud individual y colectiva.
Como cuestión de salud pública, las actuaciones en el ámbito de la Salud mental y de las adicciones, están alineadas con las contenidas en Ley 913, 16 de marzo de 2017.- ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y la Ley 475, de prestaciones servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, 30 de diciembre de 2013. y La ley 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria de la Ley 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por ley 1096 de 28 de mayo de 2018, hacia el sistema único de salud, universal y gratuito.
Y el Marco de actuación a nivel comunitario de salud previsto en Decreto Supremo n.º 29601, nuevo modelo sanitario de Bolivia
"Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural".

Así mismo, asumen en todas las políticas el paradigma de Salud basado en la acción intersectorial en todos los niveles de la Administración para generar políticas efectivas y sostenibles que contribuyan al logro de un máximo nivel de salud y bienestar de la población.
Desde ese punto de vista, el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental, tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud entre los que destacan los factores ambientales que rodean a la persona, que influyen en la toma de decisiones el auto cuidado de la salud mental y sobre el uso de drogas.
Por ello, plantea actuar sobre las conductas relacionadas con la salud, poniendo énfasis en las acciones individuales y colectivas, muy especialmente, en actuaciones orientadas a crear entornos saludables e influir en factores estructurales de orden social, económico y político.

ENFOQUE PREVENTIVO COMUNITARIO E INTEGRADO EN EL SISTEMA DE SALUD

Por cuanto el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental, engloba acciones de prevención integradas en la comunidad para la salud mental y comprende también lo referido a las consecuencias delictivas desde la salud publica derivadas del uso de drogas. Se aborda la problemática desde el inicio del proceso delictivo-adictivo, persiguiendo como fin último promover la evitación de la entrada en procesos judiciales y planteando alternativas a la privación de libertad cuando existe un abuso o adicción de drogas como problema de salud pública.
El abuso de alcohol y drogas se integra de pleno en el sistema de salud desde el primer nivel de atención, el segundo y el tercer nivel, como una patología más de salud mental, evitando la creación de redes paralelas de tratamiento.

PROCESO CONTINUADO HASTA REHABILITACION Y LA REINSERCION SOCIO LABORAL

El proceso de prevención de salud mental y las adicciones, y su tratamiento en muchos casos requiere un proceso de rehabilitación y reinserción. La reinserción social y laboral es fundamental para la consolidación del tratamiento de salud mental y de la adicción. Por todo ello, se proponen una acción continuada hasta la plena reinserción.

Ambos procesos se articulan en la comunidad con el aprovechamiento de los recursos de que se disponga en lo referido a el empleo, el ocio y tiempo libre, el deporte, y otras áreas de interés.

INTEGRACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA SALUD PÚBLICA Y LA PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES.

El Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental contempla la perspectiva de género en todo su proceso de elaboración y acción.

Integrar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y de las adicciones significa tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en todas las fases del desarrollo de políticas y programas. El objetivo fundamental es logra la equidad de género.

La incorporación de la perspectiva de género en las adicciones desde la salud pública implica abordar la influencia de los factores biológicos, sociales y culturales en los recursos sanitarios para mejorar la eficiencia, cobertura y equidad en los programas.

En mujeres que padecen problemas de salud mental y adicciones significa tomar en cuenta las especificidades sociales, legales y de salud que afectan a su situación particular. E implementar acciones que den respuesta a esas necesidades. Por ejemplo: las barreras familiares y sociales para acceder a los tratamientos, el estigma asociado por ser mujer, los diferentes enfoques terapéuticos que funcionan mejor en la mujer que en el hombre, consideraciones sobre los psicofármacos en la mujer, entre otros temas.

Será necesario, por tanto, reforzar los factores de protección en las mujeres para recobrar el empoderamiento en el autocuidado de la salud.

Partiendo de los principios de equidad y accesibilidad en relación con la prevención y los recursos de atención a la salud mental y adicciones, se deben tener en cuenta en primer lugar las diferencias fisiológicas y psicológicas entre hombres y mujeres.

Y contemplar la puesta en marcha de programas sensibles al género para que las mujeres superen los posibles obstáculos de acceso a los tratamientos.

Para ello, se hace necesario abordar las actuaciones en materia de adiciones teniendo en cuenta las diferentes condiciones y necesidades de mujeres y hombres.

VISIÓN INTEGRAL DE LA SALUD MENTAL Y LAS ADICCIONES

Dado el carácter multifactorial del fenómeno de la salud mental y de las adicciones debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar e integral. Se trata de potenciar los factores de protección y reducir los factores de riesgo, garantizando la prevención y asistencia a las personas que lo necesiten.

El Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental, como instrumento estratégico de planificación de la prevención y tratamiento de la salud mental y las adicciones, marca las

prioridades en materia de intervención en la comunidad para la prevención y atención temprana de los problemas de salud mental y adicciones. También en el ámbito de consumo de drogas se incardina este sistema con el Sistema Integral de atención y tratamiento de las personas Privadas de Libertad (ver documento de la consultoría en Dir. Gen. De Régimen Penitenciario).
Establece los ámbitos de actuación y facilita la puesta en marcha de mecanismos que faciliten la participación social y la coordinación de acciones.

COLABORACIÓN Y COORDINACION DE LA SOCIEDAD CIVIL

La estrategia de participación y colaboración social y de los recursos es uno de los pilares de acción del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental.
La sociedad estará representada a través de las ONG, Sector Privado, Instituciones y Administraciones en los niveles estatal, departamental y local, para contribuir a la construcción de una política integrada que conformará el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental.

En este sentido, la administración departamental y administración local cumplen un papel fundamental debido a su cercanía al ciudadano, y como ejes vertebradores de la atención a la salud mental y las adicciones a través de las competencias que tienen atribuidas, especialmente en el primer y segundo niveles de atención.

ATENCIÓN ESPECIAL A LA VULNERABILIDAD

El Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental trata de ser equilibrado mediante el planteamiento de objetivos que atienden especialmente la vulnerabilidad social de los adolescentes y jóvenes y mujeres, tanto en la prevención como en el tratamiento de las adicciones.
La vulnerabilidad viene determinada por la aparición de contextos sociales multifactoriales. Las creencias y estructuras de las relaciones sociales, y los factores culturales, configuran colectivos con el mayor riesgo de exclusión en el acceso a la atención sanitaria y social y la prevención.
Por otra parte, la edad, el género, el nivel educativo, el nivel socio -económico y la cultura, son factores de una mayor o menor desprotección ante las consecuencias del consumo de alcohol y de drogas ilegales.
Por todo ello, el S Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental prioriza la atención de los colectivos más vulnerables y en riesgo de exclusión asegurando el acceso de todas las personas a los servicios y recursos.

El Objetivo 3 de los ODS de Naciones Unidas señala que se debe: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades", y en su meta 3.4, dice que para 2030, se deberá haber reducido en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

El “Informe Mundial sobre las Drogas 2019”, por otro lado, señala entre otras cosas que las respuestas en materia de salud pública siguen siendo insuficientes. No hay tantas intervenciones de tratamientos

eficaces, basadas en datos científicos y respetuosas con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos, ni son tan accesibles, como haría falta, y los Gobiernos nacionales y la comunidad internacional deben reforzar las intervenciones para suplir
esa carencia. Y señala también que se deben ampliar las intervenciones de tratamiento de los trastornos por consumo de drogas basadas en datos científicos que estén integradas dentro del sistema de salud de cada país, comprendan el acceso universal a los servicios, estén a disposición de las personas que las necesiten, sean accesibles en diferentes entornos, se basen en los principios de los derechos humanos y la ética y atiendan las diversas necesidades de las personas con trastornos por consumo de drogas.

Por todo ello, la aplicación de los ODS en salud pública referido al Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental implica garantizar a todos los usuarios del sistema de atención la accesibilidad a la prevención y el tratamiento a todos los niveles, por lo que el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental se cimenta en los principios de universalidad y equidad.
El principio de universalidad implica el acceso universal a los recursos de prevención y promoción de la salud, protección y tratamiento, que aplica de igual manera a las personas en situación de privación de libertad.
El principio de equidad busca todas las personas sin distinción, incluidas que las personas privadas de libertad tengan las mismas oportunidades para enfrentar sus problemas de salud mental y su adicción, independientemente de sus condiciones personales o sociales, o culturales y de género.

PRINCIPIO DE UNIVERSALISMO PROPORCIONAL

El principio de universalismo proporcional es fundamental cuando los recursos son limitados: las actuaciones en materia salud mental y de adicciones deben ser universales, pero con una escala e intensidad que sea proporcional a las necesidades y los recursos disponibles. Este principio rige el Sistema Comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental en su concepción.

1.5. Organización y estructura de la atención comunitaria en salud mental y adicciones.

Ejes de la atención comunitaria en salud mental y adicciones

- **Promoción de salud mental comunitaria**.

La promoción de la salud mental consiste en desplegar acciones que generen entornos y condiciones de vida que resguarden el desarrollo integral de las personas, comunidades o barrios, para favorecer modos de vida saludables. La promoción entonces debe reconocer dimensiones previas a la posibilidad de la emergencia de una enfermedad, siendo esencial la participación de otros sectores del Estado: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda, municipios, ONG, entre otros actores que, con sus prácticas y políticas
públicas, impactan en la calidad de vida de las personas y sus comunidades. Trabajar con ellos permitirá encauzar acciones intersectoriales que contribuyan a favorecer la salud mental de la

población, resguardando no moldear, desde lo sanitario, la esencia de la comunidad.

- **Prevención en Salud Mental y adicciones.**

La prevención en el contexto del modelo comunitario y de determinantes sociales constituye un esfuerzo por conocer, promover y apoyar las capacidades de autogestión de las personas, familias y comunidades frente a aquellas condiciones y riesgos, especialmente aquellos que configuran entornos con altos niveles de vulnerabilidad, marginación y exclusión social.

Con la prevención se busca fortalecer, por un lado, aquellas condiciones protectoras identificadas en una comunidad y por otro, contrarrestar los efectos que tienen los determinantes sociales desfavorables sobre la salud de grupos, familias y comunidades.

Las estrategias preventivas deben identificar aquellos condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia de trastornos mentales y adicciones en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esos condicionantes del daño.

Con esta visión, se deben desarrollar estrategias de prevención desde salud y desde los servicios locales, pensadas y gestionadas con una lógica comunitaria e intersectorial, impulsando el potencial de colaboración entre los equipos y la comunidad misma, y que se basen en las características específicas de las comunidades territorializadas, respetando sus sentidas necesidades.

C. Atención y cuidados en salud mental y adicciones.

La atención y cuidados en salud mental y adicciones en y con la comunidad se centran en que la persona, que presenta una enfermedad mental o problema con las drogas, mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros y participar de la vida en comunidad, así también debe considerar a la familia y su entorno como parte fundamental del proceso de recuperación de la persona. Esto adquiere un profundo sentido terapéutico, en tanto el trastorno mental es una fuerza que empuja a la persona a aislarse de su grupo y su comunidad, siendo las condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común, desarrollarse y mantener habilidades para generar vínculos satisfactorios, lo primero que se pierde como consecuencia de la enfermedad.

Debe ir más allá del control de los síntomas en las personas y orientarse a propiciar un cambio en las relaciones de ese sujeto con su entorno, y las condiciones sociales. Esto demanda la articulación en red con otros servicios que otorguen las condiciones básicas que requieren las personas para su bienestar: trabajo, vivienda, educación, lazos afectivos, relaciones sociales, etc., consideración de su cosmovisión para comprender y vivir su trastorno, derechos básicos, cuya ausencia o insuficiencia contribuyen al malestar subjetivo y generan trastornos mentales.

Por tanto, incorporar en la atención y el cuidado, el entorno y su cosmovisión en el que, las personas con trastornos de salud mental y adicciones y sus familias se desenvuelven, hace necesario contar con servicios organizados en red que faciliten la participación activa de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar barreras a la integración en la comunidad.

La atención desde el modelo comunitario se basa en tres elementos centrales interrelacionados [19]:

a) **El trabajo en red:** La constitución de la red no reside en los dispositivos que la forman, sino fundamentalmente en las relaciones entre las instituciones y entre profesionales de las mismas.
Cada profesional del equipo debe aportar a una tarea común dirigida a un sujeto concreto con necesidades de cuidados, en una red de salud coordinada con otros sectores de manera horizontal.
La red de salud mental no solo es parte del sistema sanitario, sino de un sistema social más amplio, dónde el sujeto se construye.

b) **El abordaje de la psicopatología, basada en un modelo de sujeto de relación:** la atención en salud mental y adicciones debe trascender la psicopatología de los síntomas y entender al sujeto en un entramado
de vínculos con los otros, a través de los cuales se construye. En este sentido, los síntomas no pueden separarse de la persona que los experimenta en un momento dado de su historia, su curso de vida y su entorno.

c) **Gestión clínica:** Es la descentralización de la toma de decisiones, esto se traduce en mayores niveles de autonomía de profesionales y personas usuarias, generando una institucionalidad más flexible y participativa. La gestión clínica, así entendida, debe buscar la consecución de objetivos de eficiencia y eficacia por medio de la conformación de equipos en base a perfiles de competencia.

Continuidad de atención y cuidados en salud mental[20].

En el plano de la salud mental, la continuidad del cuidado se define como el proceso que involucra el movimiento sucesivo, ininterrumpido de usuarios/as entre los diversos elementos del sistema de provisión de servicios. Implica la relación persona, familia, comunidad - sistema de salud, el grado de cuidado individualizado, la accesibilidad, los vínculos entre servicios, la integralidad y la flexibilidad de la ubicación de los servicios.
Se identifican dos elementos centrales: la temporalidad de las acciones y la articulación de distintos recursos integrados en torno a un sistema de atención, es decir, entienden la continuidad como un resultado en que la integración de la red da cuenta del cuidado de una persona o una comunidad, que ocurre en una línea de tiempo.
La OPS define tres mecanismos que contribuyen a la continuidad del cuidado:
a) compartir información sobre una persona (coordinación de la información),
b) coordinar el cuidado entre los distintos niveles asistenciales (gestión integrada del cuidado) y

[19] Manuel Desviat , Ana Montero, "Reseña de 'Acciones de Salud Mental en la Comunidad,'" Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012
[20] Joyce, A. and et al., "Continuity of Care in Mental Health Services: Toward Clarifying the Construct," Can J Psychiatry, vol. 49, no. 8, pp. 539–550, 2004.

c) regular el acceso a lo largo de la red de servicios (regulación del acceso). Todo esto en el marco de una adecuada aplicación de las
convenciones y tratados internacionales, y la legislación nacional, en el ámbito de la salud mental u adicciones.
En síntesis, la continuidad del cuidado se traduce en estrategias y acciones que optimicen la resolución de las necesidades de salud de las personas y sus comunidades en el marco de una red y en donde la
persona y su familia experimenten un acompañamiento y seguridad en la atención de manera continua y oportuna. Esta continuidad implica una coherencia entre el modelo, el diseño de las atenciones, los recursos y el tiempo para el trabajo comunitario, de manera que se valide (valorización y registro) de la misma forma que las prestaciones clínicas.

Discapacidad, rehabilitación e inclusión sociocomunitaria.

A. Deficiencia. Problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida. Entendido el cuerpo como el organismo humano como un todo; incluyendo el cerebro y sus funciones. Las funciones mentales (o psicológicas) se clasifican, dentro
de las funciones corporales.

B. Discapacidad. El concepto de discapacidad ha transitado desde una concepción que la asociaba directamente a la presencia de una enfermedad o deficiencia en particular, a una concepción que
entiende la discapacidad como un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de una persona, lo que se traduce como el resultado negativo de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, incorporando de esta forma las variables propias de los contextos sociales, culturales, económicos, espirituales, etc.
La rehabilitación de personas que viven en situación de discapacidad ya sea esta temporal o de larga data, será entendida desde una lógica que incorpora los aspectos contextuales de la persona que ha visto mermada sus capacidades y habilidades de relacionarse con su entorno familiar y social, así como también las posibilidades de ejercer sus derechos ciudadanos.

C. Rehabilitación Psicosocial. Se orienta a que la persona pueda recuperar sus capacidades psíquicas perdidas y/o desarrollar nuevas competencias y capacidades que le permitan desenvolverse adecuadamente con su entorno, a la vez que se trabaja con este entorno para que genere recursos y apoyos que faciliten el desempeño
y la integración del individuo mediante la construcción de nuevas formas de relación.
No existe la persona con discapacidad psíquica descontextualizada de los determinantes sociales.
Por un lado, los trastornos psiquiátricos, en especial los severos, producen una serie de alteraciones en el "ser social" del individuo, en su forma de comportarse y relacionarse con el mundo y con las personas
que le rodean, limitando sus posibilidades de interacción y acoplamiento. Por otro lado, el entorno social se manifiesta con el despliegue de una serie de dinámicas adaptativas en respuesta
a este nuevo comportamiento, produciendo un nuevo modo de relación que puede ser favorable o no para el desarrollo de la persona. Así pues, los intercambios que se producen entre ambos, entre el

individuo y su entorno social, son determinantes en la construcción de la realidad psíquica, social y cultural del hombre, e influyen poderosamente en todos sus procesos de desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte.

La rehabilitación es, entonces, un conjunto de estrategias e intervenciones orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones entre el individuo y su medio, y por tanto es un proceso que implica la apertura de espacios sociales de negociación para el usuario, su familia, la comunidad que lo rodea y los servicios que lo apoyan en su proceso de recuperación de inclusión social.

Tradicionalmente se ha intervenido para que las personas con discapacidad psíquica incrementen su autonomía y se adapten a su entorno. Sin embargo, la rehabilitación debe propiciar también la transformación de los espacios sociales o la creación de otros nuevos, donde no solo las personas con trastornos mentales deban realizar cambios a nivel personal respetando la diversidad.

La rehabilitación psicosocial es un eje central del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, y debe considerarse como un componente inherente del proceso de atención y cuidados, y no como acciones aisladas y otorgadas en un momento o un lugar determinado, descontextualizadas del proceso de atención en salud integral.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial deben ser intersectoriales, abordando aquellos aspectos del entorno, tales como las barreras de acceso a trabajo, educación, vivienda, salud y otros derechos que, de no ejercerse, generan inequidades que merman la calidad de vida de estas personas.

D. Inclusión Sociocomunitaria. Es el objetivo central de la rehabilitación psicosocial, se refiere a que las personas, desde sus proyectos de vida y sus particularidades, logren participar de forma activa y constante de su entorno natural, cuyo espacio les otorga la posibilidad de entablar relaciones y vínculos con los otros, donde se juega la vida cotidiana, la convivencia, se construyen identidades, usos, saberes, valores y costumbres.

Complejidad, severidad y vulnerabilidad.

La provisión de servicios en Salud mental y adicciones hace necesaria la correcta definición de la población destinataria del quehacer de la red. Esta definición operativa debe ir más allá del diagnóstico nosológico, que ha demostrado ser insuficiente para este fin, y dar cuenta de los principios del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental (Modelo SAFCI), de los determinantes sociales y del curso de vida, en concordancia con la estrategia de Redes Integradas de Salud.

En este sentido, la experiencia muestra que la mejor definición y criterio para establecer la población objetivo surge de la interacción de tres conceptos estrechamente vinculados. Una comprensión de la severidad, vulnerabilidad y complejidad de las personas con una enfermedad mental o adicción, permite una comprensión de la problemática y de la experiencia de “vivir” la enfermedad desde lo personal, familiar y social, en forma integrada y comprensiva.

a) Un primer concepto es el de **severidad**, el que alude al grado de la enfermedad en un momento determinado y el curso de esta, dando cuenta de aspectos clínicos relativos al sujeto de atención.

Entendida la severidad como un proceso que ocurre en un momento determinado y no como una condición del sujeto y en el cual se conjugan distintos elementos del entorno y una vivencia particular sobre el proceso de salud y enfermedad, afectando seriamente su funcionalidad y la conducta de la persona. No relacionándose exclusivamente con el diagnóstico nosológico, sino con la condición clínica.

Al centrarse solo en el diagnóstico nosológico se corre el riesgo de dejar a una población potencialmente pertinente fuera de la intervención, cronificar e inmovilizar a los sujetos al interior de la red, cuestión que en definitiva provoca la fragmentación de las redes y sus relaciones, como también, tiene efectos en la propia persona que vive una enfermedad, su familia y comunidad al mantenerse el estigma y la exclusión social.

b) Un segundo concepto es el de **vulnerabilidad** que se relaciona, por un lado, con la susceptibilidad de desarrollar una enfermedad, y los recursos que la modulan y, por otro lado, alude a la vulnerabilidad psicológica de la persona que ya padece un trastorno mental o adictivo y que, en un momento de la evolución de su enfermedad, pierde la capacidad de conexión con su entorno quedando expuesta al actuar y protección o desamparo de otros.

c) El tercer concepto es el de **complejidad**, que describe el compromiso multidimensional de la experiencia de un sujeto con su enfermedad, esta dimensión ha sido ampliamente utilizada para este propósito en salud.

El abordaje de los problemas en salud implica la consideración de múltiples dimensiones que dan cuenta de la integralidad de la vivencia en el proceso salud – enfermedad y que determinarán el proceso de intervención. Estas operan en una comunidad determinada, a través de un individuo, familia o grupo, los que no solo tienen características individuales, sino que sociales y culturales, que dan cuenta de las formas de este vivenciar y de los potenciales recursos disponibles para su bienestar.

1.6. Estructura de la atención a las adicciones y la salud mental.

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

SERVICIOS COMUNITARIOS AMBULATORIOS

1.- Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC)

- Son los dispositivos básicos de atención especializada a la enfermedad mental y las adicciones y constituyen el primer nivel de atención especializado, con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales.
- Están constituidos por equipos multidisciplinares especializados en la atención ambulatoria.
- Atienden a personas de cualquier edad y a todo el espectro de trastornos mentales y adicciones.

- La derivación a estos centros se produce fundamentalmente desde los equipos de Atención Primaria, aunque también se puede acceder a través de urgencias hospitalarias o a petición de otras especialidades.
- Se desarrollan programas de rehabilitación y reinserción psico social y laboral para trastornos de salud mental y adicciones.

SERVICIOS DE DÍA

2.- Hospitales de Día (HD)

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

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

3.- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP)

- Integradas en Hospitales Generales, para tratamiento en régimen de ingreso de 24 horas, y estancias cortas de pacientes con enfermedad mental grave en fase aguda y desintoxicaciones de alcohol y otras drogas.
- Incorporan la atención de Urgencias de Psiquiatría las 24 h. del día en los servicios de Urgencias del Hospital General de referencia.
- Realizan programas de Interconsulta y Psiquiatría de enlace con otros Servicios del Hospital de referencia.
- Se accede mediante derivación desde otros dispositivos sanitarios de sistema comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental o desde el Servicio de Urgencias Hospitalaria.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

4.- Unidad de Media Estancia (UME)

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

5.- Centro de Rehabilitación (CR)

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

5 Centro de Día: recurso de hospitalización parcial, de 10:00 a 17:00, de lunes a viernes

6 Programa de Hospitalización de 24 h. de lunes a viernes.

SERVICIOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

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

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

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

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

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

8.- Hospital de día Infanto Juvenil (HDIJ)

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

A. DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS DE ADICCIONES

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

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

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

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

El tercer nivel de atención son dispositivos de tratamiento de adicciones de mayor complejidad técnica y dotación de personal de alta especialización. La vía de entrada al tercer nivel se realiza a través del protocolo de referencia del CSMC, por ser el eje del sistema de tratamiento específico.

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

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

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

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

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

. - En régimen de Conciertos, se propone acordar con entidades privadas que disponen de Unidades de Internamiento para adicciones, la utilización de plazas de ingreso para permitir cubrir necesidades en este tipo de programas.

. - Promover y crear si es preciso Unidades de Internamiento para adicciones mixtas o para mujeres específicamente, o con módulos específicos para mujeres.

1.7. Marco de la Salud Mental Comunitaria

I. FUNCIONES DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS (CSMC)

1º Asistencial

a) En los consultorios.

Podrá ser efectuada por cualquiera de los profesionales integrantes de la Unidad. En su mayor parte se tratarán de consultas programadas. Cabe admitir la consulta espontánea en función de la urgencia y la gravedad del cuadro de circunstancias sociales y geográficas (largos desplazamientos).

La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria, como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencias incluirá los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades, como psicoterapias individuales y de grupo, terapias familiares, etc.

d) Domiciliarias.

Será desarrollada fundamentalmente por enfermería, si bien, en caso necesario, el psicólogo o el psiquiatra deberán desplazarse al domicilio del enfermo.

c) Desplazamiento de alguno de los componentes del equipo a otras localidades del área de salud, para realizar la atención "in situ".

d) De urgencias, en colaboración con el resto de los dispositivos psiquiátricos de la zona.

e) Colaboración con centros hospitalarios de la Red de salud mental y adicciones. Esta colaboración engloba:

- Realización de interconsultas hospitalarias, en aquellos centros que carezcan de unidades de psiquiatría.

- Colaboración en guardias psiquiátricas.

Asimismo, resulta imprescindible lograr una íntima coordinación entre las Unidades Intrahospitalarias y las Unidades de Salud Mental ambulatorias.

f) Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria, que deben tener una doble finalidad:

- clínica

- formativa

g) Aplicación de técnicas que faciliten la rehabilitación y la reinserción social de estos pacientes. Este tipo de actividad debería realizarse a través de programas conjuntos desarrollados por los Centros de Salud Mental y los servicios y recursos comunitarios.

- **Con todo esto se persiguen los siguientes objetivos**:

A. Elevación del nivel de Salud Mental del área.

B. Mejora global de la calidad de la atención al enfermo mental.

C. Disminución del número de primeros ingresos en las Unidades de hospitalización psiquiátrica.

D. Drástica reducción del número de reingresos.

E. Disminución de la duración de las hospitalizaciones, gracias a la mejora de las prestaciones extrahospitalarias, que deberán permitir altas más precoces, y una reducción en el número de ingresos,

F. Reducción de la estigmatización, marginación y del aislamiento generado por la enfermedad mental (colaboración con otros recursos de la comunidad).

G. Incremento de la calidad de vida de los sectores de la población que presenta problemas mentales.

2º. Apoyo a los Equipos de Primer nivel de salud.

Con el fin de realizar más fácilmente esta función y para una mejor integración en la comunidad, lo Centros de Salud Mental Comunitaria se ubicarán preferentemente en Centros de Salud de Primer nivel o en su caso dispositivos cercanos a la comunidad.

La función de apoyo se ejercerá:

A) A través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los Equipos de Primer Nivel de Salud, con los siguientes objetivos:

- Difusión de la idea de que los trastornos psíquicos deben ser tratados; que estos tratamientos conducen a una remisión total en un alto porcentaje de enfermos y una mejoría notable en los restantes.

- Modificación de actitudes que favorecen la estigmatización del enfermo psíquico.

- Concienciación de que los enfermos mentales deben vivir en la comunidad donde deben ser atendidos.

- Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

B) Información sobre actuaciones específicas que posibiliten el tratamiento de enfermos psíquicos por los Equipos de primer Nivel de Salud.

C) Programación de sesiones clínicas y evaluación conjunta de casos, en los que intervengan los Equipos de Primer Nivel de Salud y Centros de Salud Mental Comunitaria.

3º. Funciones de trabajo comunitario de creación de redes de apoyo para intervención en determinantes de la salud mental y uso de drogas.

Tiene como objetivo la mejora de los determinantes de la aparición de problemas de salud mental y uso de drogas en la comunidad, mediante acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de área de influencia del CSM.

Entre las funciones estarían:
1.- Diagnósticos e intervención para mejora de recursos relacionados con la salud mental y adicciones de la comunidad: para proveer cuidados, nivel de empoderamiento, procesos de participación y apropiación comunitarios, lideres informales.

2.- Diagnostico e implementación de las redes y nodos relacionados con inicio de consumo de drogas y con la continuidad del mismo.

3.- Estudio de factores de vulnerabilidad en salud mental y adicciones.

4.- Diagnóstico e intervención sobre factores de riesgo de ambientales y de contexto que promueven el consumo abusivo de alcohol.

5.- Evaluaciones de impacto de los programas de tratamiento de base comunitaria.

6.- Articulación de los recursos de rehabilitación y reinserción socio laboral para personas con problemas de salud mental y adicciones. Así mismo con los ex privados de libertad que llegan a la comunidad.

7.- Creación de redes de recursos comunitarios para favorecer la prevención y promoción, y la continuidad de cuidados, y en entornos escolar, laboral, familiar comunitario, y en el ámbito rural.

4º. Funciones preventivas y de promoción de la Salud Mental

a) Promoción de la Salud Mental.

Tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y actividades negativas con el fin de incrementar el nivel de salud. Esto puede realizarse por:

- Actuaciones directas, ejercidas sobre:

- Colectivos, por medio de charlas, coloquios, etc.

- Sobre las personas que acudan al Centro de Salud Mental Comunitario.

- Uso de la TICs y Redes sociales para la promoción de la salud mental.

- Actuaciones indirectas: labor ejercida sobre otros profesionales que intervienen en el ámbito de la salud mental comunitaria (SLIMS, Defensorías del menor, Servicios SEDEGES, etc.).

b) Colaboración en programas preventivos específicos.

5º. Investigación

La investigación de las Unidades de Salud Mental se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos y de calidad de la atención (eficacia de programas), uso de servicios y barreras de acceso, entre otros; persiguiendo los siguientes objetivos:

- Evaluación de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en un área de salud determinada.

- Determinación de las necesidades asistenciales en Salud mental y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales.

- Determinación de factores ambientales y de desarrollo que condicionan la aparición de permanencia y la evolución de trastornos mentales.

6º. Funciones de registro de actividad y apoyo a los Sistemas de Información.

Cumplimentación de los formularios sobre actividad de cada profesional. Reportar los requerimientos de información del salud mental y adicciones de los sistemas de información de salud (SUIS-SNIS) y otros que sea requeridos.

II. METODOLOGIA DE TRABAJO DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

Los Centros de Salud Mental Comunitarios compartirían con los Equipos de Primer nivel de Atención de salud, una misma metodología de trabajo, que puede resumiese en:

a) Realizar un Diagnóstico de la situación de salud del área de influencia del Centro de Salud Mental Comunitario: diagnóstico de vulnerabilidades sociales, económicas de servicios; diagnóstico de problemas más prevalentes en la zona; diagnósticos de problemas sociales de mayor impacto en la salud mental y adicciones:

- Descripción del nivel de salud mental y adicciones.

- Identificación de los problemas de salud mental y adicciones: Elaborar un mapa de riesgos.

- Determinación de los factores condicionantes (medio físico, estructura socioeconómica, demografía, recursos sanitarios).

- Evaluación de las consecuencias en diferentes ámbitos de los diferentes problemas detectados.

b) Formulación de un plan, que incluye:

- Establecimiento de prioridades en función de la magnitud de los diferentes problemas, de su trascendencia de desarrollo y sociocultural, de la relación costo-eficacia, etcétera.

- Establecimiento de objetivos en función de las prioridades.

- Determinación de actividades y elaboración de programas.

- Evaluación de los resultados obtenidos.

- Análisis de los obstáculos.

- Requisitos necesarios para la puesta en marcha del Plan.

c) Abordaje integral del problema salud-enfermedad.

d) Situación enmarcada en el seno de la Comunidad: Elaborar una estrategia de intervención de base comunitaria en función de los diagnósticos realizados de vulnerabilidad.

e) Articular la participación del ciudadano en las tareas de planificación, organización, funcionamiento y control del Centro.

III. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES QUE INTEGRAN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

A. Funciones del Psiquiatra.

1º. Coordinación y dirección del Centro de Salud Mental Comunitario, coordinación con el Equipo de Primer Nivel de Salud y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud (esta función podrá ser alterna con el Psicólogo Clínico por periodos establecidos)

2º. Atención especializada al sector de la población que le corresponda, desplazamiento a otras localidades del Área de Salud con fines asistenciales.

3º. Indicación de hospitalizaciones y de la derivación de pacientes a otros especialistas o a otros centros.

4º. Participación en interconsultas y en Sesiones Clínicas con los Equipos de Atención Primaria.

5º. Participación de las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental.

6º. Promoción de estudios epidemiológicos y de calidad asistencial realizados por el centro de salud mental comunitario.

7º. Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones del CSM (si tiene funciones de coordinación).

8º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

9º. Trabajo comunitario en redes y apoyo a los recursos comunitarios.

B. Funciones del Psicólogo.

1º. Coordinación y dirección del Centro de Salud Mental Comunitario, coordinación con el Equipo de Primer Nivel de Salud y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud (esta función podrá ser alterna con el Psiquiatra por periodos establecidos)

2º. Atención especializada, psicoterapias, elaboración de informes psicológico, psicodiagnóstico.

3º. Desplazamiento a otras localidades del Área de Salud, con fines asistenciales; visitas domiciliarias en casos necesarios.

. Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria.

5º. Tareas de prevención y promoción de la Salud Mental y adicciones.

6º. Promoción de los estudios epidemiológicos y de calidad asistencial y otras labores de investigación desarrolladas por los Centro de Salud Mental Comunitario.

7º. Participación en las reuniones del Centro de Salud Mental Comunitario y en reuniones de coordinación con otros dispositivos asistenciales.

8º. Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones del CSM (si tiene funciones de coordinación).

9º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

10º. Trabajo comunitario en redes y apoyo a los recursos comunitarios.

C. Funciones de la Enfermera.

1º. Establecer el primer contacto con el usuario (acogida), a través de la elaboración de la historia psicosocial, valorando la urgencia de la demanda y estableciendo la citación.

2º Realiza la asignación de usuarios a los diferentes profesionales y/o programas de centro.

3º. Efectuar el control y seguimiento de los pacientes que han sido atendidos en el Centro, mediante visita domiciliaria o desde el propio centro.

4º. Realizar visitas domiciliarias para establecer primeros contactos, efectuar seguimientos y administrar tratamientos.

5º. Administrar tratamientos en el Centro de Salud Mental Salud Mental Comunitaria.

6º. Participar y colaborar en las distintas terapias que se realicen en el Centro.

7º. Participar en las tareas de apoyo en actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación, a los Equipos de Primer Nivel de Salud y en los programas de prevención y promoción.

8º. Impartir formación de Enfermería en pregrado y postgrado, dentro del Centro de Salud Mental Comunitario.

9º. Participar en la realización de investigaciones epidemiológicas y de calidad asistencial, y científicas que se desarrollen en el Centro.

10º. Realizar actividades de educación en Salud Mental, y participar en programas preventivos.

11º. Trabajo comunitario en redes y apoyo a los recursos comunitarios.

12º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

D. Funciones del trabajador social.

1º. Función de Atención Directa: Es la atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud mental.

2º. Función Preventiva, de promoción e inserción de la salud mental: Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo.

3º. Función de Coordinación: se le considera al trabajador social como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales. Su rol es asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias

4º. Intervenciones grupales socio educativas y terapéuticas.

5º. Participación en reuniones de coordinación interna del equipo de salud mental comunitaria y externa con primer nivel de salud, con el resto de los dispositivos de salud mental y adicciones de segundo y tercer niveles, prisiones, entre otros.

6º. Formación, docencia e investigación.

7º. Trabajo comunitario basado en el conocimiento de la población y la comunidad; y en la identificación de los problemas principales para poder desarrollar las acciones y los programas necesarios que den respuesta a ello. Creación de Redes de tratamiento y prevención

8º. Intervención domiciliaria: intervención social constituida principalmente por técnicas de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno de la realidad familiar.

9º. Funciones administrativas, realización de informes, estadísticas (sistemas de información) y memoria anual de actividad del centro de salud mental comunitario.

IV. DISTRIBUCION DE ACTIVIDADES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA

A título orientativo, se propone la siguiente distribución de actividades:

1º. Actividad Asistencia: la actividad asistencial ocupará el mayor porcentaje de tiempo del horario laboral, siguiendo la distribución siguiente:

Psiquiatra 35%

Psicólogo 30%

Enfermera. 30%

Trabajador social: 15%

2º. Funciones de apoyo a los Equipos de Primer Nivel de Salud, y de promoción y prevención de la Salud Mental.

Psiquiatra 10%

Psicólogo 5%

Enfermera 5%

Trabajador social 5%

3º. Investigación y Estudios Epidemiológicos y de Calidad asistencial.

Psiquiatra 10%

Psicólogo 20%

Enfermera 10%

Trabajo social 10%

4º. Trabajo comunitario de creación de redes de apoyo para intervención en determinantes de la salud mental y uso de drogas.

Psiquiatra 30%

Psicólogo 30%

Enfermera. 40%

Trabajador social: 50%

5º. Reuniones de la Unidad de Salud Mental y reuniones de coordinación con los Equipos de Atención Primaria con otras Unidades psiquiátricas.

Psiquiatra 10%

Psicólogo 10%

Enfermera 5%

Trabajador Social 5%

6º. Funciones administrativas, elaboración de informes, estadísticas (sistemas de información), memorias.

Psiquiatra 5%

Psicólogo 5%

Enfermera 10%

Trabajador social 15%

1.8.- Enfoque intersectorial en los ETAs del sistema comunitario de atención en adicciones y salud mental.

La reducción de las inequidades en salud mental y adicciones como objetivo del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, exige del trabajo conjunto entre el sector de la salud y otros sectores gubernamentales que tienen influencia sobre los determinantes sociales de la salud. Sobre la base de tal premisa, el centro de interés no es cualquier acción intersectorial, sino aquellas iniciativas que puedan reducir o eliminar las desigualdades en salud mental, aunque dichas iniciativas no se originen en el sector de la salud, no sean lideradas por este, ni él participe directamente en cada una de las intervenciones que constituyen la acción intersectorial.

Erigir a la equidad en el centro de dicha estrategia permite analizar si la intersectorialidad que se ha desarrollado ha tenido un impacto o no en la reducción de las inequidades. En base a ello, afloran algunos aspectos que cabría considerar en el diseño y evaluación de la intersectorialidad.

Adoptando la perspectiva de equidad de salud como objetivo central, la premisa principal es que la acción intersectorial puede ser eficaz para mejorar la salud en general, pero ineficaz para reducir las inequidades, si es que no se considera en su diseño el abordaje de las causas estructurales.
Un tercer elemento que guarda relación con lo expuesto es analizar la meta de las acciones intersectoriales.

Al respecto se pueden identificar tres grandes enfoques:

(1) mejoramiento de la salud de los grupos de baja posición socioeconómica o de mayor vulnerabilidad a través de programas específicos;
(2) reducción de las brechas de salud entre los grupos sociales más pobres o vulnerables y los grupos en mejor situación;
(3) abordaje del gradiente de salud, es decir, la asociación entre la posición socioeconómica y la salud en el conjunto de la población.
Los tres enfoques difieren significativamente en los valores subyacentes y en sus implicaciones para la programación.

En este sentido, cabe considerar que existe una amplia variedad de mecanismos y herramientas que pueden ayudar al desarrollo de la intersectorialidad y a la sustentabilidad de las iniciativas (St. Pierre, 2009)21. Ejemplos de ellos pueden ser los siguientes:

• Intercambio de información entre los sectores sobre investigación, transferencia de conocimiento, retroalimentación de los resultados de la evaluación, las comunicaciones, entre otros.
• Mantener contactos para la planificación y el establecimiento de prioridades.
• Mantener contactos sobre el desarrollo y la implementación de la solución política.
• Informar sobre el progreso y la realización de la evaluación de manera conjunta.
• Obtención de la aprobación del presupuesto o los recursos de manera conjunta.

En todo caso, es importante tener en cuenta que los mecanismos de iniciación o impulsores de la intersectorialidad tienden a diferir de aquellos que son necesarios para la sustentabilidad del proceso y, por lo tanto, hay que examinarlos por separado y en los contextos
específicos (OMS, 2010[22]; Shankardass, Solar et al., 2012[23]).
Como ya se ha mencionado, entre los mecanismos que pueden darle sustentabilidad a la intersectorialidad están las estructuras que permiten el encuentro y adhesión entre
los sectores del gobierno, tales como, eventualmente, los gabinetes sociales, los comités interdepartamentales, o los comités de dirección específicos. Sin embargo, la existencia de una estructura no asegura el éxito de la iniciativa.

Otro mecanismo que facilita la existencia y la sostenibilidad de la intersectorialidad es la integración de los presupuestos. El presupuesto incluso puede actuar como un importante catalizador que da lugar a la intersectorialidad, ya sea a través de presupuestos integrados de diversos sectores, incentivos fiscales para la colaboración intersectorial, acuerdos entre sectores sobre la financiación de la estrategia compartida, entre otros.

Otro aspecto descrito que incide en la sustentabilidad se refiere a los mecanismos de seguimiento y evaluación de las intervenciones intersectoriales, ya que pueden constituirse en un espacio de coordinación y de intercambio entre diferentes sectores. Es necesario examinar y sistematizar los casos que han ejecutado experiencias de evaluación, a fin de identificar oportunidades de aprendizaje y de monitoreo de la intersectorialidad.

[21] St. Pierre, L. (2009), Governance Tools and Framework for Health in All Policies. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies. Información disponible en: http://rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_Governance_tools_and_framework.pdf.

[22] Organismo de Salud Pública del Canadá y OMS (2010), Movilización de la acción intersectorial para la promoción de la salud: El caso de la iniciativa ActNowBC en Columbia Británica, Canadá, ISBN: 978-0-662-03362-2. Información disponible en: http://www.phac-aspc.gc.ca.

[23] Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K.; Greaves, L.; O'Campo, P. (2012), A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments, en International Journal of Public Health (2012) 57:25-33.

Finalmente, es preciso tener en consideración que también inciden en la sustentabilidad del trabajo intersectorial la capacidad y el conocimiento de las partes interesadas, su habilidad para trabajar en conjunto, así como el comportamiento de los actores y las culturas de los diversos sectores. Por ello es que resulta relevante facilitar un proceso de formación adecuada en salud pública del conjunto de los actores, que incluya una formación sobre los determinantes sociales de la salud. Se agrega a lo anterior considerar en la eficacia el grado en que el sector de la salud ha integrado en sus políticas las exigencias de otros sectores y, a la vez, si los resultados descritos en realidad han tenido impacto en la equidad en salud.

1.9. Sobre el enfoque de la rehabilitación y reinserción en salud mental comunitaria. Organización de servicios.

Relaciones entre atención comunitaria, rehabilitación y apoyo social

La atención a personas con trastornos mentales graves, con adicciones y en proceso de salida en libertad, en sistemas basados en el paradigma de atención comunitaria en salud mental, como es el SISTEMA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES., no cabe hablar entonces de "la" rehabilitación en términos globales, ni a efectos de discutir su papel y/o ubicación, en general, dentro del conjunto de intervenciones y servicios, ni a la de valorar esos aspectos en sistemas concretos. La conceptualización debe basarse en estas premisas:

1. En el nivel global de la *Atención comunitaria en salud Mental y Adicciones* y considerando que ésta se organiza en redes de servicios y equipos profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, es pertinente hablar del papel de la *rehabilitación en un sentido amplio*, entendiéndola como ***filosofía y estrategia***. En ese sentido, la rehabilitación es una característica básica definitoria del conjunto de la atención comunitaria y no de un determinado tipo de dispositivos, equipos o profesionales, ni de un determinado sector o adscripción administrativa (sanitario, social, laboral, educativo, etc.).

Lo que significa que todos y cada uno de los dispositivos y profesionales, que configuran una red comunitaria de salud mental y adicciones, deberían basar sus intervenciones en consideraciones rehabilitadoras y reinserción, en el sentido de orientarlas hacia la consecución del mayor nivel posible de funcionalidad personal y social de cada una de las personas atendidas, a la vez que deberían incorporar realmente, en todos los niveles de la red, la sensibilidad general sobre las dimensiones funcionales asociadas a la enfermedad mental y adicción, la consideración de cada usuario o usuaria como protagonista del
proceso, y la consiguiente inclusión de estos aspectos en la evaluación de necesidades, y en la programación y desarrollo de las intervenciones concretas.

- En lo que respecta al *sistema de salud mental y adicciones,* Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental*, son* pertinentes además dos tipos de consideraciones sobre

rehabilitación, utilizando ahora el término en sentido más restringido (programas de intervención y dispositivos y equipos profesionales):

a. Si hablamos de *programas de rehabilitación psicosocial*, hay que facilitar desde los servicios sanitarios aquellas técnicas sobre cuya
efectividad hay un razonable consenso profesional: rehabilitación cognitiva, recuperación o desarrollo de habilidades personales y sociales, y psicoeducación de los pacientes y de sus familiares. Grupo de intervenciones que, con distintos grados de estructuración, intensidad y especialización, debe ser por tanto un componente básico de la atención sanitaria.

b. Y, si hablamos de *dispositivos y profesionales*, un sistema de atención comunitaria de salud mental y adicciones de calidad necesita disponer de profesionales con capacidad para aplicar esos programas concretos de rehabilitación (recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas de funcionamiento personal y social) en muy distintos lugares de su red (básicamente en todos los que mantienen una relación prolongada con las personas con trastorno mental grave y adicción). Pero también parece razonable disponer en ella de algún dispositivo y/o equipo profesional específicamente capacitado, tanto para la evaluación funcional como para la aplicación de programas especializados y complejos de rehabilitación. Siempre que entendamos su función no sólo como aplicación directa de los mismos, en los casos de mayor complejidad y dificultad, sino también y quizás fundamentalmente, como apoyo al desarrollo de este tipo de programas en el conjunto de la red (incluyendo la investigación y la formación de personal). Dispositivos y profesionales que, en nuestra opinión, deben tener una adscripción sanitaria, reforzando así la dimensión psicosocial de los servicios de salud mental y facilitando la formación, en la misma, del conjunto de los profesionales.

En lo que respecta a los *programas y dispositivos de apoyo social*, habría que considerarlos como un elemento diferenciador de atención, que, aunque surgido en gran medida como prolongación de la atención sanitaria (desde el "tronco común" del hospital psiquiátrico), forma parte cada vez más de las políticas de inclusión social, dirigidas a favorecer el ejercicio del derecho de ciudadanía por parte de personas y colectivos con diferentes tipos de discapacidad. Como parte de una red comunitaria más amplia (sanitaria y social), los dispositivos y profesionales de apoyo social se incluyen plenamente en el campo de la "rehabilitación", en sentido amplio. Y, al mismo tiempo, suponen o deberían suponer en la mayoría de los casos, espacios y recursos personales privilegiados para el desarrollo de actividades de
"rehabilitación" (en el sentido más restringido de "actividades dirigidas a la recuperación y/o desarrollo de habilidades concretas para el funcionamiento personal y social"), de distinto nivel de especialización.
Aunque en todo caso dichas actividades deben realizarse con distintos grados de coordinación con el personal sanitario, cabe que algunas de ellas, de bajo nivel de complejidad, puedan ser desarrolladas por personal de la propia red de apoyo social.

4. Para que todo este enfoque pueda funcionar como una red de atención comunitaria en salud mental y adicciones, es preciso definir explícitamente tanto el marco general de intervención, desde la perspectiva global del sistema de atención a salud mental y adicciones y para todos sus dispositivos y equipos

profesionales, cuanto su concreción individual para cada persona a atender ("*Programa individualizado de atención*"). Lo que significa también establecer mecanismos de evaluación de necesidades y resultados, de formación y apoyo al personal, y los correspondientes espacios de coordinación, desde la discusión de casos a la gestión de los dispositivos y programas.

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

. - La reinserción es un proceso continuo que es parte de la finalización de un programa terapéutico, no necesariamente en régimen cerrado.

. - Desde las necesidades del tratamiento de adicciones y salud mental y respecto al sistema público, para asegurar la continuidad alta, con el proceso de reinserción se va a exigir en la acreditación, la existencia de programas de preparación para el alta de los pacientes, y la formulación de un itinerario de reinserción social y laboral personalizado.

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

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

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

A.- Propuesta de estructura de servicios de rehabilitación:

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIOS

Servicios de atención ambulatoria,

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

Equipos de Intervención Comunitaria.

Ofrecen atención en medio abierto y acompañamiento social, durante todos los días laborables del año de

lunes a viernes, según las necesidades de las personas.

Centros De Rehabilitación Psicosocial.

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

SERVICIOS RESIDENCIALES

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

. - Residencia Asistida para Enfermos Mentales y adicciones.

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

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

Servicio residencial prestado en una vivienda normalizada, donde la dinámica de relación y convivencia es de tipo familiar, que ofrece atención integral a las necesidades básicas y sociosanitarias para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la integración y participación social.

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

RECURSOS OCUPACIONALES

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

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

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

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

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

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

1.11.- La atención de las adiciones y la salud mental en el primer nivel de salud segundo escalón: los CSMC (Centros de Salud Mental Comunitaria)

IDEA CLAVE: EL EJE DEL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCIÓN ESPECÍFICA DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL SON LOS CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIA (CSMC)

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

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

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

. - El acceso al tercer nivel de atención se realiza por referencia del CSMC y en cumplimiento de los protocolos de coordinación formulados al efecto. Así mismo, por el carácter de los CSMC en intima

coordinación con primer nivel, las referencias hacia el resto de los dispositivos de segundo nivel se realizarán a través de ellos igualmente.

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

1.12. Trabajo en Redes Comunitarias.

Las redes son sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general; los cuales se traducen en producción de bienes y servicios teniendo como beneficiarios a poblaciones. Estos sistemas abiertos están en constante cambio y potencian a sus integrantes, satisfaciendo sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida". La construcción, reconstrucción y fortalecimiento de redes, e/ trabajo en redes, es una de las estrategias fundamentales en salud mental comunitaria. Para ello es necesario conocer quiénes trabajan en la zona; elaborar un mapa de redes, que varía dependiendo del tema que se trate, por ejemplo, liderazgo comunitario de los jóvenes, prevención de la violencia familiar, fortalecimiento de organizaciones de víctimas de violencia política, etc.

El trabajo en redes permite: El desarrollo de relaciones informales propicias para la integración social de la comunidad. Aceptar la diversidad y el respeto por el otro. Buscar el consenso sobre ciertos objetivos comunes para la acción colectiva en salud mental comunitaria incorporando a la diversidad de actores sociales de quehacer afín (instituciones públicas y privadas, ONG, organizaciones comunitarias, entre otras).

Fomentar, fortalecer, canalizar la participación social. Aceptar y aprovechar el valor constructivo de los conflictos. Usar la negociación como instrumento para lograr metas. Responder a necesidades con una orientación que busca solucionar problemas y producir recursos o mejorar su utilización. Difundir la información y el conocimiento en la comunidad. Movilizar a la comunidad, incorporándola a la solución de conflictos. Generar un espacio común de reflexión sobre los problemas de salud mental y los factores psicosociales y culturales que intervienen. El trabajo en redes comunitarias encuentra obstáculos tales como: liderazgos autosuficientes y egocéntricos que buscan el protagonismo único en la solución de los problemas de salud mental comunitaria; desconfianza en la capacidad de los otros para responder adecuadamente a las demandas; desesperanza y centralización del trabajo en los líderes con poca participación de los demás miembros de la comunidad y la falta de compromiso auténtico de los miembros. Del mismo modo, existen procesos psicosociales que potencian las redes comunitarias como: el fomento de la inclusión social, el respeto del otro y de otras formas de pensar, así como la apertura hacia nuevas ideas y nuevas soluciones. Otras son la visión compartida y distribución equitativa de responsabilidades, el rescate de la cotidianidad como potencial para la acción

9. ANEXO 2: DOCUMENTO DE APOYO PARA LA LINEA ESTRATEGICA 2 SOBRE FINANCIACION DE LA SALUD MENTAL

La financiación es un factor clave en la puesta en marcha de un sistema de salud mental viable. Es el mecanismo a través del cual los planes y las políticas se traducen en actuaciones mediante la asignación de recursos. Sin una financiación adecuada, los planes se quedan en el ámbito de la retórica y de las buenas intenciones. Disponiendo de financiación se puede crear una base de recursos para las actividades y la prestación de servicios, para el desarrollo y el despliegue de una fuerza de trabajo cualificada y para cubrir las necesidades tecnológicas y de infraestructura.
Para poder financiar un sistema de salud mental, los gestores políticos y los planificadores deben tratar las siguientes cuestiones clave:
> ¿Cómo se pueden movilizar los fondos necesarios para financiar el plan para la salud mental, incluyendo los servicios de salud mental y las infraestructuras requeridas?
> ¿Cómo se pueden asignar esos fondos y cómo se podría organizar la prestación de la atención a la salud mental de forma que se traten las necesidades y prioridades previamente definidas?
> ¿Cómo se puede controlar el coste de los cuidados?

Vamos a proporcionar una serie de recomendaciones para ayudar a financiar la atención a la salud mental. La financiación no es una actividad aislada, sino que aparece en un amplio espectro de contextos económicos y sociales y, a menudo, dentro del contexto de una financiación de la sanidad general. En muchos países, la financiación de la salud mental y adicciones está incorporada en un modelo de financiación sanitaria más general y a menudo no está diferenciada. En muchos casos ésta cobra forma según (o es determinada por) los objetivos de la financiación de la sanidad general.
Aunque la financiación de la salud mental y adicciones se encuentre dentro de un contexto más amplio, tiene unas consideraciones específicas. Las actividades y los pasos descritos aquí están estrechamente vinculados a la financiación.

Los objetivos de este apartado son:
(1) Proporcionar una introducción conceptual a los asuntos clave relacionados con la financiación de los servicios de salud mental y adicciones.
(2) Describir un enfoque progresivo de estos asuntos clave, reconociendo que puede ser necesario adaptar y ajustar los pasos a las circunstancias de cada país.
Los siguientes pasos representan una aproximación sistemática a la financiación de los sistemas de salud mental.

Paso 1. Entender el contexto general de la financiación de la atención sanitaria

El primer paso es comprender el contexto financiero de la atención sanitaria general en el que la financiación de la salud mental y adicciones está incluida.

> Los gobiernos disponen de muchos mecanismos para aumentar sus ingresos: impuestos, tasas a usuarios, disposiciones de pago, subvenciones y préstamos. Los servicios sanitarios pueden también ser financiados conjuntamente por los gobiernos federal, estatal o provincial. Algunos países utilizan un abordaje de la financiación mediante los impuestos generales, pero descentralizan la responsabilidad a los gobiernos locales.

> Existen tres formas de financiar la atención sanitaria individual: cotización privada individual, cotización privada colectiva y financiación pública.

> Algunos métodos comunes de financiación de los servicios de salud mental son la financiación basada en impuestos, la seguridad social y los pagos en efectivo.

> Las personas con trastornos mentales o adicciones son habitualmente más pobres que el resto de la población y menos capaces o deseosos de buscar ayuda por culpa del estigma asociado o de las experiencias negativas previas con estos servicios. El resultado es que pagar con su propio dinero o el de su familia es un obstáculo mayor comparado con los gastos asociados a numerosos problemas físicos agudos. Encontrar maneras de incrementar la participación en el prepago, en especial para los procedimientos caros o repetitivos, puede, por tanto, beneficiar a la salud mental y adicciones invirtiendo de forma preferencial si se dedican suficientes fondos adicionales a los problemas mentales y conductuales.

> Siempre que sea posible, los gobiernos deberían intentar conseguir la cobertura obligatoria de la salud mental, bien a través de una seguridad social o basada en tasas de carácter nacional. En muchos sistemas, no obstante (y no necesariamente en países pobres), esta cobertura obligatoria es difícil de lograr. En los países con rentas altas puede haber limitaciones, aunque exista esta cobertura. En muchos países de renta baja, los planes de seguro no se encuentran habitualmente disponibles o son inexistentes.

Paso 2. Analizar el sistema de salud mental para entender el nivel de recursos actuales y cómo se están empleando.

El análisis de los servicios existentes y de los recursos disponibles es un paso fundamental para entender el sistema de financiación de la salud mental.

> Este ejercicio de análisis debería incluir los costes del mantenimiento administrativo y de infraestructuras, especialmente los costes asociados a la puesta en práctica de una política, unos servicios y la infraestructura que éstos precisen.

> Deberían identificarse las categorías principales de este proceso de análisis y hacer un listado, por ejemplo, hospitales, atención residencial, servicios ambulatorios, sistemas de información y apoyo administrativo.

> Deberían identificarse las fuentes de financiación para estas categorías a partir de la información disponible. Podrían necesitarse fuentes intersectoriales.

> Deberían identificarse las fuentes de financiación según el tipo de financiación y el tipo de sector u organización que la concede.

> Entender las relaciones entre las fuentes de financiación y los recursos, asociados a las diversas funciones de la salud mental, puede proporcionar oportunidad para indicar las limitaciones al desarrollo de recursos adicionales.

Paso 3. Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental y adicciones

Entender las razones de por qué hay una financiación insuficiente es un punto de comienzo importante a la hora de crear los recursos básicos para la salud mental.

> Entre los muchos factores que pueden dar lugar a una financiación insuficiente están: una situación económica pobre en los países implicados, una falta de reconocimiento de los problemas de salud mental y sus consecuencias, la reticencia o incapacidad de los individuos con trastornos mentales o sus familias para pagar un tratamiento y el fracaso de los gestores políticos para entender lo que se puede hacer para prevenir o tratar los trastornos mentales, lo que a su vez suscita la creencia de que la financiación de otros servicios es más beneficiosa para la sociedad.

> Los recursos básicos puede desarrollarse a través de las iniciativas políticas.

> Los recursos básicos pueden crearse también a través de mecanismos financieros como los semilleros de financiación para proyectos innovadores y la inclusión del desarrollo de recursos de salud mental dentro de la salud general.

Paso 4. Asignar fondos para las prioridades de la planificación

> La asignación de fondos debe estar vinculada a las prioridades de la política y de la planificación.

> La asignación a cada región puede basarse en una financiación per cápita, pero esto no tiene en cuenta la diferencia en la prevalencia de los trastornos mentales (las personas de grupos de bajos ingresos tienen mayor prevalencia que aquellas de grupos de rentas altas), en los recursos existentes (los recursos de salud mental están mejor desarrollados en unas áreas que en otras), y ni en los factores de accesibilidad (las áreas rurales y remotas pueden presentar más dificultades que las urbanas a la hora del acceso a los servicios). Como parte del proceso de planificación, deben tenerse en cuenta estos factores a la hora de desarrollar estrategias de asignación de fondos desde el nivel nacional hacia el nivel local.

> Las asignaciones a las regiones deben coordinarse también con cualquier estrategia de descentralización o delegación de la autoridad al nivel local. Es importante tener en cuenta el desarrollo de habilidades de gestión local y de compromisos con la salud mental y adicciones para conseguir un impacto positivo con un incremento del control y de la titularidad local.

> Las asignaciones a los diferentes elementos e intervenciones deberían basarse en las poblaciones diana y en los tipos de servicio. Una base de datos, creada durante el proceso de planificación, sobre los servicios más rentables para los problemas especiales en diferentes subgrupos de población podría ayudar en este proceso.

> Un enfoque propuesto para diseñar sistemas comunitarios implica la transferencia de recursos desde los sistemas hospitalarios. No obstante, esto requiere una cuidadosa valoración y debería basarse en una evaluación del número de camas hospitalarias necesarias según los sistemas comunitarios van creciendo. Inicialmente podría necesitarse una doble financiación para asegurar que el sistema comunitario pueda acoger a las personas dadas de alta del hospital. Es más, los trasvases de fondos no pueden ser graduales porque los recursos sólo pueden trasladarse de los hospitales una vez las unidades hayan sido clausuradas y se hayan llevado a cabo las reducciones de personal pertinentes.

Paso 5. Elaborar presupuestos para la gestión y la rendición de cuentas

> Un presupuesto es un plan para lograr unos objetivos expresados en términos monetarios. La planificación es lo que debe guiar el proceso presupuestario. Demasiado a menudo, no obstante, los planes y los presupuestos se desarrollan de forma independiente y el resultado es que los objetivos no se ven reflejados de forma explícita en los presupuestos.
> Un presupuesto cumple cuatro funciones: política, de planificación, de control y de rendición de cuentas.
> Existen cuatro tipos de presupuestos: presupuestos globales, presupuestos por líneas de actuación, presupuestos basados en realizaciones y presupuestos base cero. Puede que los planificadores de salud mental no tengan la opción de escoger qué tipo de presupuesto se va a usar, pero es importante entender las principales ventajas y desventajas de cada uno.
> Un presupuesto debería estar ligado a las prioridades de los planes y políticas y no limitarse a los servicios. Las prioridades incluyen el desarrollo de una política, la planificación y su defensa.
> Una forma para potenciar la innovación consiste en crear un fondo especial para innovación en salud mental. Esto podría ser el germen de proyectos de demostración y evaluación, incluso a pequeña escala, de manera que se promueva el cambio y la mejora de la calidad.
> Por tanto, un presupuesto es mucho más que una proyección de los costes de un sistema de provisión de servicios. Es un instrumento para la comunicación de los estándares de rendimiento esperados por las organizaciones implicadas, es una herramienta para animar a los profesionales a que cumplan los objetivos y es un mecanismo para controlar y evaluar el rendimiento de varios sub-componentes del sistema.

Paso 6. Adquirir servicios de salud mental para optimizar la eficacia y la eficiencia.

> Existen básicamente tres grandes tipos de relación entre inversores y proveedores: de reembolso, por contrato e integrada. Los modelos integrados, en los que el inversor es el proveedor y no existe por tanto la dicotomía inversor/proveedor, están ampliamente difundidos, pero la mayoría de los países tiene una mezcla de modelos. Es más, los modelos están en continuo cambio dentro de los países.
> La compra se puede basar en un presupuesto global (esto es, se adquieren los servicios para una población estipulada), en la capitación (un subgrupo de la población dispondrá de los servicios), en la tarifa por casos (los destinatarios de los servicios) o en los pagos por acto (pagos por los servicios proporcionados).
Cada uno de estos modelos de compra tiene diferentes incentivos asociados, permitiendo al gobierno (o al comprador) decidir qué mecanismo es el más adecuado.

Paso 7. Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental.

La adecuación de las actividades y procesos financieros depende en gran medida de las organizaciones administrativas en las que se integren y en la calidad de la información sobre la que se basen. Las áreas fundamentales incluyen:
- organizaciones administrativas/adquisitivas.

- sistemas de información.
- evaluación y análisis de rentabilidad.
- difusión de la información e implicación de las partes clave interesadas.

Paso 8. Emplear la financiación como herramienta para cambiar los sistemas de prestación de los servicios de salud mental.

Los mecanismos de financiación pueden emplearse para facilitar el cambio e introducir innovaciones en los sistemas. Algunos factores financieros y presupuestarios que pueden ayudar a inclinar la balanza a favor de los servicios comunitarios con respecto a los servicios hospitalarios incluyen:
- flexibilidad presupuestaria.
- financiación explicita para servicios comunitarios.
- incentivos financieros.
- la coordinación de las inversiones entre ministerios o agencias.

Respecto a la integración de la atención a la salud mental y adicciones en los servicios de atención primaria, es necesario asegurar una inversión adecuada para los servicios de salud mental. Los servicios de salud mental y adicciones pueden no recibir la atención suficiente, y la cuantía de las inversiones puede estancarse o disminuir. Esto puede prevenirse: - haciendo un seguimiento de los fondos dedicados a los servicios de salud mental - creando líneas de actuación para los servicios especializados orientados a las poblaciones con problemas de salud mental - creando y protegiendo ciertos niveles de inversión para los servicios de salud mental y adicciones. Es importante mantener cierta capacidad económica para introducir innovaciones a través de demostraciones y proyectos piloto.

Conclusiones y recomendaciones para la actuación

1. Construir y ampliar el consenso sobre la salud mental y adicciones como prioridad.

Muchas de las acciones relacionadas con la salud mental están basadas en los pasos previos, como Legislación sobre salud mental y derechos humanos, Fomento de la salud mental, Política, planes y programas para la salud mental y Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental. La salud mental debe ser una prioridad social. Pero incluso estas actividades precisan de una base económica.

La primera actuación relacionada con la financiación es crear una alianza consensuada sobre las necesidades clave. Esto sienta las bases para el apoyo, que puede avanzar simultáneamente con la legislación, el desarrollo de la política y la financiación, como un conjunto coherente de actividades en vez de verse como iniciativas independientes y limitadas. La financiación depende, en definitiva, de la política, del apoyo y de unas expectativas más amplias de la sociedad.

2. Identificar las prioridades para la financiación.

Cada país tiene su propio punto de partida en el desarrollo de su sistema de salud mental y sus prioridades particulares, así como barreras que obstaculizan estas prioridades. Esto es cierto tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, los países ricos pueden verse enfrentados

a sistemas enormemente institucionalizados en los que el mayor problema para la financiación es el desplazamiento de los recursos existentes desde los hospitales hacia los entornos comunitarios. Por otra parte, en algunos países en vías de desarrollo puede que no exista virtualmente ningún sistema de salud mental y los mayores problemas tengan que ver con la obtención de fondos para proyectos piloto. Para un país que está empezando a desarrollar su sistema de salud mental, un aspecto primordial es el desarrollo de una infraestructura para la salud mental que incluya la legislación, la creación de un plan y el presupuesto asociado a las actividades iniciales propuestas. Para tales actividades, inicialmente se pueden obtener fondos del Banco Mundial o de otras organizaciones. El objetivo de la financiación inicial es la articulación de las leyes, políticas, derechos de los individuos y acuerdos estructurales generales que se pretende formen parte de la infraestructura a largo plazo del sistema de salud mental. Una vez cimentadas las bases, se puede tratar la financiación de los servicios de salud mental de forma más específica.

3. Enlazar la financiación de la salud mental con la financiación de la salud general.

Un aspecto principal de la financiación de la salud mental, especialmente en países que no hayan tenido un sistema de salud mental bien articulado, es asegurar que la financiación de la salud mental sea un componente integral de la financiación de la sanidad general y que se efectúen asignaciones específicas para la salud mental asociadas a otras iniciativas de salud.

La defensa de estas asignaciones presupuestarias se ha visto reforzada por los datos obtenidos de los DALYs (medición de la carga de una enfermedad determinada) y por la asociación de los problemas de salud mental a los problemas físicos de salud, como las enfermedades coronarias, la diabetes y otros trastornos.

4. Identificar los pasos que sean más relevantes para la situación de su país.

La actuación que se considere como la más pertinente dependerá de los objetivos específicos definidos en las políticas y los planes y de las cuestiones específicas a las que cada país se enfrenta. En general, cada país debe tratar los asuntos definidos en cada uno de los pasos, pero los detalles y el grado de elaboración de cada paso deberían ajustarse a las circunstancias específicas de cada país.

Una financiación adecuada y sostenida es un factor fundamental en la creación de un sistema de salud mental viable. La financiación es el mecanismo por el cual los planes y las políticas se transforman en actuaciones mediante la asignación de recursos. Sin una financiación adecuada, los planes se quedan en el plano de la retórica y de las buenas intenciones. Con una financiación adecuada, se puede crear una base de recursos para las operaciones y la prestación de servicios, el desarrollo y despliegue de una fuerza de trabajo entrenada, así como las infraestructuras y tecnologías necesarias.

La financiación es un bloque fundamental sobre el que descansan otros aspectos clave del sistema. Por lo tanto, la financiación no es sólo una fuerza motriz básica del sistema sino también una poderosa herramienta con la que los gestores políticos pueden desarrollar y dar forma a los servicios de salud mental y su impacto. Existe un riesgo paralelo inherente, y es que, si esta herramienta no se usa de forma planificada y meditada, los resultados y objetivos deseados podrían no conseguirse. De hecho, si los asuntos relativos a la financiación no se tratan adecuadamente, podrían producirse consecuencias dañinas no deseadas que obstaculicen dichos objetivos.

Para financiar los sistemas de salud mental y adicciones, los gestores políticos y los planificadores deben tratar las siguientes cuestiones clave:

- ¿Cómo se pueden movilizar los fondos necesarios para financiar el plan de salud mental, incluyendo los servicios de salud mental y las infraestructuras requeridas?
- ¿Cómo se pueden asignar esos fondos y cómo se podría organizar la prestación de la atención a la salud mental de forma que se traten las necesidades y prioridades previamente definidas?
- ¿Cómo se puede controlar el coste de los cuidados?
- ¿Cómo se relaciona la financiación con la política y la planificación?

La financiación está integrada e íntimamente ligada a los procesos de diseño de políticas y de planificación. La financiación de los servicios es la operativización de esos procesos: el presupuesto operativo debería ser el mecanismo por el cual los planes sean promulgados. Es útil pensar en estas distintas actividades como parte de un ciclo integrado de planificación, elaboración de presupuestos e implementación a nivel del sistema. Por tanto, el desarrollo de un plan estratégico refleja las metas y objetivos principales de una política. El plan es un vehículo esencial para la construcción y la articulación de un consenso entre un amplio espectro de partes interesadas en lo que respecta a la visión y los objetivos de la política y la manera de lograrlos. Sobre la base de las necesidades y prioridades reflejadas en el plan, se genera la petición de un presupuesto, el cual es revisado habitualmente por las personas clave en la toma de decisiones. A menudo ocurre que el presupuesto apropiado no es el mismo que el presupuesto que se solicita. En consecuencia, es probable que haya que modificar las prioridades y los objetivos. El presupuesto operativo, que normalmente cubre un periodo específico, se convierte en el recurso básico para el sistema general. Para conseguir los objetivos especificados es necesario realizar asignaciones a diferentes regiones, sectores de servicios y proveedores. El seguimiento del rendimiento de las entidades que reciben las asignaciones es necesario para poder evaluar la implementación del plan.

Implementar la política mediante la financiación: principios clave

Dado que la financiación es un vehículo para la política y la planificación y no al contrario, es esencial definir los principios clave sobre los que se basa la financiación de la salud mental y adicciones. En muchos países, los defensores y las partes implicadas en la salud mental están preocupados por cuatro áreas: accesibilidad, calidad, resultados y eficiencia. Éstas se traducen en las siguientes cuestiones clave.

- ¿Están recibiendo las personas los servicios necesitan? (ACCESIBILIDAD)
- ¿Están las personas recibiendo servicios adecuados de alta calidad? (CALIDAD)
- ¿Está mejorando su salud mental? (RESULTADOS)
- ¿Están ofreciéndose los servicios de forma eficiente? (EFICIENCIA)

La accesibilidad se refiere normalmente a la facilidad y la conveniencia con la que las personas obtienen los servicios. Incluye, asimismo, la consideración de si hay personas con necesidades no cubiertas que no están recibiendo ningún servicio.

La calidad se refiere a si el nivel de atención de los servicios prestados a una persona se adecua a su nivel de necesidad y si los servicios proporcionados son consistentes con los conocimientos actuales. Los gestores políticos a menudo tienen que decidir entre las asignaciones financieras que permitan atender a más personas, esto es, aumentar la accesibilidad, o que incrementen la calidad de los servicios de las personas que ya los están recibiendo. Obviamente, hay que conseguir un umbral mínimo de calidad, si no los servicios serían ineficaces y los recursos invertidos se desperdiciarían. Como se señala en el módulo Mejora de la calidad de la salud mental, no existen estándares globales de atención. Cada país debería definir el umbral mínimo en relación con el contexto y las condiciones específicas. No obstante, los gestores políticos tienen que decidir cuánto debe mejorar la calidad de los servicios por encima del umbral mínimo, mejorando a su vez la accesibilidad.

El equilibrio que se logre dependerá en gran medida de los resultados que son alcanzados. Para la mayoría de los gestores políticos, la optimización de la capacidad de producción en el trabajo, en el colegio o en el hogar es una meta importante. La adecuación e idoneidad de los servicios depende de las metas que se hayan establecido: cada una tendrá implicaciones particulares para los programas y servicios y, en consecuencia, para las inversiones que se necesitan. Los servicios deberían organizarse y gestionarse de forma que se maximice el uso de los recursos (eficiencia).

Esta optimización debería enfocarse en dos niveles: en primer lugar, el nivel de la sociedad, y en segundo lugar el nivel del sistema de salud mental propiamente dicho. Con frecuencia ocurre que el énfasis se pone en este último. Se necesita una perspectiva más amplia cuando la financiación para el acceso y la calidad apropiados no está disponible, porque se incurre en gastos. Un aspecto importante de tal maximización es la reducción del abuso o desaprovechamiento de los servicios que La financiación traduce los planes y las políticas en acciones. Los gestores políticos tienen que tomar decisiones financieras para así lograr el equilibrio entre atender a más gente y proporcionar un mejor servicio. Los servicios deberían organizarse y gestionarse de forma que se optimicen los recursos. Los recursos totales son fundamentales, pero las estrategias de asignación son igualmente importantes. La financiación puede afectar a la equidad, a la efectividad y a la eficiencia. no producen los resultados deseados. La maximización incluye la selección adecuada de servicios rentables para las personas que se ha determinado que los necesitan para así producir resultados deseables desde el punto de vista del individuo, del sistema de salud mental y de la sociedad. Asegurar que estas perspectivas están en consonancia es ciertamente una función clave de la planificación.

Es evidente que cuando los servicios de salud mental están disponibles pueden producirse reducciones en los costes de los cuidados de la salud física, aumentos en la productividad y una demanda reducida de otros servicios sociales y del sistema de justicia criminal. (Ej. Conti & Burton, 1994 ; Smith et al. 1996 ; Von Korff et al., 1998). Algunas de estas ventajas pueden tardar un tiempo considerable en observarse. Respecto a las intervenciones en niños, por ejemplo, los beneficios se asocian a la ausencia de problemas mentales, sociales y legales en la edad adulta.

La cantidad total de recursos disponibles para la salud mental es fundamental, pero es igualmente importante su asignación a las diferentes regiones, segmentos de población, servicios y programas. Los mayores problemas se plantean por la disparidad de recursos entre las áreas urbanas y las rurales y entre grupos de niveles de renta. Los gestores políticos tienen también que dirigir y tomar decisiones sobre la

distribución de los fondos dentro del sistema de salud mental, definiendo qué servicios están cubiertos y cuáles son prioritarios.

Los conceptos de equidad, efectividad y eficiencia pueden ayudar a los gestores políticos a tomar decisiones sobre la asignación de recursos.

> La equidad implica que ningún segmento de la población se vea indebidamente favorecido y que se tengan en cuenta otras posibles desigualdades. Para la mayoría de los gestores políticos, la mejora de la equidad implica trabajar hacia una mayor igualdad en los resultados o en el estatus entre los individuos, sin tener en cuenta el grupo de nivel de renta al que pertenezcan o la región en la que residan. No obstante, no hay un consenso sobre si la equidad debiera medirse en términos de estado de salud, de utilización de los servicios, de los recursos o de la accesibilidad.

> La efectividad está relacionada con el logro de resultados esperados o deseables. El grado de efectividad es una medida de lo bien que se producen los resultados.

> La eficiencia está relacionada con los recursos necesarios para la efectividad. Para un resultado concreto, la eficiencia aumenta si los recursos empleados disminuyen. La financiación puede afectar a la equidad, a la efectividad y a la eficiencia. Por ejemplo, si un sistema de salud mental depende del cobro a los usuarios como fuente de ingresos, esto puede ser una barrera para los pobres (EQUIDAD). Si no hay disponible una financiación adecuada, y aun así el objetivo es cumplir con la demanda, podrían producirse unos niveles de atención subclínica o unos servicios inadecuados, por lo que los resultados no cumplirían las expectativas (EFECTIVIDAD). Si no se financian intervenciones adecuadas, puede que los resultados tarden más en conseguirse, lo que resulta en unos costes mayores tanto para el sistema de salud mental como para la sociedad en general (EFICIENCIA).

PASOS PARA LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Paso 1. Entender el contexto general de la atención sanitaria

El primer paso es entender el contexto económico de la atención sanitaria en el que la financiación de la salud mental esta imbricada. Existen ciertos problemas comunes tanto en el sector de la salud mental como en el sector de la salud general. Éstos se pueden resumir en fondos insuficientes para programas rentables, en derroche y en inequidad distributiva. Las financiaciones aplicadas con poco rigor son causa fundamental de estos problemas. Los gobiernos disponen de multitud de mecanismos para recaudar fondos: impuestos, cobros a los usuarios, disposiciones de pagos, concesión de subvenciones y préstamos. La atención sanitaria también puede financiarse conjuntamente por los gobiernos federales y estatales o regionales.

Características de una buena financiación de la salud mental

Las características de una buena financiación de la salud mental son las mismas que las de una buena financiación para los servicios generales de salud (Organización Mundial de la Salud, 2000) .

Éstas son las tres consideraciones principales.

> Primera: las personas deberían estar protegidas frente a riesgos financieros catastróficos. Esto implica minimizar los pagos en efectivo y, en particular, solicitar este tipo de pagos sólo para pequeños gastos en bienes y servicios asequibles. Todas las formas de prepago, bien a través de los impuestos generales,

seguridad social obligatoria o seguros privados voluntarios, son preferibles en este caso porque combinan los riesgos y permiten que el uso de los servicios esté al menos parcialmente separado del pago por éstos. Ya que algunos problemas de salud mental son crónicos, es importante considerar no sólo el coste de tratamientos o servicios individuales, sino también la posibilidad de que éstos se repitan a lo largo de periodos extensos. Lo que un individuo o familia puede permitirse una vez, en caso de crisis, puede ser inasequible a largo plazo, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas no trasmisibles, como la diabetes.

> Segunda: las personas sanas deberían sufragar a las enfermas. En general, esto es característico de cualquier mecanismo de prepago (mientras que no se puede decir lo mismo del pago en efectivo), pero el flujo de las contribuciones en la dirección correcta para la salud mental depende de si el prepago cubre las necesidades específicas de las personas con trastornos mentales. Un sistema financiero puede ser adecuado a este respecto para muchos servicios, pero puede que no transfiera los recursos de las personas sanas a las personas enfermas en casos de problemas mentales o conductuales, simplemente porque éstos no están cubiertos. El efecto de un acuerdo financiero particular sobre la provisión de los servicios de salud mental depende por tanto de las intervenciones que han sido elegidas para ser financiadas.

> Tercera: en un buen sistema financiero, las personas ricas sufragan a los pobres, al menos hasta cierto punto. Ésta es la característica más difícil de asegurar porque depende de la cobertura y progresividad del sistema tributario y de quién está cubierto por los seguros privados o sociales. Las personas acomodadas están obligadas a sufragar a las personas pobres sólo si ambos grupos, y no sólo las personas pudientes, están incluidas en el sistema asegurador y si las contribuciones son al menos parcialmente proporcionales a los ingresos en vez de ser uniformes o proporcionales sólo al riesgo. Como siempre, la magnitud y la dirección de la contribución depende de los servicios cubiertos.

Actualmente, los métodos más comunes para financiar la atención a la salud mental son la financiación basada en impuestos, la seguridad social y los pagos en efectivo. Este último método carga un peso excesivo e inesperado sobre las familias, especialmente en los países con rentas bajas. Siempre que sea posible, los gobiernos deberían intentar conseguir una cobertura obligatoria de la salud mental, a través de los seguros nacionales, la seguridad social o por los impuestos. En muchos sistemas, no obstante (y no necesariamente en países pobres), esta cobertura obligatoria es difícil de conseguir. En los países con rentas altas, incluso cuando existe esta cobertura, también hay límites. En muchos países con rentas bajas, los planes de aseguramiento no están generalmente disponibles o, simplemente, no existen.

Puntos clave:

- Los gobiernos disponen de muchos mecanismos para obtener fondos: impuestos, cobros a los usuarios, disposiciones de pagos, obtención de subvenciones, préstamos. La atención sanitaria puede también financiarse conjuntamente por los gobiernos federales y estatales o provinciales. Algunos países emplean el enfoque de los impuestos generales, pero descentralizan la responsabilidad a los gobiernos locales.
- Existen tres formas de financiar la atención sanitaria individual: los pagos privados individuales, los pagos privados colectivos y la financiación pública.
- Los métodos más comunes para financiar un sistema de atención de salud mental son la financiación basada en impuestos, la seguridad social y los pagos en efectivo.

- Las personas con trastornos mentales son habitualmente más pobres que el resto de la población y a menudo están menos capacitadas o dispuestas a buscar atención por culpa del estigma o de experiencias negativas previas con los servicios. Como consecuencia, el pago en efectivo, personal o familiar es un obstáculo mucho mayor en comparación con muchas
enfermedades agudas. Encontrar formas de aumentar su capacidad de prepago, en particular para procedimientos caros o repetitivos, puede mejorar el gasto en salud mental de forma preferente, si se dedica la suficiente cantidad de fondos de prepago a los trastornos mentales y conductuales.
- Siempre que sea posible, los gobiernos deberían intentar conseguir una cobertura obligatoria de la salud mental, a través de los seguros nacionales, la seguridad social o los impuestos. En muchos sistemas, no obstante (y no necesariamente en países pobres), esta cobertura obligatoria es difícil de conseguir. En los países con rentas altas, incluso cuando existe esta cobertura, también hay límites. En muchos países con rentas bajas, los planes de aseguramiento no están generalmente disponibles o, simplemente, no existen.

Paso 2. Recopilar los servicios de salud mental para comprender el nivel de recursos actuales y cómo se están empleando

Una vez obtenido cierto entendimiento acerca del contexto general de la financiación de la salud mental, el siguiente paso es centrarse más específicamente en la financiación de los sistemas de salud mental dentro de los países. Este paso trata principalmente del estudio de los servicios de salud mental, por oposición al sistema de salud mental más amplio, incluyendo otros sectores no sanitarios como, por ejemplo; la vivienda, la educación, la justicia penal, etc. Este enfoque más restringido se adopta debido a la potencial complejidad de la financiación básica de todos los sectores implicados en la salud mental.
Para conseguir credibilidad y responsabilidad es necesario comprender qué recursos hay disponibles, a qué regiones y servicios están asignados y qué impacto tiene esta situación no sólo para los individuos con trastornos mentales sino para la población en general. Los planificadores y gestores políticos a menudo no saben qué recursos están disponibles porque los servicios de salud mental están fragmentados y son varios los ministerios responsables de las diferentes líneas de financiación de esos servicios de salud mental.
Para comprender qué recursos están disponibles es por tanto necesario analizar los sistemas de financiación de la salud mental. Esto define los recursos que están actualmente disponibles para los servicios de salud mental y cómo están asignados. Las actividades de este tipo revelan las carencias en la información necesaria.
El propósito de este paso es proporcionar a los gestores políticos una herramienta con la que obtener una mejor comprensión de las fuentes de financiación, de los mecanismos de compra, de las poblaciones objetivo, de los servicios y de sus efectos en los países o regiones en cuestión. Esta herramienta no pretende ofrecer una imagen estática, sino identificar los asuntos que pueden afectar a la asignación de recursos. Esto tiene implicaciones para las regiones, las diferentes poblaciones asociadas a cada servicio y para los propios servicios. En definitiva, hay dos perspectivas que deben estar relacionadas, a saber, cómo fluye el dinero y cómo y dónde acceden los usuarios a los servicios. La comprensión de estas dos corrientes es necesaria para dirigir racionalmente los sistemas de salud mental en la dirección adecuada.

Guía de preguntas para los gestores políticos que inician el desarrollo de este proceso.
- ¿Cuáles son las fuentes de financiación para los servicios de salud mental? ¿Qué cantidad está disponible de cada una?
- ¿Cómo están asignados los recursos a las diferentes regiones? ¿Es la asignación equitativa?
- ¿Cómo están asignados los recursos a los diferentes sectores de provisión de servicios? ¿Existen diferencias regionales?
- ¿Quién está recibiendo los servicios con la financiación disponible?
- ¿Qué cantidad de fondos van directamente a la provisión de servicios (versus a los costes administrativos)?
- ¿Quién debería estar recibiendo los servicios, pero no los recibe?
- ¿Cuánto costará proporcionar los servicios necesarios?

Las siguientes tareas pueden ser identificadas.

Tarea 1. Hacer una lista de los recursos de la salud mental y del presupuesto de cada uno.

Tarea 2: Diseñar los servicios existentes de salud mental en una matriz Como complemento a la tarea anterior, se puede diseñar una sencilla matriz que relacione las fuentes de ingresos con los sectores de provisión de servicios.

Puntos clave:

- Analizar los servicios existentes y los recursos disponibles para éstos es un paso fundamental para la comprensión del sistema de financiación de la salud mental.
- Este ejercicio de análisis debería incluir los costes administrativos y de infraestructura, en especial los costes asociados a la puesta en práctica de las funciones clave identificadas en los distintos módulos del conjunto de guías.
- Debería identificarse y elaborarse una lista de las categorías generales para este proceso de análisis., por ejemplo; hospitales, estructuras residenciales, servicios ambulatorios, sistemas de información, organizaciones de defensa y el apoyo políticoadministrativo).
- Deberían identificarse las fuentes de financiación de estas categorías y obtener asimismo toda la información disponible. Pueden necesitarse fuentes intersectoriales.
- Las fuentes de financiación deberían identificarse según el tipo de financiación y el tipo de sector u organización que proporciona dicha financiación.
- La comprensión de la dependencia entre estas fuentes de financiación y los recursos asociados a las diversas funciones del sistema de salud mental pueden proporcionar oportunidades para la obtención de recursos adicionales y especificar las limitaciones asociadas.

Paso 3. Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental

Una vez se ha obtenido una visión general del estado actual de la financiación de la salud mental mediante el análisis del sistema, el siguiente paso es crear unos recursos básicos para los servicios de salud mental. Esto debe hacerse de acuerdo con las prioridades identificadas en la política sobre salud mental. En esta etapa, los planificadores y gestores políticos se enfrentan inevitablemente con la realidad de una

financiación insuficiente para la salud mental. Entender las razones de esta insuficiencia es un punto de comienzo importante para crear los recursos básicos de salud mental.

La financiación insuficiente puede tener varias causas:

- Los países en situaciones económicas precarias o que se enfrenten a emergencias complejas ni serán capaces ni incluso estarán muy dispuestos a dar prioridad a los gastos en salud. Es más, dentro de los gastos sanitarios es muy poco probable que den la prioridad a las inversiones en salud mental.
- Bajo reconocimiento de los problemas de salud mental y de sus consecuencias.
- En los sistemas que dependen enormemente de los pagos de los usuarios, la financiación insuficiente puede surgir de la negación o la incapacidad de las personas con trastornos mentales (o de sus familias) de pagar el tratamiento. La estigmatización, las consideraciones de tipo cultural y los ingresos bajos pueden ser algunas de las causas.
- Puede que los gestores políticos no entiendan qué se debe hacer para prevenir o tratar los trastornos de salud mental y crean por tanto que la financiación de otros servicios conlleva más beneficios para la sociedad. En otras palabras, el argumento económico para la financiación de los servicios de salud mental ha sido notablemente esquivo. El estigma y la falta de información también mantienen la demanda de estos servicios en un nivel muy inferior al que corresponde según las necesidades.

El desarrollo de unos recursos básicos de salud mental requiere por tanto que los planificadores y gestores políticos traten las causas de la financiación insuficiente y encuentren maneras de superarlas. La expansión activa de los recursos básicos tiene tanto que ver con la política y las prioridades como con el análisis de las fuentes de financiación; el enfoque además debe ponerse en defender el tema de la atención a la salud mental.

Este punto debe quedar claro: expandir la base financiera del sistema de salud mental es en gran parte un asunto de prioridades políticas. Los fondos son limitados y la salud mental tiene que competir no sólo con otras partes del sector sanitario sino también con otros programas esenciales, como el desarrollo económico, las carreteras, el transporte, las comunicaciones y la educación. Por lo tanto, un buen punto de comienzo para expandir los recursos básicos reside en las iniciativas políticas.

Iniciativas políticas para expandir los recursos básicos

Algunas maneras de demostrar la importancia de la salud mental son:

- desarrollar y demostrar las evidencias para intervenciones rentables en salud mental.
- demostrar la utilidad de los argumentos económicos/casos de negocios, en temas como la calidad, los sistemas de información y otros aspectos de la infraestructura de los servicios.
- formar alianzas estratégicas con individuos y grupos clave, con los ministerios gubernamentales, con ONGs y con el sector privado.
- respaldar el movimiento de fomento para crear una demanda popular de la necesidad de unos servicios de salud mental y así incrementar por tanto la presión sobre el gobierno para que éste financie estos servicios de forma adecuada.

La creación de un fondo de innovación para la salud mental podría promover una mejora de la calidad y el cambio sostenible.

Estas iniciativas tienen el potencial de mejorar la financiación de los servicios de salud mental significativamente.

Mecanismos de financiación para expandir la base de recursos

1. "Sembrar" proyectos innovadores

Además de las iniciativas políticas para expandir los recursos básicos, pueden establecerse también mecanismos de financiación. Una forma es crear un fondo de innovación para la salud mental para así poner en práctica las propuestas e iniciativas definidas en la política.

El objetivo de este fondo sería el de fomentar proyectos orientados a la consecución de los objetivos descritos en la política sobre salud mental. El fondo financiaría la demostración y la evaluación de los programas implementando los cambios recomendados por la política. Éstos podrían incluir: el desarrollo de la política, el fomento y las iniciativas de mejora de la calidad. El objetivo sería no sólo financiar las buenas ideas sino también centrarse en las innovaciones que tengan una aplicación amplia y que por tanto puedan ser adoptadas o adaptadas en cualquier otro entorno.

Podría concederse dinero a organizaciones particulares de atención sanitaria local, a organizaciones privadas, agencias públicas o grupos de apoyo. Parte de este fondo debería reservarse para tratar proyectos fundamentales de investigación.

Un fondo de este tipo hace posible la innovación y ayuda a asegurar que los recursos adicionales no se dediquen al sistema de la forma habitual. Dedicar un dinero durante varios años puede asegurar una fuente de financiación sostenible y estable gracias a la cual se pueden realizar los cambios necesarios. Más aún, un fondo como éste puede ayudar a cubrir los costes iniciales a los que se enfrentan las organizaciones de atención sanitaria y otros organismos cuando se embarcan en el proceso de cambio.

Inicialmente pueden ser necesarios los préstamos gubernamentales o de donantes para respaldar los fondos de innovación. Las agencias externas o internacionales pueden estar en posición de suavizar la carga de los costes de transición. Debajo se muestra cómo solicitar tales fondos al Banco Mundial. Existen procedimientos similares para otras fuentes financieras.

Cómo acceder a los fondos del Banco Mundial

- Designar a una persona encargada de la salud mental en el ministerio de salud del país en cuestión.
- Identificar y documentar las actividades y programas de salud mental, incluyendo aquellos financiados por la OMS.
- Abrir una vía de presupuesto para la salud mental. Una línea de financiación separada dentro del ministerio de salud es útil, ya que puede servir como principio básico para el desarrollo de una propuesta que vaya a ser enviada al Banco Mundial.
- Identificar los proyectos de salud financiados por el Banco Mundial y consultar con las personas adecuadas para:
- Determinar qué se ha financiado y cuánto han progresado los proyectos.
- Descubrir las posibilidades de incluir la salud mental en actividades que ya están siendo financiadas.
- Identificar los procedimientos para enviar un proyecto de salud mental para la consideración del banco.
- Explorar la posibilidad de acceder a los fondos del Banco Mundial a través de un ministerio que no sea el de salud. Por ejemplo, pueden obtenerse préstamos para el sector social a través del ministerio de

educación o del ministerio de bienestar social o pueden incluso ser administrados por una ONG identificada por el ministerio de economía.

- Explorar la posibilidad de obtener fondos, aunque esto es más difícil, para proyectos de salud mental desde la sede central del Banco Mundial. Pequeñas cantidades de dinero están disponibles a través de unidades especializadas del Banco, como el Fondo Post-Conflicto y otros fondos fiduciarios. (Hay más información disponible en la página Web del Banco Mundial, www.worldbank.org.)

2. Incluir la salud mental en el desarrollo de los recursos de la sanidad general

Otra posibilidad sería incluir la salud mental de forma explícita en operaciones orientadas a incrementar los recursos de la sanidad general. De forma similar, cuando se buscan fondos de donantes o de agencias que subvencionan a programas de salud general, la salud mental debería formar parte de la agenda. Actualmente, en muchas de estas iniciativas se concede poca atención a la salud mental.

Existen dos maneras de tratar este problema. La primera es continuar promoviendo la salud mental en la planificación y en la política de la sanidad general. Esto se ha demostrado en algunas de las iniciativas políticas enumeradas anteriormente.

La segunda forma es incluir la salud mental en las iniciativas de sanidad general. En otras palabras, la posibilidad de obtener financiación para recursos de salud mental no debería limitarse a estrategias específicas para la salud mental, sino que debería incluirse y definirse específicamente como parte integral de las iniciativas para el desarrollo de recursos de la atención sanitaria general. En Sudáfrica, por ejemplo, la financiación de la salud mental se ha incrementado incluyendo un componente sobre salud mental en la estrategia nacional de prevención del crimen. Entre otros componentes, éste ha precisado la formación de enfermeras de atención primaria en técnicas de asesoramiento psicológico para tratar a las víctimas de un crimen.

En lo que respecta a decidir cuándo se han desarrollado adecuadamente unos recursos básicos deben señalarse que no existe una fórmula simple para un nivel de financiación adecuado. Es más, los estándares de comparación entre diferentes áreas tienen un valor limitado. Existen variaciones muy grandes en los objetivos y prioridades del sistema, en las poblaciones objetivo y en la asignación de la responsabilidad presupuestaria. Lo que se trata como un gasto en salud mental en un país puede considerarse un gasto en servicios sociales en otro. Como se apunta en otros módulos, la adecuación de los recursos básicos debería juzgarse en último término en relación con si el servicio de salud mental está mejorando sus resultados con las personas con trastornos mentales y con la población en general.

Puntos clave:

- Entender las razones de una financiación insuficiente es un punto de comienzo importante para crear unos recursos básicos para los servicios de salud mental.
- La financiación insuficiente puede surgir por varios motivos. Éstos incluyen: una situación económica adversa general en el país en cuestión, un bajo reconocimiento de los problemas de salud mental y sus consecuencias, la reticencia o incapacidad de los individuos con trastornos mentales (o sus familias) a pagar los tratamientos, el fallo de los gestores políticos en comprender qué se puede hacer para prevenir

o tratar los trastornos mentales y, en consecuencia, su creencia de que la financiación de cualquier otro servicio que no sea la salud mental será de mayor beneficio para la sociedad.

- Los recursos básicos pueden desarrollarse a través de iniciativas políticas tal y como se describe en otros módulos del conjunto de guías.
- Los recursos básicos puede desarrollarse también a través de mecanismos financieros como el fomento de proyectos innovadores y la inclusión del desarrollo de recursos para la salud mental en el de los recursos de la sanidad general.

Paso 4. Asignar fondos para tomar en consideración las prioridades de planificación

Cuando las necesidades de recursos se han definido y se han creado unos recursos básicos, el siguiente paso es la asignación de esos recursos. Existen muchas maneras de hacer esto: por región, por tipo de servicio, por población objetivo y por nivel de ingresos. Estas estrategias de asignación deben estar vinculadas estrechamente con las prioridades definidas en las políticas y planes. Debido a la diversidad de países y sus distintas necesidades, no existe una única estrategia de asignación.

No obstante, las estrategias generales descritas en el World health report (Organización Mundial de la Salud, 2001a) , a saber, la reorientación de los cuidados desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios comunitarios de salud mental y la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud general, proporcionan una estructura inicial a partir de la cual se puede avanzar. No obstante, las estrategias de asignación más específicas deben surgir a partir de estrategias implicadas o definidas en las políticas o en los planes.

Existen varios métodos mediante los cuales las políticas y los planes pueden asignar fondos, como, por ejemplo:

- desde el nivel nacional al nivel del distrito.
- a los distintos estratos del país según sus ingresos.
- a componentes e intervenciones dentro de los sistemas de salud mental. - a poblaciones diana.
- a regiones.

Asignaciones a instrumentos e intervenciones en los sistemas de salud mental

Los gestores políticos deben tomar decisiones relativas a la asignación de recursos escasos en el sector de la salud mental. Por tanto, las decisiones pueden estar relacionadas con: los tipos de servicio (ej. basados en hospitales o en la comunidad), la medicación psicotrópica o la gestión de casos, las poblaciones objetivo (ej. niños o adultos), las personas con trastornos mentales severos o depresión leve, las áreas geográficas (ej. áreas donde las personas con trastornos mentales tienen servicios insuficientes o zonas donde los desastres naturales han ocasionado necesidades especiales a la población). En la introducción se mencionó que debe existir una relación íntima entre las necesidades y las prioridades identificadas a través del desarrollo de la política y la planificación y la asignación de esos recursos. Las decisiones económicas deben basarse en estos procesos.

Sistema institucional frente a sistema comunitario.

El empleo de los fondos invertidos en hospitales psiquiátricos se propone a menudo como una forma de construir un sistema basado en la comunidad. Esto puede ser viable en un sistema de salud mental bien desarrollado en el que se encuentre operativo un sistema funcional comunitario. En la mayoría de los países, no obstante, se necesitan fondos adicionales para incorporar los servicios comunitarios de salud mental. Durante la transición puede precisarse de una planificación doble de los costes asociados a los servicios hospitalarios por un lado y a los servicios comunitarios por otro La universalización de los seguros médicos ha ayudado a mejorar la equidad. Los gestores políticos deben tomar decisiones relativas a la asignación de recursos dentro del sector de la salud mental. Deben tenerse en cuenta varios factores cuando se realiza una asignación desde sistemas institucionales a sistemas comunitarios. (Thornicroft & Tansella, 1999). Es más, en algunos países en los que no hay suficientes camas psiquiátricas en los hospitales puede no ser adecuado cerrar estas instituciones para respaldar los servicios comunitarios. De hecho, esas camas pueden resultar un sostén importante y una red de seguridad para el sistema basado en la comunidad. En los países donde haya un excedente de camas de hospital, puede reducirse su número y los ahorros pueden transferirse a servicios comunitarios de apoyo. Incluso en un sistema de este tipo hay ciertos factores que complican la situación.

A continuación, se enumeran algunos.

- Costes fijos de los hospitales. Una parte considerable del gasto operativo hospitalario está ligada al mantenimiento de la infraestructura y al personal. La reducción de utilización puede conllevar un ahorro si una unidad o pabellón completo se cierra de forma que el presupuesto del personal asociado pueda transferirse. En otras palabras, se obtiene un ahorro si las reducciones se producen en masa (como es el caso de una unidad o pabellón) y no si simplemente se da de alta a unos pocos pacientes.
- Disponibilidad de servicios basados en la comunidad. El empleo de los recursos del hospital para financiar la creación de un servicio comunitario de salud mental se basa en la suposición de que existen los recursos y la capacidad en la comunidad para absorber a las personas que antes recibían tratamiento en los entornos hospitalarios. Puede necesitarse una doble financiación para desarrollar los servicios comunitarios para que las personas que los precisen puedan ser transferidas.
- Los intereses personales de los trabajadores del hospital. Los trabajadores del hospital pueden tener puestos, salarios, prestaciones y otras ventajas que no están dispuestos a abandonar como parte del proceso de transición. Las comunidades en las que se encuentran los hospitales pueden haber adquirido ventajas económicas y pueden por tanto resistirse a las reducciones del tamaño del hospital. Estas posibilidades deben tenerse presentes en todo proceso de transferencia.
- La atención hospitalaria puede ser adecuada. En un sistema con fondos insuficientes, las personas pueden recibir tratamientos especializados o intensivos óptimos en los entornos hospitalarios. Podría por tanto ser adecuado dirigir una gran proporción del presupuesto para salud mental hacia los hospitales. En esta circunstancia no se debería defender la atención comunitaria basándose en la reducción de la hospitalización.

Puntos clave:

- La asignación de fondos debe estar vinculada a las prioridades de la política y la planificación.
- Las asignaciones a cada región pueden basarse en una financiación per cápita, pero esto no tiene en cuenta las diferencias en la prevalencia de los distintos trastornos mentales (las personas en grupos de renta más baja presentan un índice de prevalencia mayor que las personas más pudientes), en los recursos disponibles (ciertas áreas tienen unos servicios de salud mental más desarrollados que otras) y en la accesibilidad a los servicios (las áreas remotas o rurales pueden tener más problemas a la hora de prestar servicios que las áreas urbanas.) Como parte del proceso de planificación se deben considerar estos procesos durante el desarrollo de las estrategias de asignación desde el nivel nacional hacia el nivel local.
- Las asignaciones a cada región deberían coordinarse con cualquier estrategia de descentralización o delegación de la autoridad en el nivel local. Es importante tener en cuenta el desarrollo de la capacidad de gestión local y la dedicación a la salud mental para que el impacto sea positivo e implique una posesión y control locales incrementados.
- Las asignaciones a los distintos componentes e intervenciones deberían basarse en poblaciones objetivo y tipos de servicio. Una buena base de datos acerca de los servicios más rentables para problemas especiales creada a lo largo del proceso de planificación puede resultar de ayuda en este proceso.
- Una de las estrategias propuestas para crear un sistema comunitario es transferir recursos desde el sistema hospitalario. Esto requiere, no obstante, de una cuidadosa evaluación y debería basarse en la cantidad de camas hospitalarias necesarias según va creciendo del sistema comunitario. Al principio puede necesitarse una doble financiación para asegurar que el sistema comunitario puede acomodar a los pacientes dados de alta de los hospitales. Las transferencias de fondos no pueden ser graduales: deben aglutinarse porque los recursos hospitalarios no pueden transferirse hasta que se cierren las unidades y las reducciones de plantilla sean factibles.

Paso 5. Elaborar presupuestos para la gestión y la rendición de cuentas

Después de crear unos recursos básicos de salud mental y haber asignado los recursos, el siguiente paso esencial es la elaboración de un presupuesto. El presupuesto de una organización es un plan para alcanzar los objetivos de dicha organización descrito en términos monetarios durante un periodo de tiempo determinado. El presupuesto es en esencia un plan de operaciones expresado en términos fiscales. Como ya se destacó en la sección anterior, es la planificación y no los asuntos financieros la que debe guiar el proceso de elaboración de un presupuesto. Demasiado a menudo ocurre que los planes y presupuestos se desarrollan independientemente, de forma que los objetivos estratégicos no se ven reflejados explícitamente en los presupuestos.

La planificación debe considerarse en los niveles estratégicos y operativos. Los planes estratégicos se centran en lo que se quiere conseguir e identifican los mecanismos y los procesos de una manera amplia. Los planes operativos indican detalladamente cómo se van a conseguir los objetivos, es decir, quién hará qué y cuánto en un periodo determinado. Los presupuestos están más ligados al nivel operativo y definen tanto los recursos disponibles como su asignación. Los procesos de elaboración de un presupuesto difieren en su especificidad y en la lógica empleada para diseñarlos.

Funciones de un presupuesto

Un presupuesto sirve a las funciones de planificación, de política, de control y de rendición de cuentas. Por lo que respecta a la planificación, un presupuesto describe el sistema de prestación de servicios definiendo los costes de sus componentes. Por ejemplo, para elaborar un presupuesto de un hospital psiquiátrico es necesario definir el número de camas y de personal, tanto clínico como administrativo, de modo que se pueda proyectar el coste de operatividad del hospital. De manera similar, la cantidad de presupuesto asociado a los servicios comunitarios da forma a su mantenimiento o crecimiento.

Un presupuesto es también una manifestación de la política. Si un servicio no recibe presupuesto, incluso si éste es un componente fundamental de un plan nacional sobre salud mental o un plan estratégico, el presupuesto refleja la realidad o la capacidad de implementar esa política en cuestión. Por ejemplo, si dicha política dice que todas las personas con trastornos mentales severos deberán recibir medicación gratuitamente y el presupuesto no lo permite, la política efectiva se concreta en que las personas con trastornos mentales severos no recibirán mediación gratuitamente.

Un presupuesto sirve además a la función administrativa de control. Los presupuestos asignan fondos y asocian recursos a actividades específicas. Esto no implica, sin embargo, que dichas actividades vayan a llevarse a cabo en realidad. Controlar los gastos asociados a las actividades y los objetivos que las actividades pretenden alcanzar permite a los administradores determinar si los gastos reales y las actividades son proporcionales a las predicciones. El estudio sistemático de estos aspectos proporciona una oportunidad para ejecutar acciones correctivas, revisar las actividades existentes y mejorar el rendimiento.

Por último, un presupuesto sirve a la función de rendición de cuentas. Un presupuesto se suele asignar a varios departamentos o unidades sub-organizativas. Cada unidad está a cargo de sus recursos y de sus gastos y es por tanto responsable de alcanzar los objetivos propuestos y contribuir a las metas estratégicas clave. Los informes de estas unidades a intervalos regulares (semanales, mensuales, cuatrimestrales, ...) permiten establecer comparaciones entre el rendimiento real y el rendimiento presupuestado. Los presupuestos pueden definir la responsabilidad, supervisar la capacidad de rendir cuentas e incluso promover el sentido de los fines de la organización.

¿Cómo puede un presupuesto promover las políticas y planes sobre salud mental?

El primer paso requiere de la capacidad para hacer un seguimiento de los fondos asignados a la salud mental tanto a nivel nacional como a nivel de distrito. Como poco, este paso proporciona una estimación de los recursos gubernamentales para la salud mental. Los planificadores de salud mental deberían cerciorarse de que se establece una línea presupuestaria para la salud mental en cada nivel de gobierno que tenga que ver con la financiación sanitaria, esto es, los niveles nacionales, provinciales y de distrito.

El siguiente paso es relacionar estos presupuestos con la forma en que se están empleando para asignar los recursos, como la promulgación de las iniciativas prioritarias asociadas a la mejora de la calidad, al fomento, la planificación y la infraestructura. Puede que esto se haya hecho ya en los presupuestos. En

este caso, hacer un seguimiento de si los gastos se adecuan al presupuesto lo cual ayuda a identificar el uso de los recursos. Si esto no es posible, se pueden lograr progresos obteniendo información sobre la utilización y sobre las iniciativas prioritarias. Estos procesos facilitarán el proceso de análisis descrito con anterioridad.

Una vez se disponga de información sobre el uso de los recursos actuales, es más fácil elaborar presupuestos para las prioridades de las políticas y de los planes. También resulta más fácil predecir los costes de expansión de los servicios existentes o de otros que puedan ser más rentables. Es posible identificar deficiencias en el sistema. Esto requiere que el planificador de salud mental abogue por un enfoque presupuestario consistente, sino estandarizado, a todos los niveles locales y gubernamentales.

Para ligar el proceso presupuestario con las prioridades de la política y de la planificación, la capacidad de elaborar proyecciones presupuestarias y escenarios aumenta según la especificidad operativa de los planes. La relación entre el presupuesto y el plan es tal que el plan especifica lo que debería encontrarse en el presupuesto mientras que el presupuesto y los gastos asociados determinan si hay o no hay fondos disponibles para las iniciativas prioritarias. El planificador de salud mental debe dotar asimismo de especificidad a los componentes del presupuesto de forma que exista tanto continuidad como innovación. Los componentes presupuestarios para actividades clave deberían estar representados en el presupuesto si han sido identificados como prioridades en los planes y políticas. La creación de un componente presupuestario para proyectos de evaluación y demostración, o para innovaciones, puede quizás parecer extravagante, pero puede convertirse en un mecanismo de bajo coste para introducir cambios y evitar el estancamiento de un sistema en su forma actual.

¿Debería existir un presupuesto independiente para la salud mental y adicciones?

Surge la pregunta de si el presupuesto para la salud mental y adicciones debería ser independiente o estar integrado en el presupuesto general sanitario. Desde el punto de vista de la política, es recomendable que la atención a la salud mental esté integrada en el sistema general de atención sanitaria. Sin embargo, desde la perspectiva presupuestaria es a menudo recomendable que exista un presupuesto independiente, diferenciado e identificable para la salud mental, bien bajo el control de los planificadores de salud mental y de los gestores políticos, bien como un componente dentro del presupuesto general sanitario.

La razón principal para esto es que la salud mental es un caso especial dentro de la sanidad general que no ha recibido la prioridad que merece. Esto es así debido a la falta de información acerca del impacto y los costes de los trastornos mentales, el estigma asociado, la percepción de la ineficacia de las intervenciones, la fragmentación de las líneas presupuestarias existentes y de los servicios necesarios para atender las necesidades de las personas con trastornos mentales, así como a la ausencia de un apoyo y defensa adecuados para el cambio en el campo de la salud mental.

A medida que se van formulando políticas y planes sobre salud mental en los distritos (que pueden o no estar englobados en las políticas y planes de la sanidad general), cada país debe decidir cómo emplear la financiación y la elaboración de presupuestos para ponerlos en marcha. La ventaja de un presupuesto independiente para la salud mental es que los nuevos recursos disponibles para la salud mental se pueden dirigir hacia la implementación de las políticas y planes de salud mental. Incluso cuando estos recursos son asignados al nivel local o de distrito, existe cierta seguridad de que los gastos se orientarán hacia la salud mental. Es más, un presupuesto independiente para la salud mental permite un cierto grado de flexibilidad a la hora de transferir recursos desde un componente de la atención a la salud mental hacia otro.

Incluso si la atención a la salud mental se ve cubierta en parte por un presupuesto general de salud, es esencial documentar el uso de los recursos de salud mental. Esta información puede proporcionar un medio para hacer un seguimiento de la manera en que se emplean los recursos de salud mental. Puede emplearse también en el proceso de planificación para destacar los recursos adicionales necesarios. Dentro del presupuesto general de sanidad podría ser también útil especificar que el presupuesto para la salud mental está exento de recortes presupuestarios hasta que se alcance cierto nivel crítico.

El hecho de que el presupuesto para la salud mental deba ser independiente o deba estar integrado en el presupuesto general de sanidad es tanto una función de estructura, consenso, apoyo y diseño de políticas en el país, como de prestación de servicios. Qué estrategia adoptar, depende de la estructura política, administrativa y de prestación de servicios de cada país en cuestión. En cualquier caso, el objetivo es asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para identificar las prioridades de la salud mental.

Muchas de las recomendaciones e innovaciones presentadas en este módulo pueden llevarse a cabo sólo si existe financiación para ellas. Tanto si existe un presupuesto independiente para la salud mental como si no, un aspecto esencial es la inclusión de una línea de actuación o fondos para la puesta en práctica de estrategias que sean prioritarias según se describe en la política y los planes. Éstas no deberían limitarse al sistema de prestación de servicios, sino que deberían incluir la financiación para las funciones de creación de políticas, desarrollo de planes y mejora de la calidad. Debe especificarse asimismo la infraestructura para la administración de apoyo, como por ejemplo la financiación de los sistemas de información o la formación. Éstos son los pilares sobre los que se sustentará el sistema de salud mental del futuro.

Sin una financiación de estas funciones, su implementación se vuelve menos factible y su potencial inherente disminuye.

Puntos clave:

- Un presupuesto es un plan para alcanzar unos objetivos descrito en términos monetarios. La planificación es la que debe guiar el proceso de elaboración de presupuestos. Demasiado a menudo ocurre que los planes y los presupuestos se desarrollan independientemente, de forma que los objetivos de los planes no se ven reflejados explícitamente en los presupuestos.

- Un presupuesto cumple cuatro funciones: de planificación, de política, de control y de rendición de cuentas.
- Existen cuatro tipos de presupuesto: presupuestos globales, presupuestos por líneas de actuación, presupuestos basados en realizaciones y presupuestos de base cero. Puede que los planificadores de la salud mental no tengan la opción de definir el tipo de presupuesto a emplear, pero se identifican las principales ventajas y desventajas.
- Un presupuesto debe estar ligado a las prioridades de las políticas y los planes y no debe verse limitado a los servicios. Se deben incluir prioridades como la creación de políticas, la planificación y las funciones de fomento.
- Una aproximación para tratar la innovación es crear un fondo especial de innovación para la salud mental que podría financiar proyectos de demostración y evaluación, aunque sea a pequeña escala, que ayuden a promover el cambio y la mejora de la calidad.
- En resumen, un presupuesto es mucho más que una proyección de los costes de un sistema de salud mental. Es un instrumento para comunicar los estándares de rendimiento que las organizaciones esperan, una herramienta para motivar a los profesionales a que alcancen las metas y los objetivos y un mecanismo para controlar y determinar el rendimiento de los diferentes componentes suborganizativos.

Paso 6. Contratar servicios de salud mental de forma que se optimice su efectividad y su eficiencia

- Básicamente existen tres grandes tipos de relaciones entre financiadores y proveedores: por reembolso, mediante contrato e integrado. Mientras que los modelos integrados (en los que el financiador es también el proveedor y no existe la dicotomía financiador-proveedor) están muy difundidos, la mayoría de los países posee una mezcla de modelos. Además, estos modelos están cambiando dentro de los países.
- La contratación puede basarse en un presupuesto global (esto es, se adquieren servicios para un población determinada), en la capitación (esto es, un subconjunto definido de una población tiene los requisitos para obtener los servicios), en la tarifa por caso (esto es, para los receptores de los servicios) o en el pago por acto (esto es, tarifas por los servicios proporcionados).
- Cada uno de estos convenios de contratación tiene sus propios incentivos asociados con el proceso, permitiendo al gobierno (o a los compradores) decidir qué mecanismo es el más adecuado.

Paso 7. Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental

Una infraestructura para la financiación de la salud mental es esencial para alcanzar los objetivos de la política y de los planes. La idoneidad de los procesos económicos descritos en este módulo depende en gran medida de las estructuras administrativas en las que se integren dichos procesos y de la calidad de la información a la que puedan acceder. Este punto es clave y merece ser destacado: en demasiadas ocasiones el desarrollo de las capacidades gestoras y administrativas se obvian.

Las áreas clave a tratar en esta sección son:
- estructuras de gestión/adquisición.

- sistemas de información.
- evaluación y análisis de rentabilidad.
- difusión de la información e implicación de las partes interesadas clave.

Paso 8. Empleando la financiación como herramienta para cambiar los sistemas de prestación de servicios de salud mental

Se pueden emplear mecanismos de financiación para facilitar el cambio e incorporar innovaciones en los sistemas.
Algunos factores financieros y presupuestarios que pueden impulsar la transferencia de servicios desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad incluyen: flexibilidad de presupuestos, protección de la financiación para los servicios comunitarios, incentivos económicos y la coordinación de la financiación entre ministerios o agencias.
- A la hora de integrar la salud mental con la atención primaria es importante asegurar, desde el punto de vista financiero, que las inversiones en los servicios de salud mental sean adecuadas. Existe la preocupación de que los servicios de salud mental no reciban la atención suficiente y que la financiación pueda por tanto estancarse o disminuir. Algunos mecanismos para prevenir esto son: hacer un seguimiento de los fondos invertidos en los servicios de salud mental, desarrollar líneas de actuación para servicios especializados para poblaciones de salud mental, crear (y proteger) niveles de financiación para los servicios de salud mental.
- Es importante mantener cierta capacidad de financiación para incorporar las innovaciones a través de demostraciones y proyectos piloto.

3. Obstáculos y soluciones para la financiación de servicios de salud mental

Los obstáculos a la financiación de los servicios de salud mental pueden clasificarse en (1) aquéllos relacionados con valores sociales y una comprensión general de los servicios de salud mental y su efectividad y (2) aquéllos relacionados específicamente con las estrategias y los procedimientos de financiación. Ambos tipos de obstáculos deben superarse para conseguir una financiación adecuada. Es esencial alcanzar un consenso social amplio sobre la prioridad de la salud mental. Muchos de los módulos que forman parte de este conjunto de guías describen cómo se puede lograr esto. El presente módulo tiene en consideración muchas de los obstáculos relacionadas con aspectos financieros específicos. Algunos de estos obstáculos y las formas posibles de superarlos se tratan en esta sección.

Demostrar la efectividad/rentabilidad. La necesidad de demostrar la efectividad y la rentabilidad de la atención a la salud mental es una de las barreras sociales principales a la hora de conseguir las inversiones necesarias para la salud mental. Los servicios de salud mental tienen que competir con otros servicios por los recursos sociales y sanitarios, que suelen ser escasos. Hasta hace poco, el “éxito del negocio” para los servicios de salud mental era esquivo. La naturaleza de los beneficios derivados de los servicios de salud mental es algo diferente de la de los beneficios obtenidos de la atención sanitaria general. Al contrario

que con los beneficios que surgen del control de las enfermedades contagiosas o de la vacunación, en las que el tratamiento de un caso puede proteger a otros, los beneficios de la salud mental son de naturaleza no sanitaria, como son los costes más bajos de servicios sociales o las reducciones en accidentes o lesiones.

No obstante, la situación está cambiando. Existe evidencia en la literatura de que los servicios de salud mental pueden tener una compensación médica, esto es, que pueden dar lugar a unos costes menores de la sanidad general. Más aún, esta barrera se va superando gradualmente como consecuencia de los estudios sobre la carga general de enfermedad y la evidencia cada vez mayor de la efectividad de estos servicios.

La cronicidad de algunos trastornos mentales. El hecho de que algunos trastornos mentales sean crónicos, como ocurre con ciertas enfermedades físicas crónicas y al contrario de los problemas médicos agudos e impredecibles, hace que dichos trastornos sean difíciles de cubrir por los seguros privados y sean adecuados para los servicios públicos. Es más, asociadas a la cronicidad están las necesidades de vivienda y apoyos sociales. Estos aspectos no están amparados por la sanidad y ocasionan la fragmentación de los presupuestos asociados a los servicios para personas con trastornos mentales.

Una solución es tratar de analizar las diversas fuentes de financiación para la atención a la salud mental. Dicho análisis puede ayudar a desarrollar un enfoque más coordinado y sistemático de la planificación y la financiación de las múltiples necesidades de las personas con trastornos mentales. Otra solución es permitir la inclusión de los trastornos mentales crónicos en la planificación de servicios, es decir, personalizar las estructuras de financiación para que traten las necesidades de servicios a largo plazo.

Falta de datos financieros precisos. La falta de datos financieros precisos es una limitación grave para la financiación de los servicios de salud mental y para el seguimiento de la asignación de los recursos disponibles. Para solucionar ese asunto es necesario comenzar con la información que esté disponible o con los datos que puedan obtenerse fácilmente mediante sondeos, presupuestos hospitalarios y otras fuentes. Es esencial crear la base de datos para la financiación de la salud mental desde el momento mismo en que se inicia el proceso si se pretende obtener una financiación adecuada. Las decisiones sobre qué datos recopilar dependerán de las necesidades económicas específicas del sistema de salud mental en cuestión. Esos datos pueden ir refinándose con el tiempo.

Reasignación de los recursos existentes. En muchos países es posible que no se pueda disponer de nuevos recursos inmediatamente y que el desarrollo de los sistemas de salud mental requiera la reasignación de los recursos existentes. Esto crea su propia resistencia a través de la política y los intereses particulares de las organizaciones y empleados que puedan verse afectados negativamente. Tal reasignación se puede facilitar con fondos de transición o fondos adicionales para paliar las dificultades potenciales que puedan aparecer. Es importante destacar que los asuntos relativos a la financiación nunca se pueden aislar de las políticas que definen las prioridades de la sociedad. La financiación de los servicios de salud mental depende en último término tanto de las actividades relacionadas con el fomento, la legislación, las políticas y la planificación.

10.ANEXO 3: DOCUMENTO DE APOYO PARA LINEA ESTRATEGICA SOBRE ESTIGMA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La Segunda necesidad detectada es la referida al estigma de la salud mental entre los profesionales de la salud, responsables políticos y gestores, y el mismo nivel descentralizado departamental y municipal en su nivel de técnicos y responsables políticos y gestores igualmente. Y no solamente hablando del ámbito de la salud sino de todos los agentes implicados directa o indirectamente en la salud mental y a las adicciones. No es un problema específico de Bolivia sino en general en todos los sistemas de salud del todo el mundo: la salud mental y las adicciones no reciben el mismo trato en las prioridades de las políticas de salud que otros problemas de salud.

En general se suele considerar que no es un problema urgente, en parte porque el modelo de salud está muy centrado en un modelo medico en el que las dolencias físicas son lo central de la actividad curativa de la medicina y la enfermería. El concepto, muy conocido, de la OMS de la salud como resultante de variables biológicas, psicológicas y sociales, es más bien un "desiderátum" ya que los sistemas públicos no han desarrollado realmente una acción de promoción y prevención, y asistencia en salud con enfoque centrado en los determinantes biopsicosociales y la comunidad.

CONTENIDOS CURRICULARES SOBRE ESTIGMA EN SALUD MENTAL COMUNITARIA

1. INTRODUCCIÓN.

El estigma es un término vigente en muchos ámbitos y especialmente en la esfera de la salud mental, lo cual ha sido una barrera importante para el desarrollo de las intervenciones sociales y para la integración de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental. Las personas con enfermedad mental, normalmente se encuentran en la tesitura de tener que luchar, por un lado, con la sintomatología de la enfermedad y por otro con el estigma social que ha padecido este colectivo a lo largo de los años.

2. CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

Para poder definir el concepto de enfermedad mental debemos atender a las clasificaciones desarrolladas por la American Psychiatric Association en su manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales. En su última versión el DMS-V define la enfermedad mental como: "Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes". (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013:5) A su vez, según el DSM-TR-IV, encontramos que los ejes en los que se divide la enfermedad mental son: • Enfermedades Mentales. • Trastornos de personalidad y desarrollo. •

Enfermedades médicas. • Problemas psicosociales y ambientales. • Evaluación de la actividad global (funcionamiento laboral, escolar, social y familiar). Tomando como referencia estos ejes, podemos llegar decir en palabras de Díaz (2007) que todos y todas somos sujetos susceptibles de padecer en algún momento de nuestra vida algún tipo de enfermedad mental, ya que, según este autor, una de cada cuatro personas puede padecer una enfermedad mental a lo largo de su vida. Sin embargo, este dato parece no ser suficientemente incidente en la sociedad general para acabar con las actitudes estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas con enfermedad mental. Por otro lado, tomando como referencia la definición de salud de la OMS (Organización Mundial de la Salud), la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 2017). Por lo que, para catalogar la enfermedad mental no sólo debemos tener en cuenta el diagnóstico clínico sino todos aquellos agentes externos o factores sociales que inciden en el desarrollo vital de cualquier individuo.

3. DEFINICIÓN DE ESTIGMA

El término estigma, si nos remontamos a la antigua Grecia, se utilizaba para referirse a marcas que las personas portaban en alguna parte de su cuerpo, estas marcas podían ser cortes o quemaduras con el objetivo de que fuera reconocido su estatus social, ya que estas personas solían ser esclavos o delincuentes. Con el paso de los años, con la instauración del cristianismo, este terminó acuñó unas connotaciones algo más positivas, debido a que se solía aplicar este término a personas que poseían alguna característica física fuera de lo común, adquiriendo la condición de gracia divina.

En la actualidad, la palabra estigma es un término que se aproxima bastante a su connotación más antigua, ya que hoy en día en palabras de Goffman (1963) "es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social y hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptables o inferiores".

Por lo tanto, más allá de poderlo definir como algo propio que genera un individuo, esta palabra lleva asociada una previa construcción social que se puede definir como proceso de estigmatización, el cual en palabras de Morales et al. (2008) , incluye varios elementos: estereotipos, prejuicios, conductas discriminatorias, mecanismos psicológicos de construcción del significado e identificación de los atributos estigmatizadores.

Una perspectiva más dinámica y amplia sobre el proceso de estigmatización es la propuesta por Link & Phelan (2001) , en la que se argumenta que el estigma tiende a construirse a partir de cinco procesos interrelacionados:

- la construcción de las diferencias (color de la piel, género, coeficiente intelectual, etc.)
- el enlace o vinculación con ciertos prejuicios y estereotipos más o menos bien definidos.
- el distanciamiento social o la segregación entre los de adentro ("nosotros") y los de afuera ("ellos")
- la degradación (perdida de status) y discriminación de las personas.
- la asimetría del poder que se mantiene entre los estigmatizadores y los estigmatizados.

En consecuencia, un estigma generado en cualquier sociedad y hacia cualquier individuo o colectividad está condicionado por el relativismo social y cultural, debido a que atribuirle a una persona alguna

característica estigmatizadora dependerá del momento histórico y del contexto en el que se produzca, así sucedió por ejemplo con la obesidad en la Edad Media, la cual era símbolo de salud y riqueza, pero que en la actualidad está excluida de los estándares de belleza y es considerada una condición perjudicial para la salud. Por lo tanto, no podemos usar una definición estándar cuando hablamos de estigma, ya que pertenecer a un grupo estigmatizado o a un grupo estigmatizador, en cierta manera, es una consecuencia dinámica y cambiante. Como resultado de lo anteriormente descrito, es necesario que tengamos en cuenta que todos somos integrantes de una sociedad que tiende a categorizar y etiquetar como proceso de economía cognitiva y por ende, hoy podemos pertenecer a un grupo y mañana a otro, de ahí la importancia de determinar las bases de los procesos estigmatizadores.

4. ORÍGEN DEL ESTIGMA EN LA ENFERMEDAD MENTAL

Existen varias teorías para determinar el origen del estigma que padece la enfermedad mental, en palabras de Crisp (2001) , “existe una tendencia propia y profunda en los seres humanos a categorizar y etiquetar de manera exagerada los comportamientos de otros que se salen de lo esperado y que pueden ser interpretados como amenazas o algo de lo cual hay que alejarse”. Por lo tanto, la persona que estigmatiza suele reaccionar de forma que su conducta se ve alterada ante la presencia del estigmatizado, pudiendo mostrar actitudes como la agitación, inquietud, inmovilidad o nerviosismo. Siguiendo esa línea, Haghighat (2001) afina su definición del proceso estigmatizador y lo define como un instrumento utilizado en la competencia social, ya que, solemos categorizar, generalizar y ser defensivos ante la peligrosidad de un solo individuo, por ejemplo, ante un paciente con esquizofrenia irreflexivamente expandimos su “peligrosidad” a todos lo que ocupen la misma categoría. Así pues, partiendo de esta perspectiva del origen del estigma como un proceso que no depende exclusivamente del individuo, la Sociología ha abordado este origen del estigma una interacción mutua entre el contexto y el individuo, (Pilgrim & Rogers, 2005) . Por consiguiente, en la actualidad es necesario abordar la enfermedad mental desde un modelo bio-psico-social centrado en atender a la enfermedad mental desde tres factores (biológico, psicológico y social), siendo esencial en su proceso diagnóstico como en su tratamiento, atender a la persona afectada con una enfermedad de estas características desde la perspectiva de ámbito médico, psicológico y social. Así pues, lo anteriormente expuesto es de vital importancia en la intervención de personas con esta diagnosis, debido a la existencia de numerosos prejuicios y mitos que giran alrededor de los trastornos mentales, porque si no se aborda desde una triple perspectiva suelen transformarse en enfermedades que determinan la vida de la persona que padece dicha enfermedad. Ante dicha problemática, la persona afectada no solo tiene que lidiar con las dificultades asociadas a su enfermedad, sino que a estas les debemos añadir las que se encuentra la persona con enfermedad mental para poder realizar una vida normalizada en la sociedad (Aznar & Berlanga, 2004) .

Es importante tener en cuenta que muchas de las creencias que aparecen habitualmente en los estudios tienen una cierta base de realidad. Es cierto que algunas de las personas diagnosticadas de esquizofrenia, aunque no todas ni de manera permanente, tienen comportamientos violentos, o hacen cosas poco previsibles y difíciles de entender por las personas que los rodean o resulta difícil «contactar» o establecer sintonía afectiva con ellos. Es decir, que hay que tener en cuenta que los estereotipos exageran y

distorsionan parcialmente, pero no inventan sin más todos estos aspectos, por lo que se utilizan para justificar reacciones sociales en parte defensivas, aunque su origen sea más complejo.

En relación con esto y en referencia al origen de las actitudes negativas, desde la Psicología Social y especialmente la Sociología (que encuentra aquí un área privilegiada de interacción con la Salud Mental, se señalan los efectos defensivos del estigma y su papel de refuerzo a la identidad grupal. Y se consideran, también, parcialmente justificados como sobrevaloración y exageración de características reales. Pero también se señala, al igual que sucede con otros estereotipos, su papel de racionalización de situaciones sociales concretas, enraizadas en la cultura y la historia, en general. Lo que, en el caso de las enfermedades mentales, encaja con la evolución del imaginario social a lo largo de los siglos («loco» como persona peligrosa por los riesgos de agresión y contagio y papel de la «sinrazón» como imagen negativa de la razón y su entrelazamiento e interdependencia con las figuras institucionales del encierro (Asilos y Hospitales Psiquiátricos), tradicionalmente descritos por Foucault y otros historiadores de la Psiquiatría. La organización de la atención sobre la base de instituciones monográficas, separadas tanto del sistema sanitario como del conjunto de la vida social, e identificadas como lugares de reclusión y no de tratamiento, se constituye así en un factor de refuerzo del estigma, confirmando la visión de peligrosidad, incurabilidad e imposibilidad de convivencia que persiste en la población. Se cierra así un círculo vicioso que hay que romper de manera radical si queremos modificar positivamente la situación.

5. CLASIFICACIÓN DE ESTIGMAS

Ante la innumerable cantidad de estigmas que se han ido generando a lo largo de la historia, podemos encontrar en la actualidad según González et al. (2008), tres grandes categorías basándose en la procedencia del mismo, por lo tanto, la clasificación resultante que tomaremos como referencia se resume en:

- Físicos: Relacionados con defectos físicos o corporales
- Psicológicos: Referidos a alteraciones psicológicas como las enfermedades mentales.
- Sociales: Centrados en resaltar atributos propios de una etnia, cultura o factores sociales como la pobreza. Así pues, además de atender a esta clasificación, debemos de tener muy presente, que estar bajo el paraguas de un atributo estigmatizador puede depender de una característica adquirida a lo largo de la vida o puede ser una característica intrínseca de un individuo, así pues, no es lo mismo pertenecer a alguna minoría étnica, que ser diagnosticado con algún tipo de enfermedad mental en el transcurso de tu vida. El hecho de nacer y pertenecer o poseer desde ese momento una característica estigmatizadora puede ayudar, en cierta manera a sobreponerse de forma más positiva a la discriminación que puede padecer el individuo, sin embargo, una persona que adquiera un atributo estigmatizador, en palabras de Morales et al. (2009), podrá padecer efectos más destructores.

6. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y LAS CONSECUENCIAS DE SU ESTIGMATIZACIÓN

Las principales dificultades que se encuentran asociadas a las personas con enfermedad mental son el bajo nivel de estudios que poseen, el alto porcentaje que se encuentra en situación de desempleo, bajo nivel de ingresos y el reducido grupo social con el que se relacionan en su día a día. Para certificar las afirmaciones anteriores, se toma como base documental, el estudio realizado conjuntamente por Jiménez et al. (2008) para la Comunidad de Madrid, la Universidad Pontificia Comillas de Madrid y con la participación de la Asociación Madrileña de Familiares y Amigos de Enfermos con Esquizofrenia (AMAFE). Como datos generales de los participantes que formaron parte de la muestra (800 personas), el perfil general de las personas diagnosticadas eran varones, solteros, sin hijos, diagnosticados de esquizofrenia, que viven con sus padres, sin estudios universitarios y sin ninguna ocupación profesional. En términos más concretos, con respecto al nivel educativo de los participantes, casi un tercio de la muestra no posee ningún título académico, más del 70% vive con sus progenitores y casi el 60% tiene unos ingresos entre 300 y 600 € al mes. En relación con los aspectos relacionados con la vida social y las actividades de ocio, todos declaran que sus relaciones se centran exclusivamente con las personas de su entorno familiar. Los recursos de ocio y tiempo libre que más utilizan son las asociaciones de salud mental, las cafeterías, los cines y salir de viaje. La mayoría de los encuestados nunca han estado implicados en algún tipo de proceso judicial (73,8%), sin embargo, un 12,8% afirma haber estado inmerso en estos procesos como víctima de algún tipo de agresión. Por consiguiente, podemos concluir que las personas con enfermedad mental se encuentran inmersos en una espiral de dificultades de la cual es muy difícil salir, en la que el trabajo por parte de todos los agentes sociales es de vital importancia para la reducción del estigma social y la igualdad de oportunidades de estas personas.

7. ALGUNOS CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE ESTIGMA Y ACTITUDES SOCIALES.

Ese complejo fenómeno social que resumimos bajo el término estigma no afecta tan solo a las personas con enfermedad mental, sino que ha venido caracterizando, en nuestras sociedades, a las relaciones que la mayoría de la población establecemos con determinados grupos de personas. En realidad, con el término hacemos referencia a un conjunto de actitudes, habitualmente negativas, que un grupo social mantiene con otros grupos minoritarios en virtud de que estos presentan algún tipo de rasgo diferencial o «marca» que permite identificarlos.

En su clásico análisis del tema, Erving Goffman utiliza así el término estigma para referirse a un «atributo profundamente desacreditador», es decir una característica que ocasiona en quien la posee un amplio descrédito o desvalorización, como resultado que dicha característica o rasgo se relaciona en la conciencia social con un estereotipo negativo hacia la persona que lo posee.

El estigma se asocia por tanto a rasgos simples, fácilmente identificables (rasgos físicos, aspecto, conductas, etc.) que relaciona con tipos de personas que pueden considerarse potencialmente peligrosas: extranjeros, enfermos, delincuentes, etc. El ya citado análisis de Goffman, diferenciaba en principio tres tipos de «marcas», según derivasen de defectos físicos, «defectos de carácter» o de factores étnicos o «tribales». Clasificación que podría actualizarse hablando de rasgos físicos, psicológicos y socioculturales como tres categorías o dimensiones claramente identificables en los distintos tipos de estigma. Y que pueden darse además simultáneamente en una misma persona, generando discriminaciones «duales» o

múltiples: mujer, inmigrante, de orientación homosexual, con enfermedad mental y alguna otra enfermedad o defecto físico, por poner un ejemplo, no tan extremo como parece.

8. LOS PROCESOS DE ESTIGMATIZACIÓN Y SUS CONSECUENCIAS

Por otro lado, la asociación de este complejo de actitudes a personas y grupos concretos tiene lugar a través del denominado «proceso de estigmatización» (stigma process) que básicamente supone un conjunto de pasos más o menos sucesivos: a) La distinción, etiquetado (labeling) e identificación de una determinada diferencia o marca que afecta a un grupo de personas. b) La asociación a las personas etiquetadas de características desagradables, en función de creencias culturales prevalentes. c) Su consideración como un grupo diferente y aparte: «ellos» frente a «nosotros». d) Las repercusiones emocionales en quien estigmatiza (miedo, ansiedad, irritación, compasión) y en quien resulta estigmatizado (miedo, ansiedad, vergüenza), frecuentemente menospreciadas, pero de gran trascendencia en el refuerzo del proceso y en sus consecuencias sobre la conducta, según los modelos de atribución causal. e) La pérdida de estatus y la discriminación que afecta consecuentemente a la persona o grupo estigmatizado, dando lugar a resultados diferentes y habitualmente desfavorables en distintas áreas. f) La existencia de factores o dimensiones estructurales que tiene que ver en último término con asimetrías de poder sin las cuales el proceso no funcionaría o, al menos, no con la misma intensidad ni con las mismas consecuencias para las personas afectadas. En general este conjunto de actitudes tiene consecuencias negativas para las personas objeto de estigmatización, incluyendo, en la terminología de Goffman, tanto las ya «desacreditadas» como las potencialmente
«desacreditables», es decir aquellas que no han sido todavía identificadas de manera pública, pero saben que pueden serlo en el momento en que se conozca su condición. En las primeras, promoviendo directamente lo que denominamos «distancia social» o rechazo (no las aceptaríamos como amigos o amigas, vecinos o vecinas, empleados o empleadas, maridos, esposas, nueras o yernos, no nos gustaría que fueran a la escuela con nuestros hijos e hijas, etc.), lo que restringe derechos y oportunidades, al funcionar como barrera en el acceso a la vida social plena y a los servicios de ayuda que necesitaran. En las segundas, generando conductas de evitación. En ambos casos, produciendo desagradables y nocivas repercusiones sobre la autoestima y la conducta personal y social, como veremos luego en el caso de las personas con enfermedad mental. A este respecto, el cuadro 1 permite resumir, en el caso de estas personas, los tres componentes clásicos, tanto en los aspectos «públicos» (población general) como en los relativos a las personas estigmatizadas.

Cuadro 1: Componentes cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con el «estigma público» y el «auto-estigma» en personas con enfermedad mental.

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
Estereotipo	Creencias negativas sobre un grupo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).	Creencias negativas sobre uno mismo (peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad).
Prejuicio	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (miedo, cólera).	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza).
Discriminación	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear o alojar, negativa a ayudar).	Comportamiento en respuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo y alojamiento, rechazo a buscar ayuda).

Hay que señalar también que la investigación psicológica y sociológica identifica diferentes estrategias para manejar las dimensiones personales del estigma (su internalización o «auto-estigma»), poniéndose últimamente el acento en las posibilidades de autoafirmación (empowerment), que permiten a una minoría de las mismas, en conexión con factores personales, pero también grupales, hacer frente a las negativas consecuencias del proceso.

9. ESTIGMA Y ENFERMEDADES MENTALES. ASPECTOS COMUNES Y ESPECÍFICOS

En el caso específico de las personas con enfermedades mentales, es importante valorar de qué manera y en qué medida se ven afectadas por este proceso de defensa grupal, y, si es posible, entender las razones reales y los argumentos que intentan justificarlo. En definitiva «cómo, cuánto y por qué» nuestras sociedades estigmatizan específicamente a las personas con este tipo de problemas. Y a ese respecto, lo primero que hay que decir es que, aunque hablamos de un fenómeno unitario (estigma y enfermedad mental), nos encontramos también con una cierta diversidad. De hecho y como veremos con algo más de detalle a continuación, las actitudes, aunque sobre un fondo negativo común bastante generalizado, son variables con relación a las distintas enfermedades y problemas concretos, los contextos sociales y

culturales en los que se desarrollan y algunas características individuales de las personas que las expresan y en las que se miden

9.1. «Enfermedad mental» en general o enfermedades mentales concretas

Así, antes de entrar a comentar los aspectos más relevantes de la información acumulada sobre distintos componentes del proceso de estigmatización de personas con enfermedades mentales, hay que señalar que una primera fuente de variabilidad tiene que ver con los distintos tipos de problemas que incluimos bajo esa denominación genérica, aunque esa diferenciación no siempre se tiene en cuenta al presentar los resultados de algunos estudios.

Como era previsible, las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente las mismas que las relacionadas con otros síndromes o trastornos, como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo, encontramos, en las diversas medidas utilizadas, un cierto gradiente, que iría desde los problemas citados de salud mental «que pueden afectarnos a todos» y podemos entender hasta problemas más cercanos a la imagen tradicional de la «locura» (esquizofrenia y similares). Las referidas a estos últimos tipos de problemas (trastornos mentales graves), que, pese a estas diferencias, parecen ser la referencia última que contamina las actitudes hacia todo lo que suene a «enfermedad mental», suelen ser también más negativas que las existentes con respecto a otros trastornos y enfermedades físicas, situándose en el imaginario social más cerca de las que afectan a algunas drogodependencias, la prostitución u otras conductas consideradas «antisociales». En el caso de los trastornos más comunes, hay también una mejor imagen social de determinados procedimientos de intervención o psicoterapias así como de determinadas profesiones (Psicología, Trabajo Social), que parecen irse aceptando de manera progresiva en nuestras sociedades, presentando una creciente diferencia con los trastornos más graves y los mecanismos de intervención y profesionales percibidos como más directamente asociados a ellos (tratamientos biológicos y psiquiatras, por ejemplo) y que, como veremos, se ven afectados también por el estigma.

9.2. Características generales de las actitudes hacia las personas con enfermedad mental grave.

Entrando ya en la exploración de las actitudes concretas, tal y como aparecen en los distintos y a partir de los instrumentos de medida los contenidos cognitivos («estereotipos») más frecuentemente expresados sobre las personas con enfermedad mental grave, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, al menos en las sociedades llamadas «occidentales»: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de atribución de responsabilidad y «culpa» sobre lo que les sucede. Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos («prejuicios») de miedo, rechazo, desconfianza, pero también compasión, aunque siempre «manteniendo la distancia». Y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales –«distancia social» – mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional. Habitualmente los estudios

reflejan también la consideración de las personas con enfermedades graves (esquizofrenia) como formando parte de un grupo distinto («ellos» frente a «nosotros»), a la vez que parecen enteramente definidas por la enfermedad: se asume que la persona «es» esquizofrénica y no que «tiene» o «padece» esquizofrenia. Elementos que concuerdan con las imágenes transmitidas desde los medios de comunicación (periódicos, películas, programas de TV), primera fuente de información sobre el tema en nuestras sociedades, y donde las personas con enfermedad mental aparecen básicamente bajo tres visiones prototípicas: la del maníaco o la maníaca homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requieren control externo y la del espíritu libre y creativo que produce una cierta admiración. Las tres se caracterizan por ofrecer visiones extremas, que sitúan en todo caso a las personas afectadas fuera de lo considerado normal, pero es siempre la primera de ellas, la relacionada con la violencia, la más frecuente y la que suele destacarse por encima de todas. Pero hay que señalar también que esos contenidos no sólo se encuentran en los distintos sectores de la llamada «población general» sino que, aunque con evidentes matices, aparecen también entre profesionales sanitarios,) e incluso en quienes trabajamos específicamente en Salud Mental, , , , ;). Es llamativo, además de preocupante, que, aunque el número y representatividad de los estudios publicados sean todavía escasos, nos encontremos en ellos con un número importante de profesionales de salud mental, cuyo conocimiento sobre las «enfermedades» es evidentemente superior al de la población general, pero cuyas opiniones sobre las personas que las padecen y a las que se supone deberían ayudar a vivir en la comunidad o las medidas de «distancia social» hacia ellas, no difieren significativamente de las de la mayoría de la población, fuertemente sesgadas como estamos comentando. Algunos estudios muestran además por ejemplo cómo, en el caso de psiquiatras, una historia previa de violencia en un paciente tiende a determinar más fácilmente que le diagnostiquen de esquizofrenia. En resumen, que parecería que, en este caso, el papel positivo del contacto social —al que luego haremos referencia como factor que se asocia a menor grado de estigmatización y deseo de distancia social hacia las personas con enfermedad mental— no funcionase en el «contacto profesional». Y que hay dudas razonables sobre nuestra capacidad, como colectivo, para cumplir de manera general con algunas de nuestras funciones, incluyendo el esperable liderazgo de la información y educación de la población.

9.3. Violencia y enfermedad mental

La asociación enfermedad mental y violencia es un tema clave a este respecto, de ahí la relevancia que su análisis tiene para plantearse estrategias de cambio. Todos los estudios manifiestan que la consideración de que las personas con esquizofrenia y por extensión otros trastornos mentales graves, realizan actos violentos, ya sea como comportamiento habitual o probable, es una constante cuando se analizan, tanto las actitudes de distintas personas y sectores sociales, como los mensajes de los medios de comunicación. Es también conocido el hecho de que basta un acto violento especialmente grave o extraño, cometido por una persona etiquetada de enfermo mental, para que las ideas tradicionales vuelvan a emerger, incluso en situaciones en que parecían estar en retroceso.

Por otra parte, no hay que olvidar que, si hablamos de violencia, la que se asocia más frecuentemente a personas con este tipo de problemas tiene más que ver con violencia recibida, tanto bajo la forma de autoagresión, incluyendo suicidio, como de asaltos de diverso tipo en la comunidad. Y, además, que, en

los casos en que se producen realmente actos violentos, éstos provienen de solo una mínima parte de las personas diagnosticadas de esquizofrenia o psicosis –menos del 5% de las mismas presentan episodios graves de violencia–, y hay además una serie de variables específicamente relacionadas con ellos: tipo de sintomatología, actos previos, consumo de substancias, falta de tratamiento, situaciones de hostilidad, falta de contacto social, o entornos vecinales desorganizados. Lo que implica que es posible establecer grupos de riesgo objeto de una atención preventiva, en un área de especial trascendencia si queremos desarrollar una estrategia razonable frente al estigma.

9.4. Etiquetado social, modelo de enfermedad y atribuciones causales

También en relación con esto, merece la pena recordar lo que decíamos al hablar, en términos generales, del proceso de estigmatización, para enlazar con un interesante debate, el relativo a la identificación y etiquetado de las personas como enfermos o enfermas mentales, proceso previo a que se les adscriban estereotipos y prejuicios que reflejan opiniones y sentimientos prevalentes en el medio social. En efecto, hay un número considerable de estudios que muestran que la simple etiqueta de «enfermo o enferma mental» dispara opiniones y sentimientos personales por si sola, independientemente de las conductas de las personas que la llevan. De hecho, lo que permite identificar a una persona como «enfermo o enferma mental» son tanto dichas conductas –derivadas de la sintomatología positiva y, especialmente, de la negativa, pero también de los efectos secundarios de algunos fármacos y del contexto social habitual de muchas de las personas con trastorno mental grave, tras años de evolución de la enfermedad y de mala atención –, como el conocimiento de la existencia de un diagnóstico y del uso de los servicios de salud mental. Por ello, desde análisis sociológicos serios y rigurosos se pone énfasis en estos últimos aspectos como reforzadores del estigma, vía etiquetado
, superando algunas simplificaciones de las versiones iniciales del etiquetado social, que les atribuían un papel causal desproporcionado. Sin negar el papel positivo del diagnóstico, la atención sanitaria y la adherencia al tratamiento, estas teorías alertan sobre los efectos contradictorios de ambos procesos y señalan que el terreno para valorar de manera precisa sus efectos es la investigación empírica. Y que, en cualquier caso y en función de los datos de que ya se dispone, éste debe ser un área que hay que manejar con cuidado y no de manera simplista, como a veces se hace desde algunos sectores profesionales y otras instancias sociales, excesivamente proclives a enfoques reduccionistas.

Es cierto que el término o etiqueta diagnóstica facilita la comunicación, pero también puede reforzar la desvalorización y el rechazo, además de funcionar como elemento que caracteriza por sí mismo a toda la persona. Y que el tratamiento, cuando está razonablemente basado, ayuda a las personas con este tipo de problemas, pero les genera también efectos secundarios y les señala «para siempre» ante los demás. De ahí la importancia, además, de que los servicios de salud mental no se organicen de modo monográfico y aislados de los restantes servicios sanitarios y sociales, sino que se integren en las redes generales de atención, tal y como se propone desde modelos comunitarios,

Un aspecto relacionado con éste es el de la repercusión que, sobre el estigma, pudieran tener dos aspectos derivados de los enfoques profesionales hacia las personas con enfermedad mental grave. Uno de ellos es el referido a la alternativa entre dos modelos de presentación general de dichas personas, que suelen denominarse respectivamente como «medicalización» y «normalización», enfatizando el primero de ellos

su carácter de personas enfermas, a imagen y semejanza de las que padecen otras enfermedades, e insistiendo el segundo, por el contrario, en los problemas personales concretos y en las dificultades específicas que tienen para vivir de manera satisfactoria en su entorno habitual. Y, muy relacionado con este aspecto, el del papel que pueden tener atribuciones de causalidad predominantemente biológicas, especialmente genéticas, o predominantemente psicosociales, debate inconcluso en lo relativo a las enfermedades o trastornos mentales graves. Por un lado, la identificación de algunas de ellas, especialmente la esquizofrenia, con otras enfermedades crónicas (en función de su probable origen multicausal, pero con una base genética evidente y alteraciones orgánicas cada vez más claras),
parece que podría disminuir la especificidad de esta enfermedad y relacionarla con otras mejor toleradas en nuestras sociedades. Pero la trascendencia que estas atribuciones y, más en general, el énfasis en la enfermedad, pueden tener sobre el estigma no está clara, ya que si bien es verdad que tienden a equiparar la situación de las personas con enfermedad mental con otro tipo de personas enfermas, también lo es que, por otro lado, parecen potenciar la visión de las personas afectadas como un grupo extraño y acentuar la distancia social hacia ellas.
A diferencia del énfasis en dificultades personales y explicaciones más psicosociales, más próximas a la capacidad personal de entender conductas y problemas y más proclives a generar una mayor simpatía hacia las personas afectadas. Lo mismo puede suceder con explicaciones en términos de discapacidad, a pesar de los cambios en la terminología (y en los planteamientos de base, evidentemente) que introduce la nueva clasificación internacional de la OMS, más correctas e integradoras pero también con riesgos de generar etiquetas separadoras, si nos dejamos llevar por la inercia de los términos y no hacemos explicitas las limitaciones reales y concretas que pretenden designar, en términos de tipo, intensidad y duración de dichas discapacidades6. El tema, que enlaza con discusiones internas al campo de la salud mental, tiene importantes repercusiones también sobre las personas afectadas y está lejos de estar resuelto, más allá del rechazo a los extremismos biológicos y psicosociales, y a la necesidad de combinar informaciones sobre lo que se conoce de las enfermedades y trastornos mentales con lo que puede llegar a preocupar realmente a las personas, que son los problemas, dificultades y sufrimientos, pero también las expectativas, posibilidades y logros de nuestros conciudadanos y conciudadanas concretas afectadas por este tipo de problemas.

10. Las consecuencias del estigma social

El estigma social hacia las personas con trastorno mental grave tiene consecuencias a muchos niveles, en unos casos comunes a las de otros grupos estigmatizados y en otras lógicamente más específicos. Y también aquí, aunque el análisis debe diferenciar aspectos y factores, en la vida cotidiana, las interacciones, mayoritariamente negativas son habituales. El primer grupo de repercusiones estudiado es el referido, lógicamente, a las propias personas estigmatizadas, aunque también se describen repercusiones sobre el entorno familiar e incluso sobre los propios servicios y profesionales de salud mental. Las personas más directamente afectadas, es decir aquellas que padecen trastornos mentales graves, experimentan al respecto dos grandes tipos de efectos: los producidos directamente como resultado de la discriminación personal y estructural que les afecta y los derivados de su propia autoestigmatización. En este último aspecto intervienen además varios tipos de factores, relacionados con

la internalización de los estereotipos prevalentes y con las reacciones emocionales negativas que produce el proceso, pero también con sus propias estrategias de manejo del problema. Aunque, a la hora de medir los efectos prácticos sobre su vida, no siempre sea fácil diferenciar esas diversas causas.

10.1. Discriminación como consecuencia directa del estigma.

Si consideramos globalmente las consecuencias directas, hay evidencia abundante del efecto de barrera que el estigma juega en el ejercicio de derechos y en el acceso a servicios, agravando considerablemente los efectos de la enfermedad (síntomas y discapacidad). Así, en distintas sociedades y aunque no siempre resulte fácil separar unos efectos de otros, se constata la discriminación directa en el acceso a la vivienda, al empleo, así como a distintos tipos de relaciones sociales significativas: pareja, redes sociales, etc. Y también, aunque no siempre resultan tan evidentes, las discriminaciones de tipo legal o el efecto sobre el nivel de servicios sanitarios y sociales para estas personas que tiene el estigma, a la vez resultado y refuerzo, en el ámbito de las políticas públicas, de los estereotipos y prejuicios sociales, así como de su reflejo en las imágenes de los medios de comunicación.

A este respecto suelen olvidarse efectos derivados de legislaciones que restringen derechos en función del diagnóstico y no de la presencia temporal o permanente de dificultades reales para su ejercicio, incluyendo derechos civiles tan importantes como la libertad en general, el voto, el matrimonio y el cuidado de los hijos, el manejo del dinero, etc. Las legislaciones específicas para enfermos mentales en aspectos como la capacidad o incapacidad civil o los tratamientos involuntarios juegan así un papel de refuerzo del estigma que tendría que tenerse en cuenta a la hora de intentar regular esos aspectos, en beneficio de las personas con trastornos mentales y no sólo de la familia o el entorno social. Y también que la atención sanitaria y social a este tipo de problemas se sitúa, prácticamente en todos los lugares y a pesar de las obvias diferencias internacionales, por debajo de los estándares habituales de atención a otros problemas sanitarios y sociales. Pero,

además, hay dificultades de atención en servicios generales tanto sanitarios como sociales, educativos, de empleo, etc.

A ese respecto no se tienen en cuenta habitualmente aspectos como el uso indebido de los diagnósticos o el trato desigual y poco respetuoso, sin olvidar la discriminación pura y simple que se da en muchas ocasiones con y sin apoyo de la ley. Así, aunque las restricciones legales al uso de determinados servicios generales vayan disminuyendo sigue habiendo todavía, como todos sabemos, discriminaciones efectivas en la atención sanitaria no especializada en salud mental o en el acceso a servicios sociales generales, educativos, legales o de empleo, discriminaciones que hunden sus raíces en la visión tradicional del Hospital Psiquiátrico como espacio exclusivo y universal para la «atención» a las personas con este tipo de problemas.

10.2. La «auto estigmatización» y sus consecuencias

Un aspecto diferente, más difícil aún de medir, aunque igualmente negativo en términos generales, a juzgar por las opiniones de los directamente afectados, es el ya referido del «autoestigma» (ver cuadro 1). De hecho, los estudios publicados muestran que muchas de las personas con trastorno mental grave, viven las opiniones y sentimientos públicos de manera contradictoria y habitualmente negativa. En primer lugar, porque, a este respecto, muchas de ellas suelen manifestar actitudes similares a las de la población

general, asumiendo los estereotipos de la peligrosidad, incapacidad de manejo e incurabilidad, con efectos añadidos a los de la propia enfermedad. En general, se describe, así como la auto estigmatización conduce a una real desmoralización, con sentimientos de vergüenza y disminución de la autoestima, favoreciendo el aislamiento y dificultando la petición de ayuda (conductas similares a las de otras personas tanto «desacreditadas» como potencialmente «desacreditables» utilizando la terminología de Goffman). Y ello, además de constituirse en un factor de estrés, que, según los modelos de vulnerabilidad, aumenta el riesgo de recaídas e incluso de suicidio.

Pero no en todos los casos las personas afectadas, al igual que en otros tipos de estigma, reaccionan interiorizando las actitudes prevalentes, según el modelo de la auto estigmatización. De hecho, desde el análisis psicosociológico y sociológico se refieren también otros dos tipos de respuesta alternativos, uno caracterizado por la indiferencia y otro, que sustenta una interesante línea de investigación, mencionada anteriormente, basado en la autoafirmación o «empowerment». Parecería que la respuesta depende del análisis que la persona afectada hace de la situación, en función de variables personales, pero también del contexto social y especialmente del nivel de apoyo social e institucional y de los grupos de referencia con que cuente. De ahí el papel fundamental de los movimientos asociativos de usuarios y usuarias, así como la colaboración de las y los profesionales para potenciar este aspecto defensivo frente al estigma, que no solo representa una interesante concepción filosófica ligada a los movimientos de rehabilitación psicosocial, sino que tiene consistencia teórica y operativa y sobre el que existe, además, evidencia creciente relativa a su utilidad en el proceso de recuperación.

Un aspecto relacionado con estos, que enlaza indirectamente con el debate anteriormente resumido sobre el etiquetado y las estrategias de «medicalización– normalización», tiene que ver con el reconocimiento público de padecer una enfermedad mental y sus efectos contradictorios: la conciencia de enfermedad favorece la adherencia al tratamiento, pero puede implicar un estigma más acentuado, asociado al inicio de un proceso específico de pérdida de oportunidades y marginación. Aspecto igualmente pendiente de valoración empírica rigurosa.

10.3. Estigma por extensión o «asociación»

También se describen efectos sobre las familias de personas con trastornos mentales graves en línea similar a los que sufren ellas mismas, dando lugar también a fenómenos de auto estigmatización, aumentando su ya reconocida sobrecarga con la necesidad de manejar un cierto descrédito añadido. Con el consiguiente empobrecimiento de su red social e importantes limitaciones (y «autolimitaciones») en el acceso a servicios de ayuda. Y, finalmente, también se mencionan, aunque tampoco sean fácilmente medibles, efectos sobre los servicios de salud mental. Por una parte en relación con los conocimientos, habitualmente insuficientes y distorsionados, que suele haber con respecto a la eficacia de los tratamientos existentes y por otra porque, más allá de la anecdótica desconfianza hacia «los psiquiatras», clásicamente incorporada al humor social, todo el sector, incluyendo sus profesionales, sufre distintas formas más o menos disimuladas de desvalorización desde otros sectores y profesionales de la Salud, así como desde sectores sociales más amplios. Además de los ya referidos efectos estructurales sobre inversiones en investigación, desarrollo de servicios y medidas específicas de apoyo.

11. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Aprendiendo de la experiencia.

El desarrollo de actividades de efectividad razonable para combatir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales debe tener en cuenta la información anterior, pero también y muy especialmente la referida a programas e intervenciones que han sido sometidas a algún tipo de comprobación empírica. En definitiva, se trata de aprender de la experiencia, no solo específicamente referida a personas con enfermedades mentales, sino también de la relacionada con las luchas a favor de otros grupos objeto de estigma y discriminación: mujeres, minorías étnicas, personas con orientaciones sexuales diversas, etc.

A ese respecto, en las últimas décadas, se ha ido acumulando alguna información de interés habitualmente concordante con los conocimientos psicológicos y sociales anteriormente resumidos), a pesar de que muchos de los datos de que se dispone son todavía parciales y hay una gran escasez de estudios sistemáticos, globales y especialmente orientados a medir consecuencias sobre la conducta real (y no solo sobre las actitudes), con diseños prospectivos y a largo plazo.

12. La experiencia de programas y campañas anti-estigma en salud mental: tres estrategias básicas de distinta utilidad.

En términos generales, desde la Psicología Social y la Sociología se han estudiado tres estrategias, ya mencionadas anteriormente y que han mostrado éxitos y fracasos diferenciados en otros sectores objeto de estigmatización: protesta, educación y contacto social. Estrategias que también pueden servirnos para repasar la experiencia acumulada en relación con las personas con enfermedades mentales graves.

- **Movilización y protesta social**

La protesta social, que ha resultado aparentemente útil en otros movimientos de lucha contra el estigma y la discriminación, parece tener claros efectos a corto plazo, disminuyendo, por ejemplo, la difusión de imágenes negativas basadas en estereotipos hacia las personas estigmatizadas. Pero no garantiza por si sola una utilidad a largo plazo, dada su menor capacidad para promover imágenes positivas y la resistencia al cambio de los estereotipos, habiendo incluso evidencia de «efectos rebote» de medidas basadas exclusivamente en la protesta. En nuestro campo, a imagen de otros grupos minoritarios objeto de estigmatización, distintas asociaciones de personas afectadas
(tanto usuarios y usuarias como familiares) y también de profesionales y personas interesadas por el problema y los derechos civiles en general, vienen realizando protestas públicas de mayor o menor envergadura y consecuencias con respecto a situaciones de discriminación, a distintos niveles y en distintos países. Aunque no parece haber estudios experimentales (al menos publicados) al respecto, los resultados, tanto del efecto de «lobby», en general como de distintas protestas concretas, suelen suponer la disminución o supresión al menos temporal de alguna forma específica de discriminación, o algunos cambios temporales en los mensajes de los medios de comunicación, pero no una mejora sostenida y constatable en las actitudes reales ni, especialmente, en la conducta general hacia dichas personas. Pero

sí parecen, por el contrario, contribuir a mejorar la autopercepción y capacidad de manejo de los usuarios y usuarias que participan en movimientos de reivindicación y protesta en línea con lo que venimos refiriendo sobre autoafirmación y empowerment.

- **Información y educación de la población general y sus diversos sectores.**

Más útiles resultan los programas educativos, especialmente de larga duración y si incluyen no sólo la transmisión pasiva de información sino la discusión, la presentación de casos reales y, especialmente, con presencia de personas afectadas. Aun así, la ya referida resistencia de los estereotipos tampoco garantiza que, por sí sola, la educación resuelva el problema, no existiendo demasiados datos de su capacidad para cambiar, no ya creencias o actitudes en sentido más general, sino especialmente conductas reales y, por tanto, discriminaciones efectivas. Hay que tener en cuenta también el riesgo de inutilidad de actividades que huelan a propaganda, que suelen convencer básicamente a los ya previamente convencidos.

En lo que respecta a las personas con trastornos mentales, en las últimas décadas se han desarrollado en distintos lugares algunos programas («campañas») específicamente dirigidos a cambiar las actitudes sociales hacia ellas, unas veces con carácter general y otras en relación con enfermedades específicas, especialmente esquizofrenia y depresión.

A pesar de las importantes diferencias en la extensión territorial, temporal y de tipo de intervenciones contempladas en una gran parte de los casos incluían como elemento importante, cuando no exclusivo, intervenciones de carácter pretendidamente educativo (a veces meramente informativo) a través de los medios de comunicación. En bastantes ocasiones, sin embargo, especialmente en las campañas focalizadas en trastornos depresivos, la información versaba más sobre el conocimiento de la enfermedad y de los tratamientos biológicos, que sobre otro tipo de conocimientos y creencias poblacionales.

En general, los escasos datos de evaluación publicados muestran básicamente la escasa utilidad de intervenciones de corta duración y de carácter exclusivamente informativo, así como de mensajes muy generales (para todos los problemas y todos los grupos sociales). Por el contrario, en concordancia con los conocimientos generales de la Psicología Social y la Sociología, parece que es más útil desarrollar iniciativas complejas, que combinen distintos mecanismos y se prolonguen razonablemente en el tiempo.

Iniciativas que deben incluir intervenciones claramente definidas para grupos específicos (especialmente profesionales de los medios de comunicación y personal docente, así como para sectores poblacionales concretos (por ejemplo, empresarios y vecindario de estructuras residenciales). Y siempre con mensajes diferenciados para distintos problemas de salud mental y tipos de creencias a modificar (especialmente las de peligrosidad e imprevisibilidad en el caso de enfermedades o trastornos graves).

En definitiva, que hay que establecer intervenciones con objetivos claramente segmentados y definidos, que se articulen entre sí durante un tiempo prolongado y que se integren en políticas y estrategias más generales.

Por último, parece que, si lo que se pretende es cambiar actitudes como vía para cambiar conductas, lo menos importante son las medidas predominantemente informativas, siendo necesario, como en todo proceso educativo, integrar información, discusión e interacción social con las personas que tienen los problemas. Buscando, además, contrarrestar el efecto general de las campañas educativas, que suelen ser

más efectivas para cambiar actitudes hacia el problema «en general» que hacia las personas concretas directamente afectadas.

- **El contacto y la interacción social**

Lo que nos lleva por último a la tercera estrategia, la que, apuesta por el contacto directo como la vía más importante para cambiar actitudes y conductas, en concordancia con los conocimientos psicológicos y sociológicos que indican que las actitudes se refuerzan y cambian en la interacción social.
Así, hay información abundante sobre la utilidad de favorecer la interacción y su capacidad para poner en marcha en los participantes procesos de recategorización de las personas y de desarrollo de ideas y actitudes nuevas, lo que se ve favorecido especialmente en situaciones de igualdad de estatus, de apoyo institucional y de contactos con personas con conductas y rasgos «intermedios». Es decir, de personas que no respondan básicamente al estereotipo ni se alejen demasiado de él, presentando «enfermos perfectos», que parecen irreales y excesivamente disonantes. Y, también, de que las interacciones se produzcan en el «mundo real» y no solo en el «laboratorio». En el caso de las personas con enfermedad mental, la estrategia empieza a contar también con alguna evidencia experimental, incluso prospectiva. Así, la asociación entre contacto y actitudes más favorables está cada vez mejor establecida, aunque es necesaria más investigación para dilucidar claramente los mecanismos intervinientes, que pudieran basarse en una recategorización a partir de la experiencia, y/o actuar predominantemente sobre las atribuciones de responsabilidad-irresponsabilidad. Lo que, en este último caso, parece que podría generar simpatía asociada al reconocimiento de la falta de culpabilidad de la persona.
Por otro lado, en cualquiera de los casos, hay que mencionar de nuevo la utilidad de estrategias de autoafirmación y «empowerment», así como el papel de los apoyos institucionales y de los grupos de afectados, que son protagonistas principales de intervenciones de protesta, pero también de las interacciones personales que favorecen procesos educativos y de contacto e interacción social en general.

13. Principales líneas de intervención sobre el estigma.

Hacia un modelo basado en la información disponible La revisión de la información publicada en los últimos años debería permitirnos ahora establecer mejor las bases de un modelo orientador de las intervenciones sobre el estigma. Así, tras resumir una vez más los aspectos más significativos de la información recopilada, vamos a sintetizar nuestra interpretación, proponiendo finalmente las líneas básicas de lo que pensamos que puede ser un modelo razonable, esperando que el debate profesional y la experiencia investigadora y de intervención que a partir del mismo podamos desarrollar entre todos, nos ayude a irlo mejorando progresivamente.

13.1. Recapitulando información.

El estigma que afecta a las personas con enfermedades mentales graves se presenta, por lo que hemos podido ver, como un fenómeno fundamentalmente social, aunque con importantes componentes individuales, en términos de causas y especialmente de repercusiones. Lo que implica que también sus posibles soluciones necesiten intervenciones a niveles sociales y personales, algunas de ellas, aunque no todas ni las más importantes, de carácter sanitario en general y, específicamente, clínico.
En concreto, los conocimientos actuales permiten afirmar razonablemente que:

1. Se trata de un fenómeno probablemente universal, que entronca con mecanismos habituales del conocimiento y la dinámica social y resulta por ello difícil de erradicar.

2. Tiene, como sucede en general con las actitudes sociales, componentes personales cognitivos, emocionales y conductuales, además de aspectos estructurales, que, aunque se dan unidos, tienen dinámicas, efectos causales y condiciones de «vulnerabilidad» propias.

3. Funciona sobre personas y grupos concretos (en nuestro caso preferentemente personas con trastornos mentales graves) a través de un proceso en varias fases, que van desde la identificación y etiquetado, la aplicación de estereotipos y la separación «ellos-nosotros», a distintas repercusiones emocionales en unos y otros; todo ello con resultados negativos en términos de discriminación y siempre sobre la base de situaciones de asimetría de poder.

4. En lo que respecta concretamente a personas con graves problemas de salud mental, hay una serie de factores que parecen contribuir a su desarrollo y/o refuerzo, como son: a) Las conductas extrañas, características de muchas personas con este tipo de problemas y que se relacionan con los síntomas de la enfermedad, pero también con el efecto de fármacos y las condiciones de vida habituales de una parte significativa de las mismas, en parte derivadas de una deficiente atención. b) El propio diagnóstico y uso de los servicios especializados de salud mental, que los identifican como «diferentes». c) Los episodios de violencia que cometen ocasionalmente una minoría de estas personas. d) Las imágenes difundidas desde los medios de comunicación que distorsionan y magnifican algunos de estos problemas. e) Los servicios tradicionales de salud mental (Hospitales Psiquiátricos), basados en lógicas de exclusión y defensa sociales y separados del resto de los servicios. f) Y algunas conductas profesionales, tanto en sectores sanitarios como no sanitarios, incluidos los propios servicios de salud mental.

5. Hay distintas estrategias de utilidad diversa, como son la protesta, la educación y el contacto social, siendo esta última especialmente valorada como útil, junto con las intervenciones más estructurales.

6. Y, como siempre, hay muchos aspectos que necesitan ser explorados con metodología rigurosa para completar nuestro conocimiento del problema y nuestra valoración de estrategias y procedimientos de intervención.

13.2. Una estrategia compleja para un problema complejo

En conjunto, esos aspectos permiten establecer, con una cierta «razonabilidad» aunque sin grandes concesiones al optimismo, algunos elementos básicos para una estrategia de intervención. Estrategia que se plantea dos grandes objetivos: interrumpir los procesos de estigmatización, modificando las actitudes sociales prevalentes y eliminando factores de refuerzo, por un lado, y, paralelamente, disminuir el impacto que el estigma tiene sobre las personas afectadas y ayudarlas a desarrollar estrategias personales más adecuadas para el manejo del problema.

Para ello es necesario articular, en procesos sostenidos y de larga duración, una serie de intervenciones diferentes pero que deben planificarse y desarrollarse de manera conjunta e interrelacionada, además de someterse a evaluación empírica.

El texto que sigue las expone de manera un poco más detallada y siguiendo un orden diferente, empezando por las que suelen ser más habituales.

- Aunque la información por sí sola no garantiza cambios efectivos en las actitudes ni en las conductas, es necesario dar información correcta, segmentada según objetivos, contenidos y sectores, preferentemente integrada en los sistemas habituales de formación e información, evitando que suene a propaganda, y utilizando mecanismos interactivos de probada eficacia en otros sectores. En definitiva, que la información debe integrarse en procesos educativos de dinámica interactiva o, como decía Allport, que lo que hace falta no es tanto «información sobre» cuanto «conocimiento de/con», es decir obtenido de forma compartida.

En lo que respecta a los ámbitos, además de intervenciones específicas con sectores poblacionales concretos, si queremos llegar a la población general es necesario intervenir sobre el sistema educativo, además de sobre los medios de comunicación y, a ser posible, sobre lo que podemos denominar «Industria del ocio», cuya capacidad de integrar información útil y repercusiones emocionales positivas y negativas es clara.

En relación con los medios de comunicación no se trata de impedir que se dé información sobre acontecimientos negativos, sino que se traten correctamente, sin añadir ideas falsas o exageradas y que, además, se difundan también acontecimientos e iniciativas positivas, que suelen ser habitualmente menos noticiables.

En relación con los contenidos y aunque parece más efectivo centrarse en objetivos concretos que en temas generales, parece conveniente, sobre la base de la información sobre conocimientos y actitudes concretas, actualizar información científica sobre las distintas enfermedades mentales y sus tratamientos, aunque con la prudencia necesaria, mientras no esté claro el papel de las atribuciones causales ni los modelos de enfermedad. Un tema importante, sobre el que hay que insistir con informaciones reales, es el del riesgo de violencia, sobre cuya importancia en la configuración de los estereotipos y temores públicos hemos insistido en su momento Pero especialmente parece útil hablar, más allá de «las enfermedades», sobre las personas que las padecen, es decir sobre los problemas concretos, las

capacidades y las alternativas posibles en áreas como las relaciones sociales, el alojamiento, el empleo y los derechos humanos básicos.

1. También es importante considerar el uso de términos que no tiendan a identificar de manera global y exclusiva a las personas con las etiquetas diagnósticas (las personas no son esquizofrénicas, solo esquizofrénicas y siempre esquizofrénicas). Aunque el uso de términos «políticamente correctos», como «usuarios» y «usuarias», «clientes», etc., no parece tener mucha incidencia en el cambio de actitudes ni mucho menos de conductas. Y, en relación con los procedimientos, parece necesario evitar intervenciones muy puntuales («campaña» esporádica en medios de comunicación), de efectos efímeros cuando no inexistentes, o las «lecciones magistrales» o el adoctrinamiento, que suelen convencer a los ya convencidos.
Es preferible utilizar intervenciones más continuadas, así como mecanismos interactivos, discutiendo las creencias y sentimientos concretos de las personas y favoreciendo la relación con los y las directamente afectadas.

2. Pero, además, facilitar la interacción y los contactos sociales parece una estrategia útil en sí misma, la más indicada para cambiar no sólo las creencias sino los sentimientos y posiblemente las conductas. Para ello, además de distintos programas concretos y locales basados en promover formas de interacción y trabajo en común, es necesario favorecer la integración en la vida cotidiana de personas con problemas de salud mental. Y en todo ello es importante, aunque sea un tema sobre el que insistiremos luego, junto a distintas formas de apoyo estructural, impulsar la participación de los movimientos asociativos de familiares y personas afectadas.

Se trata en todo caso de ofrecer una visión de las personas ejerciendo roles normales (vecino o vecina, trabajador o trabajadora y ciudadano o ciudadana) que ayuden a recategorizar y resituar creencias y emociones, mediante la interacción en contextos diferentes de los habitualmente asociados al estereotipo. Pero eso significa también que para ello hay que facilitarles oportunidades reales de vivir en la comunidad, con los apoyos necesarios para residir en entornos vecinales normales, trabajar en empleos reconocidos y valorados, participar en condiciones de igualdad en tareas comunes y mantener relaciones sociales significativas.

3. Directamente en relación con los movimientos de personas afectadas se sitúan las intervenciones de protesta, sobre cuya función contradictoria hemos hablado ya, pero que son un componente inevitable en cualquier estrategia compleja contra el estigma. Aunque aquí es precisa además la intervención profesional y de los poderes públicos, para reforzar el papel y la legitimidad de la protesta y eliminar factores estructurales de discriminación, aspecto este último de particular trascendencia por sus efectos directos, pero también por su refuerzo al cambio de actitudes.
Y, también aquí, hay que resaltar la utilidad de estrategias que favorezcan la autoafirmación y el aumento de autonomía y capacidad de interlocución (en definitiva, de poder) de las personas afectadas y sus asociaciones.

4. Un aspecto que no suele tenerse en cuenta pero que parece clave es eliminar factores de refuerzo, especialmente el relativo a los sistemas tradicionales de atención. Por ello la desaparición planificada y controlada de las instituciones psiquiátricas monográficas y separadas de la vida social y de los sistemas generales de atención, es decir el cierre de los Hospitales Psiquiátricos y su sustitución por redes de servicios comunitarios, integrados en los sistemas sanitarios y sociales públicos, aparece como un paso imprescindible en la lucha contra el estigma.

En el mismo sentido hay que considerar el papel de las legislaciones específicas, los procedimientos coercitivos y el uso inadecuado del diagnóstico. Pero también es necesaria, y ambos aspectos deben ir unidos, la prestación de una atención sanitaria y social de calidad técnica y humana, es decir efectiva a la vez que respetuosa y promotora de poder e igualdad en usuarios y usuarias. Atención que debe ser precoz y continuada, priorizando a las personas con mayores dificultades y problemas e intentando mejorar su situación y condiciones de vida en la comunidad, a la vez que prevenir la violencia en los pocos casos en que puede darse.

5. El apoyo a las personas afectadas directamente por el problema (pacientes y familiares) es, a ese respecto, igualmente necesario, enfatizando de nuevo el papel del movimiento asociativo, además del apoyo individualizado y el entrenamiento en estrategias de manejo del estigma, que deben incorporarse al tratamiento habitual. Aspectos que afectan igualmente a los familiares. Y ambos, familiares y usuarios y usuarias, deben ser tenidos en cuenta individual y colectivamente en el diseño, desarrollo y evaluación de las intervenciones contra el estigma.

6. En todo ello y como hemos podido ver a lo largo del texto, hay una serie de «agentes» sociales que deben ser objeto de especial interés, por su papel clave en distintos momentos y etapas del proceso de estigmatización y, por tanto, del de «desestigmatización». Aquí hay que mencionar a profesionales de medios de comunicación, al personal docente, pero también a empresarios, profesionales de Atención Primaria de Salud, de los servicios sociales comunitarios y de otros servicios de ayuda a las personas, entre ellos la Policía.
Pero también y de manera específica a los y las profesionales de salud mental que, como hemos visto, no son inmunes al estigma a la vez que tienen muchas oportunidades de contribuir a mejorar la situación, tanto en términos generales actuando en funciones de «educadores sanitarios» de la población, cuanto en el «olvidado» terreno del día a día de nuestra actividad de atención directa.

A este respecto y como ya hemos comentado, hay dudas razonables con respecto a la pertinencia de que seamos las y los profesionales de salud mental y, específicamente las y los psiquiatras, quienes asuman o asumamos el protagonismo directo en la lucha contra el estigma. Además de razones históricas, repetidamente señaladas desde los movimientos críticos que están en el origen de los modelos comunitarios, que permiten hablar del papel estigmatizante de la Psiquiatría tradicional (y de mucha de la no tan tradicional, podríamos añadir razonablemente hoy), hay debates importantes sobre el carácter social del estigma y el papel contradictorio del diagnóstico y el tratamiento, a algunos de los cuales hemos aludido anteriormente. Está claro que este combate exige medidas multisectoriales y es evidente que no

hay razones «de principio» para excluir a profesionales de salud mental que mantengan orientaciones teóricas biopsicosociales y posiciones basadas en el paradigma tecnológico comunitario, pero no podemos olvidar que esta posición no es, hoy por hoy, la única ni la claramente dominante en muchos de los servicios públicos de salud mental.

7. Y, por último, como hemos podido comprobar, es evidente que sabemos algunas cosas sobre el estigma, pero ignoramos todavía muchas otras. Por ello la necesidad de desarrollar investigaciones coordinadas y multidisciplinares, tanto de carácter básico como aplicado, es evidente. En un caso para mejorar nuestro conocimiento de las complejidades de los procesos de estigmatización y sus consecuencias individuales y colectivas, y en el otro para medir la efectividad de nuestras intervenciones.

A ese respecto, algunas de las áreas prioritarias son las relativas a la elaboración y comprobación empírica de modelos teóricos sobre distintos aspectos del proceso de estigmatización y las diferentes estrategias de cambio, el análisis del funcionamiento de los medios y su tratamiento de las noticias relacionadas con las personas con enfermedades mentales, al estudio de las estrategias de manejo personal, las evaluaciones de efectividad de las distintas intervenciones y la búsqueda de medidas estandarizadas de repercusión en usuarios y familiares. Y, en todo ello, estableciendo comparaciones entre distintos sectores de nuestras sociedades y distintas sociedades y culturas. Distintas intervenciones cuya combinación planificada y coordinada puede permitirnos avanzar en el difícil camino de mejorar las actitudes sociales y las discriminaciones efectivas hacia las personas con trastornos mentales graves, contribuyendo a un objetivo más general, relacionado con lo que Haghighat refiere como «desarrollo de culturas que promuevan la desestigmatización» y eviten la consiguiente marginación, tanto de ésta como de otras minorías sociales.

En definitiva, que aumenten la tolerancia social hacia las personas diferentes, lo que sin duda significa promover «salud mental» o, más en general, salud. Siempre que eso sea lo que realmente queremos, porque, evidentemente, si de lo que se trata es de promocionar el consumo de fármacos o de hacer ver que hacemos algo, las estrategias pueden entonces ser considerablemente más simples.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS SOBRE ESTIGMA DE LA SALUD MENTAL

1.- Asociación Americana de Psiquiatría. "Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM -5". Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

2.- Aznar, E. & Berlanga, A. (2004). Guía práctica para el manejo de la esquizofrenia: Manual para la familia y el cuidador. Madrid: Ediciones Pirámide.

3.- Ayestarán, S., & Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría., 6(16), 095-128.

4.- Crisp A. The tendency to stigmatise. Br J Psychiatry 2001; 178: 197-9.

5.- DIAZ, D. (2007, 15 de mayo de 2007). "El estigma de la enfermedad mental." Elpaís.com. Extraído el 3 de octubre de 2014, desde http://elpais.com/diario/2007/05/15/salud/1179180005_850215.htm

6.- Flores, M. C. (1990). Percepción y actitud ante los problemas de salud mental entre jóvenes de educación media-superior. Salud Mental, 13(2), 18-23.

7.- Fukuhara, M. (1986). The Attitude of Students towards Consultation Counselling. School Psychology International, 7(2), 76-82.

8.- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatisation. The British Journal of Psychiatry, 178(3), 207-215.

9.- Hernandez, M.R. (2009). Actitudes hacia la enfermedad mental en los estudiantes de primer año de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Disponible en: http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/2157/3/EPS1AHE00901.pdf

10.- Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu.

11.- González Fernández, R., Lozano Maneiro, B. & Catein, Maestro, J.L. (Eds.). (2008). Psicología del Estigma: ensayos sobre la diferencia, el prejuicio y la discriminación. Madrid: Editorial Universitas.

12.- Jiménez, M. T. R., Partido, J. P. N., Anchía, R. J., Peón, R. M., & Direct, M. Calidad de vida y esquizofrenia. Disponible en http://www.amafe.org/wpcontent/uploads/2014/12/calidad-de-vida-y-esquizofrenia.pdf

13.- Link, B.G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. Annual Review of Sociology, 27: 363-385.

14.- Magliano, L., Read, J., Patalano, M., Sagliocchi, A., Oliviero, N., Campitiello, F. & Cerrato, F. (2012). Contrarrestar el estigma hacia las personas con esquizofrenia en el ámbito sanitario: una experiencia piloto en una muestra de estudiantes italianos de medicina. Psychology, Society & Education, 4(2), 169-181.

15.- Morales, J.F., Huici, C., Gómez, A. & Gaviria, E. (Eds.). (2008). Método, teoría e investigación en Psicología Social. Madrid: Pearson.

16.- Morales, J.F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I (Eds.). (2009). Psicología Social. (3ª ed.). Madrid: MC Graw Hill.

17.- Moscovici, S. (1986). Psiclogía Social II, Pensamiento y Vida Social, Psicología Social y Problemas Sociales. Madrid: Paidos Ibérica.

18.- Organización Mundial de la Salud (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

19.- Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003, December). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 64, No. 4, pp. 239-246). UNMSM. Facultad de Medicina.

20.- Pilgrim, D., & Rogers, A. E. (2005). Psychiatrists as social engineers: A study of an antistigma campaign. Social Science & Medicine, 61(12), 2546-2556.

21.- Taylor SM, Dear MJ.(1981) Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophr Bull. 1981;7:225-40.

22.- Townsend, J. M. (1975). Cultural conceptions and mental illness: a controlled comparison of Germany and America. The Journal of nervous and mental disease, 160(6), 409-421.

23.- Urbiola, A., Willis, G. B., Ruiz-Romero, J., & Moya, M. (2014). La reducciөn del prejuicio hacia la poblaciөn gitana en la vida real: Efectos de la visita a la exposiciөn “Vidas Gitanas (Lungo Drom)”. Psychosocial Intervention, 23(1), 11-16.

11.ANEXO 4: DOCUMENTO DE APOYO PARA LA LINEA ESTRATÉGICA 14 SOBRE INTERVENCION DE BASE COMUNITARIA

Teniendo en cuenta como referencia la propuesta de Efrem Milanese vamos a exponer los contenidos introductorios sobre la intervención de base comunitaria que van a permitir tener una idea sobre las posibilidades que tiene este método de intervención para cualquier operador de salud, justicia o educación. Para un nivel posterior de trabajo se podrá ampliar la propuesta formativa sobre ello.
Por ser un contenido troncal para diferentes perfiles profesionales no se puede profundizar como para poder desarrollar una intervención como tal, pero si se puede llegar a conocer las potencialidades del método.

TRATAMIENTO COMUNITARIO

CONCEPTO. Tratamiento Comunitario es un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas o tienen problemas de salud mental, en una situación de exclusión social, y el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan.
El adjetivo comunitario evidencia como este proceso se lleva a cabo en la comunidad local, junto con la comunidad local, por medio de la comunidad local. Se puede decir que se trata de un acercamiento en el cual la institucionalización del "paciente" no es necesaria.
Cuando hablamos de comunidad, en su más sencilla definición, nos referimos a un conjunto de redes sociales que definen y animan un territorio delimitado por confines geográficos.
En la actualidad las puertas de entrada en la exclusión social grave son: abuso de drogas y alcohol, HIV-AIDS, ETS, vida en la calle y pobreza y, trabajo sexual en condiciones de alto riesgo y explotación sexual, violencia extrema, entre otros determinantes.

FINALIDAD Y OBJETIVOS GENERALES. La finalidad de esta propuesta es acompañar a las personas para que recuperen la capacidad de opera socialmente, y la mejora de su calidad de vida.

Los objetivos generales del tratamiento comunitario pueden ser considerados como fases de un caminar no lineal y realizado en parte por caminos que existen y en parte por caminos que hay que hacer existir, por caminos que siempre se cruzan con otros y también consigo mismos.
El tratamiento comunitario quiere acompañar a la persona para que ella de sentido y orden a este caminar.
Los objetivos de este caminar son:
- Detener el agravarse de los procesos de autodestrucción: que se detenga el incremento de uso de drogas y el uso riesgoso de drogas, de conductas sexuales de riesgo, de conductas relacionales de riesgo (violencia manifiesta, robo, vida en la ilegalidad etc.) ... es decir que la situación de dolor y sufrimiento no siga agravándose; Detener el agravarse de los procesos de autodestrucción

- Estabilizar a la persona en esta fase: que la persona pueda lograr mantenerse en los cambios logrados.
- Hacer más seguras y menos peligrosas las conductas de riesgo. Por ejemplo: no mezclar drogas, no utilizar drogas de las cuales no se conoce la composición, usar agujas nuevas, usar liquido de solución estéril, usar preservativos en las relaciones sexuales, lavarse periódicamente, comer regularmente, no participar en acontecimientos de violencia física manifiesta etc.
- Estabilizar: que la persona pueda lograr mantenerse en esta fase durante un "cierto tiempo".
- Mejorar las condiciones de vida por medio de la reducción o disminución de las conductas de riesgo y de sus consecuencias: disminuir el uso de sustancias, la cantidad y tipo de conductas de riesgo (sexuales, relacionales, conflictuales etc.) y estilos de vida de riesgo (vida de calle y en la calle, participación en grupos de alto riesgo etc. (modificación de la red subjetiva comunitaria),
- Estabilizar: que la persona pueda lograr mantenerse en esta fase durante un "cierto tiempo".
- Iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo (rehabilitación): incremento en la modificación de la red subjetiva, incluir actividades diversificadas de tipo ocupacional y cultural etc.)
- Vivir un proceso de rehabilitación (cambio de estilo y de condición de vida) en la comunidad y fuera de ella por medio de procesos educativos, organizativos, de rehabilitación y cura, de modificación del campo ocupacional y de sustentamiento.

EJES DE TRATAMIENTO COMUNITARIO

El tratamiento comunitario se fundamenta en la práctica de cinco aspectos/macro acciones o ejes: organización, asistencia (care) educación, terapia (cura), trabajo.

- Organización: conocimiento y organización de los recursos (individuales, grupales, comunitarios etc.) en función de las necesidades de las personas, de los objetivos del tratamiento.
- Asistencia (care): dar servicios básicos a personas con problemas de drogas y salud mental excluidas (refugio, higiene, y otros. Y acciones de reducción del daño) contando con su participación activa.
- Educación: empoderamiento a nivel individual, grupal, institucional y comunitario por medio de procesos educativos formales y no formales (entrenamiento y formación) con el fin de mejorar la participación en la vida social y la calidad de vida.
- Terapia (cure): acciones o procesos de cura médica y psicológica que restituyan a la persona, en la medida de lo posible (experiencias graves de exclusión pueden producir daños irreversibles) un cuerpo y una mente sanos.
- Trabajo: las personas necesitan de un trabajo que les garantice autonomía económica; esto tiene que incluirse en un proceso de tratamiento. La ausencia de una oportunidad

laboral digna es un elemento esencial de pronóstico negativo
en un proceso de tratamiento comunitario o institucional.

Estos cinco elementos o ejes están relacionados y son complementarios, por esto cada fase del proceso CBT puede ser evaluada utilizándolos como criterios o variables.
Si utilizamos por ejemplo es esquema clásico del CBT constituido por los pasos siguientes: (i) prevención primaria generalizada, (ii) prevención primaria especifica o focalizada, (iii) reducción del daño, (iv) rehabilitación, (v) cura, (vi) reinserción social y laboral, en cada uno de ellos es posible ponderar la incidencia de los ejes organizativo,
asistencial, educativo, terapéutico y de trabajo, como macro-categoría de evaluación del CBT.
De esta manera es posible entender que el CBT no consiste inicialmente en transportar en la comunidad local estrategias y servicios experimentados en la comunidad terapéutica o en hospitales o en otras formas institucionalizadas de asistencia, sino detectar, reunir, organizar, fortalecer, educar, curar y hacer trabajar juntos los recursos presentes en la comunidad.
En este proceso se pueden utilizar obviamente metodologías, instrumentos y recursos procedentes de experiencias terapéuticas, educativas, organizativas y productivas institucionalizadas; sin embargo, estas se utilizan cuando está demostrado que no existen en la comunidad; evitando introducir en la comunidad recursos que ya existen.
Cuando introducimos en una comunidad local recursos que la comunidad posee y que es posible utilizar (profesionales que ya existen en la comunidad, por ejemplo) estamos fortaleciendo procesos de contra empoderamiento y dependencia.
Se aplica siempre el principio de subsidiaridad. Para que este proceso organizativo, de asistencia, educativo, terapéutico y de autonomía económica por medio del trabajo sea posible, el instrumento más importante es la "relación" directa y personal con los actores de la vida comunitaria. Se entiende entonces que la primera labor es la de construir, mantener, fortalecer, desarrollar la relación.

TRATAMIENTO COMUNITARO: MARCO GENERAL

TERMINOLOGIAS DE USO COMUN EN INTERVENCION COMUNITARIA

Los términos más usados y una breve descripción
de su significado:

Operador: termino genérico que se refiere a todas las personas que trabajan en un determinado proyecto. A veces se hace la distinción entre operador profesional y no profesional. En este caso el operador profesional es una persona que ha seguido un proceso de estudios y entrenamiento por el cual ha recibido una acreditación. Los operadores profesionales pueden ser "técnicos" es decir con diploma no universitarios o "profesionales" (propiamente dichos) es decir con diploma profesional.

Operadores ex-pares: miembros del equipo que han tenido las mismas experiencias de las personas pertenecientes al grupo meta y que las han superada (ex farmacodependientes en este caso). En el caso

de personas HIV+ un operador es par es un miembro del equipo que es HIV+ y que ha vivido un proceso de elaboración de su estado
que le permite ser recurso para otras personas que viven su experiencia.

Operadores pares: miembros del equipo que tienen las mismas características de la población meta del proyecto.

Profesional: persona que ha cursado una carrera académica y ha llevado a cabo con resultado positivo el entrenamiento adecuado para poder ejercer su profesión.

Tratamiento Comunitario: es un conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas que abusan de drogas en una situación de exclusión social grave, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan.

Red de Recursos Comunitarios: Es el conjunto de actores (personas, grupos, instituciones, organizaciones) y sus conexiones que son directamente contactadas por los "operadores" en el transcurso del trabajo de prevención y de comunidad y que poco a poco son integrados entre los aliados que pueden ser activados para la gestión de casos, de situaciones políticas, culturales etc. La construcción de una red de recursos comunitarios es una premisa indispensable para la reducción del daño y un producto del trabajo de prevención.

Red de Recursos Operativos: es la red compuesta por todas las personas que participan en la realización de las diferentes tareas del proyecto (no solamente los miembros del equipo). Dicho de otra manera, son todas aquellas personas (y sus conexiones) que participan en el cumplimiento de los objetivos institucionales o del proyecto
independientemente de su relación de contrato con la institución, del estatus, rol, mansión, sueldo etc.

Red de líderes de opinión: es el conjunto de personas y sus conexiones que los miembros de una comunidad consideran ser referentes significativos (informales o formales) en determinadas áreas de la vida de comunidad. La red de líderes de opinión es el referente inicial principal del trabajo de prevención. Es el conjunto de personas y sus interconexiones con las cuales un operador, en la comunidad en la cual trabaja, tiene relaciones "amistosas".

La Red Subjetiva Comunitaria: contribuye en construir en la comunidad local un contexto de seguridad. Se puede entender que este tipo de red caracteriza la posición de todos los actores de una
comunidad, no solamente de los operadores.

Red Subjetiva Comunitaria Activa: Es el conjunto de personas y sus interconexiones pertenecientes a la Res Sujetica Comunitaria de una beneficiaria directa, las cuales por medio del contacto directo con el manejador de casos u otro miembro del equipo "participan" en el tratamiento comunitario.

Red Operativa: es el conjunto de personas y sus conexiones, que constituyen el equipo de trabajo.

Red Operativa en Acción: es el conjunto de miembros del equipo que efectivamente está trabajando en un caso específico. Puede suceder en efecto que no todos los operadores de un equipo estén involucrados en la cogestión de un caso.

Red Operativa en Acción Integrada: Es el conjunto de miembros del equipo y de la red de recursos operativos que activamente participa en la gestión de un caso.

EL PROCESO DE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA

- Construir un equipo
- Iniciar un proceso de formación común
- Realizar una capacitación de base
- Producir perfiles operativos diferenciados
- Producir un modelo organizativo.
- Identificar la comunidad local (territorio).

1. CONSTRUIR UN EQUIPO INICIAL.

Se trata de escoger y reunir un número mínimo de operadores para la intervención.
E proceso a seguir tiene dos ejes:
- identificar y escoger a las personas en función de una identificación operativa (trabajar en la misma área, conocimiento previo etc.)
- mezclar personas con profesión escolarizada (formal) y personas con experiencia profesional en el campo (formación por medio de la experiencia).
El grupo meta es conseguir:
- Operadores Profesionales en el área de salud pública y trabajo social con experiencia en el área de prevención y rehabilitación.
- Operadores técnicos con experiencia en el área de prevención y rehabilitación.
- Operadores ex-pares (ej. Personas que han completado con resultado positivo un proceso de rehabilitación) y pares.

La meta es construir una red de recursos operativos de unas 20 unidades para poder formar un equipo de unas 6/7 unidades (tamaño mínimo inicial).

2. INICIAR UN PROCESO DE FORMACIÓN COMÚN.

La acción central es la formación común Inicial. El objetivo de la misma es producir y compartir un estilo de trabajo, una actitud hacia la tarea, los objetivos y la relación en el interior del equipo y con los beneficiarios
(producir una cultura organizativa).
La formación inicial se realiza en un encuentro semanal de una hora y media en el cual se habla de objetivos y finalidades, de modelo organizativo, actitud y estilo de relación con la tarea, los roles, los miembros del equipo y la comunidad.

3. REALIZAR UNA CAPACITACIÓN DE BASE.

La acción central aquí es realizar una capacitación de base. El objetivo es realizar una capacitación que produzca un marco común de conceptos, conocimientos, prácticas y lenguaje.
Se realiza en encuentro semanal de una hora y media en el cual se estudian conceptos, prácticas, métodos, procesos de trabajo en la comunidad.
La red de recursos operativos es la que debe recibir la capacitación.
Es importante como buena práctica que se debe definir en grupo y con claridad las necesidades de capacitación individuales y del grupo. Definir un conjunto de conceptos, prácticas, procesos, instrumentos que
todos tienen que conocer con el mismo nivel de calidad (normalización de habilidades operativas). Construir procesos individualizados de capacitación. Diferenciar los procesos de capacitación en función de las necesidades del proyecto. Prever y construir instrumentos de evaluación y monitoreo.

4. PRODUCIR PERFILES OPERATIVOS DIFERENCIADOS.

La acción central es producir perfiles operativos diferenciados. Con el
Objetivo de tener los perfiles de base para iniciar el proyecto.
Esta acción se realiza en el marco de la capacitación y de la formación. Se trata de definir la red de recursos operativos. Y la meta central es tener perfiles operativos adecuados a las tareas y a los roles.
Las buenas prácticas en esta tarea son:
- Producir perfiles operativos entre los cuales existan áreas de interconexión.
- Diferenciar con claridad competencias y conocimientos (perfil operativo) y rol organizativo en el proyecto (diferenciar entre la función ejecutiva o de coordinación).

Los perfiles operativos y sus roles son los siguientes:

AGENTES COMUNITARIOS PARES: establece y mantiene el contacto con los pares de su grupo meta, distribuye información sobre sexo seguro, uso seguro de drogas, Hiv-Aids, Ets, etc., ayuda a los otros miembros del equipo en el conocimiento de la comunidad local y de los miembros del grupo meta, participa en reuniones de trabajo en equipo.

OPERADOR COMUNITARIO DE BASE: Planeación, organización, gestión y control de la vida cotidiana en asambleas comunitarias (para educadores de comunidad terapéutica). Manejo de grupos centrados en la tarea (en particular solución de problemas y mediación de conflictos). Gestión de situaciones de crisis relacional ligadas a la vida cotidiana individualmente y en grupo. Gestión de grupos-equipo para la organización de la vida cotidiana: horarios, tareas, tiempos, recursos etc. Organización, gestión, acompañamiento y evaluación de grupos de autoayuda. Construcción, gestión, evaluación de procesos de prevención y tratamiento individuales y de grupo. Trabajo de Calle.

EDUCADORES DE COMUNIDAD Y DE CALLE: Planeación, organización, gestión y control de la vida cotidiana en asambleas
comunitarias (para educadores de comunidad terapéutica).
Manejo de grupos centrados en la tarea (en particular solución de problemas y mediación de conflictos). Gestión de situaciones de crisis relacional ligadas a la vida cotidiana individualmente y en grupo. Gestión de grupos-equipo para la organización de la vida cotidiana: horarios, tareas, tiempos, recursos etc. Organización, gestión, acompañamiento y evaluación de grupos de autoayuda. Construcción, gestión, evaluación de procesos de prevención y tratamiento individuales y de grupo. Trabajo de Calle.

CASE MANAGER: Satisfacer los requisitos de la formación como Promotor en el modelo Eco². Construcción, y manejo de una Red Subjetiva Comunitaria. Construcción, fortalecimiento y manejo de una Red Operativa en Acción y en Acción Integrada. Participación en la construcción, fortalecimiento y manejo de la Red de Recursos Comunitarios. Establecer y mantener el contacto con “beneficiarios finales” directamente en la comunidad local (trabajo de calle, visitas en las familias y en los lugares de vida y trabajo).
Hacer emerger y recopilar en el marco de una relación amistosa y cercana, la información necesaria para definir, junto con el beneficiario, un programa de acción.
Participar a las reuniones de equipo para las discusiones de los casos y el establecimiento de los acuerdos operativos sobre programas de acción con los beneficiarios.
Ejecutar las acciones previstas en los programas individuales o grupales de atención (motivar, apoyar, acompañar, aconsejar, pensar con, hacer con, estar con...).
Evaluar junto con el equipo el desarrollo de los programas y de las acciones, participar en la revisión de programas etc.
Recopilar, sistematizar y discutir la información relacionada con los “casos”. Manejo de los instrumentos de recopilación de la información y de sistematización de la experiencia.

COORDINADOR DE CASE MANAGER: Nivel de Especialidad en el modelo Eco² o formación equivalente. Construir, mantener, fortalecer, manejar la red de recursos comunitarios.
Conocer y controlar todos los programas individuales de los manejadores de casos.
Crear sinergia entres casos y recursos (Red Operativa, Red Operativa en Acción, Red Operativa en Acción Integrada).
Acompañar a los manejadores de casos en la fase de planeación, ejecución y evaluación de los programas de tratamiento comunitario (individuales, de

grupo etc.).
Identificar necesidades de capacitación y formación de los manejadores de casos e implementar las acciones necesarias para ello.

AGENTE DE RED (NETWORK MANANGER): Capacidad de construir, mantener, fortalecer, manejar, evaluar redes subjetivas, redes operativas, redes de recursos comunitarios, de trabajo, redes operativas en acción, redes operativas en acción integradas etc.

COORDINADOR DE PROYECTO: Nivel mínimo: "Especialidad en prevención y tratamiento de adicciones" en el Modelo Eco 2
Coordinación y dirección: organización, gestión y evaluación de programas. Planeación de proyectos y búsqueda de fondos.
Manejo y coordinación de equipos de trabajo. Construcción, fortalecimiento y gestión de la red de recursos comunitarios.
Manejo de grupos con finalidad organizativa y de mantenimiento del dispositivo de trabajo
Selección, inducción, administración y control del personal. Evaluación de calidad de todo el proyecto.

SUPERVISOR/ASESOR EXTERNO: Profesional de psiquiatría, psicología, sociología, antropología, pedagogía o equivalentes.
Con experiencia en procesos de psicoterapia (individual o de grupo), que ejerce tareas de supervisión y acompañamiento al equipo.

ADMINISTRADOR: Administración de recursos financieros, gestión de recursos financieros, gestión de proyectos, creación y gestión de microempresas productivas. Diferenciado de la dirección del proyecto.

OPERADORES "ESPECIALES": colaborador con una especialización que apoya en la capacitación inicial y continua de los recursos operativos, planeación y monitoreo de acciones o programas específicos relacionados con su especialidad.
Ejecución de acciones relacionadas con su especialidad

5. PRODUCIR UN MODELO ORGANIZATIVO.

La acción central es producir un modelo organizativo, con el objetivo de dar orden, eficacia y eficiencia a la acción del proyecto.
El proceso básico se realiza en la fase de capacitación al dedicar algunas sesiones de trabajo al estudio de modelos organizativos en proyectos análogos. Hacer un taller conducido por un experto externo para dibujar una propuesta de modelo organizativo. La meta es tener
un modelo organizativo discutido, consensado y aceptado por la dirección del proyecto que lo realiza. Como buenas prácticas se propone:
- Iniciar a elaborar el tema del modelo organizativo tempranamente en
la fase de formación y de capacitación.

- Introducir en el modelo organizativo un documento escrito en el cual se indiquen criterios o elementos de un código ético de acción.

6. IDENTIFICAR LA COMUNIDAD LOCAL (TERRITORIO).

La acción central aquí es identificar la comunidad local. El objetivo es identificar la comunidad en la cual se pretende desarrollar la acción.
Se puede identificar la comunidad local porque:
- un actor comunitario, o político ha manifestado una demanda explicita,
- el equipo operativo tiene un contacto anterior con actores de esa comunidad,
- la organización que pretende realizar el proyecto está presente en esa comunidad con otro tipo de acciones.
- la comunidad responde a criterios de alto riesgo y vulnerabilidad.

La meta es definir territorios de alto riesgo donde se va a intervenir.
Las buenas prácticas en esta tarea son:
- Da buenos resultados incluir en la capacitación algunas sesiones de estudio (sociología y antropología urbana en un nivel básico) de la ciudad o región en la cual se pretende realizar el proyecto,
- Producir un conjunto de criterios observables y objetivables para la elección de la comunidad local, a partir de datos sociológicos y antropológicos.
- Equilibrar las necesidades institucionales y de las organizaciones ejecutoras con criterios objetivos de elección.

ENTRAR EN LA COMUNIDAD.

Para entrar en una comunidad es necesario buscar la puerta de entrada. Hay muchas. La propuesta del tratamiento comunitario sugiere entrar por medio de las redes de líderes de opinión no formales y formales. Se ha entendido que la exclusión social grave es uno de los productos de las relaciones entre estas redes. La práctica evidencia como la intervención es focalizada casi siempre en los grupos meta (beneficiarios finales).
Se trata de construir las relaciones-redes indispensables para iniciar el trabajo y por medio de estas tener las informaciones esenciales para planearlo. Lo ideal es hacer un diagnóstico comunitario previo, pero no siempre es posible por falta de tiempo y recursos. Por este motivo es imposible entrar, a veces, en la comunidad por la puerta de las redes, solo queda abierta la puerta de los grupos meta. Se trata de llegar a las redes que construyen y animan la cultura comunitaria.
El objetivo general de la fase de entrada en la comunidad local es construir un dispositivo que permita trabajar. Construir un dispositivo para la acción.
El dispositivo que se construye está compuesto por un conjunto de redes, una organización de recursos locales (humanos y materiales) y una base física que hace concreta la presencia activa del proyecto en esa comunidad (centro de escucha, centro de bajo umbral etc.).

La propuesta de investigación en la acción prevé que el equipo entre en la comunidad construyendo el conocimiento en manera participada por medio de la acción. Esto es válido también para equipos que están trabajando en el territorio desde antes del inicio del tratamiento comunitario. El tratamiento comunitario exige en efecto un dispositivo que se tiene que construir intencionalmente. Sucede en la realidad que algunas veces proyectos anteriores han construido partes o algunos elementos de este dispositivo. En la fase de entrada es necesario evaluarlos y sistematizarlos por un lado y armonizarlos con los nuevos por el otro.

Indicamos algunos pasos del proceso:
1. trabajo de calle
2. acciones de enganche
3. acciones de construcción del dispositivo
4. acciones de construcción de conocimiento

Para entender el sentido de estos pasos y su articulación es necesario recordar que la propuesta está dirigida a comunidades de alto riesgo o en situación de exclusión social grave.
El trabajo de calle en una comunidad de alto riesgo es el instrumento central de construcción comunitaria y de construcción participada del conocimiento, este se diferencia entonces de las otras acciones siendo en realidad la base sobre la cual estas se apoyan.
El trabajo de calle como instrumento central de construcción participada del dispositivo de trabajo.
El trabajo de calle se alía con las acciones de enganche y con estas constituyen el hacer a partir del cual se construye el dispositivo y el conocimiento de la comunidad. Esto significa concretamente que estas cuatro áreas de acción son de hecho simultaneas, con objetivos
convergentes, aunque bien distintas.

1. TRABAJO DE CALLE: El trabajo de calle consiste en vivir la comunidad local desde la calle. Las acciones que forman parte de ello son:
- encontrar a las personas que viven o trabajan en la calle (no solamente grupo meta), conocerlos y hacerse conocer.
- contactar a organizaciones y grupos que trabajan en la calle.
- contactar dueños de negocios, tiendas... todos aquellos que de alguna forma viven y reciben personas que vienen de la calle (los comerciantes son un grupo meta especial).
- construir una red subjetiva comunitaria.
- identificar la red de recursos operativos.
- establecer una relación fuerte con los miembros del grupo meta.
- conocer el territorio (mapeo ecológico).
- monitorear, evaluar, mantener al día el diagnóstico de comunidad.

2. ACCIONES DE ENGANCHE: Este objetivo se puede lograr por medio de la realización de las acciones siguientes:

- Acciones Organizativas.
- Acciones en el área de la salud.
- Educación no formal.
- Animación y acciones culturales.
- Acciones de asistencia inmediata.

Las acciones de enganche son uno de los instrumentos privilegiados de trabajo de la investigación en la acción y por consecuencia constituyen la base del trabajo de diagnóstico comunitaria.

3. ACCIONES ORGANIZATIVAS: Esta tipología de acciones se realiza siguiendo tres caminos inicialmente separados y sucesivamente interconectados.

- Construcción de la Red de Recursos Comunitarios.
- Formalización de las agrupaciones de excluidos que existen en la calle.
- Encuentro entre agrupaciones de excluidos y proveedores de servicios.

Se trata de llegar a la Red de Recursos Comunitarios, y agrupaciones de personas en alta situación de riesgo (vendedores ambulantes, niños de la calle, trabajadoras y trabajadores sexuales, trasvestis, etc.)

4. ACCIONES EN EL AREA DE LA SALUD: Por medio del trabajo de calle focalizar las necesidades más importantes en el área de salud de la población excluida.

Incluir entre las acciones en el área de salud aquellas que la experiencia ha indicado ser importantes, aunque no presentes en las demandas explicitas de la población excluida: prevención de Hiv-Aids, prevención de Ets (enfermedades de transmisión sanguínea), uso seguro de drogas, sexo seguro, autoprotección en contra del abuso sexual (menores y mujeres), alimentación (para los niños en particular). El Grupo meta son las personas gravemente excluidas, expuestas a altos riesgos con necesidades en el área de salud, en particular niños y mujeres.

5. ACCIONES Y PROCESOS DE EDUCACION NO FORMAL: Las acciones de educación no formal tienen que articularse a partir de soluciones o respuestas concretas a necesidades del grupo meta. El proceso parte de la Identificación de una necesidad específica, sigue con la construcción participada de un proceso de educación no formal (juegos, animaciones, teatro, videos, discusiones, diálogos, visitas guiadas etc.) y de instrumentos (folletos, fotos, materiales para explicar e ilustrar situaciones y casos, videos etc.). Y por último una evaluación en el proceso y final.

6. ANIMACION E INICIATIVAS CULTURALES: Se trata de identificar los mitos y los ritos de la comunidad, ver cual rol el equipo y el proyecto puede tener en ellos, incluir la participación en algunos de estos "ritos" (festividades, por ejemplo) en el programa de trabajo.

Promover formas de animación (teatro de calle, juegos etc.) por medio de los cuales se proponga una elaboración de algunos de estos temas populares (relación hombre mujer, genero, educación de los niños, abuso de alcohol y sustancias etc. por ejemplo).

7. ACCIONES DE ASISTENCIA INMEDIATA: Se trata de identificar la necesidad de la persona (escucha y análisis de la demanda). Buscar en la red de recursos comunitarios una respuesta para esa demanda. Informar y orientar a la persona fortaleciendo una relación con ella.
Acompañar y velar por que la demanda encuentre respuesta. Y completar la acción con un acuerdo verbal de mantener el contacto.

ACCIONES DE CONSTRUCCIÓN DEL DISPOSITIVO

El trabajo en la comunidad local inicia por la construcción de un escenario en el cual se pueda trabajar. En situaciones de extrema exclusión, violencia grave, pobreza, organización social basada en procesos de resiliencia y sobrevivencia puede ser imposible iniciar acciones que garanticen la seguridad del operador, de la persona ayudada y de los resultados. Es entonces importante construir un escenario de seguridad mínima.
Llamamos a este escenario "dispositivo" o set. Con esto nos referimos a un conjunto de elementos que nos permite contestar a la pregunta ¿"Con qué puedo yo hacer lo que deseo o pretendo hacer?".
El trabajo en la comunidad ha sido iniciado porque organizaciones o instituciones no pueden resolver por sí solas los problemas que se encuentran en una comunidad local y que solo con la participación de la comunidad local y de sus recursos es posible mejorar algunas de sus situaciones, y a veces dar respuesta positiva a algunas de sus necesidades.
Una comunidad es un conjunto de redes que funcionan también como sistema. Estas redes y las lógicas que las hacen funcionar son los recursos principales de una comunidad. Se trata entonces de construir un conjunto de redes que permitan que las acciones sean realizadas y tengan no solamente resultados positivos para los beneficiarios inmediatos, sino también impacto en la comunidad. La existencia de un dispositivo que funcione es el primer resultado e impacto en la comunidad.
La construcción de los que llamamos el dispositivo se compone de:

- Crear un Red Operativa: construir, desarrollar y fortalecer un "equipo" de trabajo que funcione como red. Mediante una cartera de perfiles profesionales y convocar a las personas. Llevar a cabo un breve proceso de formación y autoformación por medio de encuentros periódicos. Llevar a cabo un breve proceso de capacitación. Seleccionar a las personas por medio de la formación y capacitación.

- identificación de los actores más significativos de la vida social en la comunidad local,

- construcción de la red de líderes informales y actores significativos,

- identificación de los actores del proyecto (grupo meta y beneficiarios indirectos),

- construcción de la red subjetiva comunitaria: su objetivo es construir, desarrollar y fortalecer en la comunidad una red de personas con las cuales se tienen relaciones amistosas. Se realiza mediante un proceso de trabajo de calle, participación a la vida de la comunidad y actividades de diagnóstico comunitario.

- construcción de la red de recursos comunitarios: Tener en la comunidad local un conjunto de recursos institucionales (instituciones y organizaciones) que tienen conocimientos, competencias y servicios útiles a los miembros del grupo meta. Por medio de trabajo de calle y de comunidad se lleva a cabo el diagnóstico comunitario. En el diagnóstico comunitario se identifican las necesidades del grupo meta. En función de estas necesidades se buscan en la comunidad mismo actores (instituciones y organizaciones o grupos formales) que puedan dar respuesta a estas necesidades. Buscar en las zonas cercanas a la comunidad local recursos comunitarios necesarios y que no se encuentran en la comunidad misma. Se construye un proceso para ir dando a este conjunto de organizaciones (cartera de organizaciones) una modalidad de funcionamiento en red.

- construcción de la red de recursos operativos: es la red que se constituye por todas las personas que participan en la realización de las diferentes tareas del proyecto (no solamente los miembros del equipo). Dicho de otra manera, son todas aquellas personas (y sus conexiones) que participan en el cumplimiento de los objetivos institucionales o del proyecto independientemente de su relación de contrato con la institución, del estatus, rol, mansión, sueldo etc.

- construcción de la red de trabajo.

CONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO

Iniciar el trabajo en una comunidad local a partir únicamente del “saber sabido” puede producir acciones basadas más en la Presupuestos erróneos e ideas preconcebidas, que en un conocimiento articulado con la realidad local y con una relación real con el
contexto. Es indispensable partir de una forma de equilibrio entre las necesidades de conocimiento, de conocer, y las necesidades de acción, de manera que la acción no se paralice por la necesidad de tener más fuentes de información.
Los pasos o áreas de conocimiento identificado como relevante para la intervención resultan de la práctica y tienen sentido si se articulan con acciones de enganche. Se trata entonces de acciones de investigación que tienen criterios científicos sin embargo se desarrollan en un set no formal de construcción participada de conocimiento por medio del involucramiento de actores comunitarios.
Es esencial manejar con prudencia la necesidad de información para actuar con la acción en sí misma, de modo que se alimenten una a la otra. Acciones que forman parte de este proceso son:
- Identificación de la comunidad local por parte de sus líderes de opinión.
- Estudio de los proyectos anterior o actualmente en fase de realización en la comunidad
- análisis de fracasos y buenas prácticas.
- Breve historia de la comunidad.

- Elementos sociológicos.
- Identificación de los temas generadores.
- Estrategias de anclaje y de objetivación.
- Mitos y formas rituales.
- Identificación y descripción de los conflictos de base en el interior de la comunidad.

PRODUCIR SERVICIOS

El trabajo en la comunidad puede ser visto también como una forma de crear servicios colaborando con la comunidad. Por servicios entendemos en este caso una modalidad organizada de respuesta a necesidades o demandas de la población.
En el marco de acciones del proyecto se inicia utilizando los servicios que la comunidad tiene, fortaleciéndolos cuando lo necesitan y se crean nuevos servicios juntos con los actores comunitarios cuando estos no existen y cuando existe una necesidad claramente observada.
Los servicios definen y describen el quehacer de un equipo o de una organización en una dada comunidad, en este sentido contribuyen en definir la identidad de la organización y de los operadores, en favorecer la emergencia de demandas u necesidades donde antes no
había conciencia de estas.
Cuando se dice "construir servicios junto con la comunidad" se quiere subrayar el hecho que la participación de los actores comunitarios en cada una de las fases de producción de servicios es imprescindible, y uno de los criterios de calidad y buen éxito de estos
tipos de iniciativas.
En el caso del tratamiento comunitario hay dos tipologías de servicios, sin agotar otras tipologías:

- Los centros de escucha.
- Los centros de acogida de bajo umbral (Drop In Centres).

Los centros de escucha pueden ser considerados como uno de los puntos de llegada de un proceso de prevención en una comunidad local, mientras que los centros de acogida de bajo
umbral pueden constituir el núcleo central de un programa de reducción del daño y como punto inicial de un acercamiento al tratamiento comunitario.
Acciones típicas de un centro de escucha son:
- Trabajo de calle
- Mantener y fortalecer las redes comunitarias.
- Captar demandas, peticiones, necesidades
- Hacer una evaluación de las demandas y necesidades, buscar
los recursos en la comunidad o fuera de ella.
- Utilizar las redes de recursos comunitarios enviando las personas para que sean atendidas.
- Acompañar a la persona si lo necesita, averiguar si la demanda o necesidad ha encontrado la respuesta adecuada, y hacer el seguimiento del acompañamiento hecho.
- Organizar iniciativas de difusión, animación y sensibilización cultural (teatro, cinema etc.)

Los centros de acogida de bajo umbral dan respuesta a necesidades apremiantes de consumidores de drogas y personas HIV positivas o AIDS, habitantes de calle gravemente excluidos, personas expuestas a alto riesgo de ETS, y otros casos.

El “drop in centre” constituye un desarrollo del centro de escucha, de la misma manera que el centro de escucha constituye un desarrollo práctico del trabajo de prevención primaria en una comunidad local.

El drop in es una forma de acogida inmediata de muy bajo umbral para dar un conjunto de ayudas concretas basadas en las necesidades de la persona. Entre estas:

- escucha y evaluación de demandas y necesidades,
- comida, bebida,
- un lugar para dormir algunas horas,
- baño, lavandería, insumos recreativos (TV, juegos, lecturas etc.),
- asistencia de salud (primeros auxilios) y orientación, higiene
- materiales e informaciones para uso seguro de sustancias y conductas sexuales seguras.