

Fomento a la construcción de capacidades en relación con 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

*Términos de Referencia de Misión de Corta Duración ATI
PRE-009 “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, septiembre de 2020



Términos de Referencia nº PRE-009 de Misión de Corta Duración ATI

Entidad Ejecutoras Solicitante: Unidad de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud
“Diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucionales en salud mental y adicciones con enfoque comunitario”
Días totales de trabajo estimados: 118 días/persona
Fecha de inicio estimado: 01/05/2020
Duración máxima de la consultoría: 7 meses

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.- Información General	3
1.1. País beneficiario	3
1.2. Órgano de Contratación	3
1.3. Información sobre el país	3
1.4. Situación actual del sector lucha contra el narcotráfico	4
1.5. Programas relacionados y otras actividades de los donantes:	5
1.6. Documentación disponible.....	5
2. OBJETIVOS DEL CONTRATO DITISA.....	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos del Programa	6
3. OBJETIVOS DE LA MISIÓN DE LA CORTA DURACION.....	6
3.1. Objetivo general de la misión de corta duración	6
3.2. Objetivos específicos de la misión de corta duración	7
3.3. Justificación de la consultoría	8
3.4. Cuestiones transversales (adaptar el texto genérico para ser más específico y pertinente para cada consultoría)	10
3.4.1 Igualdad de Género.....	10
3.4.2 Cambio Climático y medio ambiente	11
3.5. Área geográfica que va a cubrir.....	11
3.6. Grupos destinatarios	12
4.- ALCANCE DE LA MISIÓN	12
4.1. Productos y Resultados Esperados de la Misión de Corta Duración de Asistencia Técnica del Programa DITISA.....	12
4.2 Trabajo específico.....	¡Error! Marcador no definido.
4.3. Plan de trabajo y cronograma de actividades	13
4.4. Metodología	¡Error! Marcador no definido.
5.- Gestion del proyecto.....	15



5.1.	Órgano responsable.....	¡Error! Marcador no definido.
5.2.	Seguimiento y evaluación.....	15
5.3.	Instalaciones que deba proporcionar el órgano de contratación y/o otras partes	15
6	LOGÍSTICA Y CALENDARIO.....	16
6.1.	Localización	16
6.2.	Duración y período de ejecución.....	16
6.3.	Movilización de gastos imprevistos	16
7.	perfil de los expertos.....	16
8.	INFORMES Y ESTUDIOS	18
8.1.	Lista de informes de la consultoría	18
8.2.	Normas sobre la preparación de informes	¡Error! Marcador no definido.
8.3.	Presentación y aprobación de los informes.....	¡Error! Marcador no definido.
9.	Sostenibilidad y gestión del conocimiento	¡Error! Marcador no definido.
10.-	ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.
Anexo I:	Criterios específicos para la evaluación técnica.....	¡Error! Marcador no definido.
	*Tiene que ser específico para cada puesto	¡Error! Marcador no definido.
Anexo II:	Índice general de un informe de misión corta	¡Error! Marcador no definido.
Anexo III:	Anexos al informe final:	¡Error! Marcador no definido.

1.- INFORMACIÓN GENERAL

1.1. País beneficiario

Estado Plurinacional de Bolivia

1.2. Órgano de Contratación

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

1.3. Información sobre el país

Políticamente, se constituye como un Estado Plurinacional, descentralizado y con autonomías. Se divide en 9 departamentos y 339 Municipios. Sucre es la capital constitucional y sede del órgano judicial, mientras que La Paz es la sede de los órganos ejecutivo, legislativo y electoral.

La economía de Bolivia se ha mantenido estable durante los últimos años. Gracias a los altos precios de las materias primas, el aumento de las exportaciones de minerales y gas natural y una política macroeconómica prudente, el crecimiento económico en Bolivia ha alcanzado un promedio de 4,82% en el periodo entre 2004 y 2017. Actualmente, Bolivia es considerada como un país de renta media baja. Entre 2005 y 2017 la clase media aumentó en más de 3 millones de personas y la mayoría de la población (58%) tiene ingresos medios. Las últimas cifras de 2017 indican una renta anual per cápita de aproximadamente 3.004 Euros (1.021 Euros en 2007). Si bien la pobreza y la desigualdad en la



distribución de la renta son todavía altas, se han producido los más avances significativos en toda América Latina en los últimos años, con una reducción de la extrema pobreza de 37,7% en 2007 a 17,1% en 2017 y de la pobreza moderada de 70,1% a 36,4% para el mismo periodo. El coeficiente de Gini se ha reducido de 0.62 en el 2000 a 0.47 en el 2016, producto, en parte y a decir del Gobierno, del efecto redistributivo de las transferencias condicionadas, que han beneficiado a prácticamente la mitad de la población del país.

El 9 de marzo de 2016, el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 (PDES) fue promulgado como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia. El PDES constituye el marco estratégico y el punto de partida para la priorización de objetivos, resultados y acciones a ser desarrolladas por el Estado. El PDES considera como base la Agenda Patriótica 2025 y el programa de Gobierno 2015-2020. El principal objetivo es generar las condiciones necesarias para promover la erradicación de la extrema pobreza a través de medidas a ser implementadas en el marco de trece pilares ¹.

1.4. Situación actual del sector lucha contra el narcotráfico

El actual marco estratégico y programático boliviano de política sobre drogas refleja su evolución histórica y la generación de un abordaje excepcional, especialmente en el tratamiento del cultivo de hoja de coca, que ha transitado desde escenarios de conflicto y violencia hacia espacios de concertación, control social y mejora de las condiciones de vida de las familias y comunidades campesinas cocaleras. La instauración de la legalidad de la producción de hoja de coca en un cato por familia campesina supuso una medida de protección social y de ingreso mínimo muy efectiva.

La política sobre drogas de Bolivia está definida en Estrategia Nacional de Lucha contra el Narcotráfico y Control de Cultivos Excedentarios de Coca para el periodo 2016-2020 (ELCN&CCEC) ², aprobada por el Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas (CONALTID). Esta Estrategia plantea como objetivo: “Luchar contra el narcotráfico en el marco de una Bolivia Digna y Soberana, respetando los derechos humanos, concertando acciones a través del diálogo, implementando enfoques de prevención integral en el consumo de drogas y estabilizando los cultivos de hoja de coca”. La ELCN&CCEC 2016-2020 se estructura alrededor de cuatro pilares:

- 1) Reducción de oferta,
- 2) Reducción de la demanda,
- 3) Control de cultivos excedentarios de coca y
- 4) Responsabilidad internacional compartida.

En 2017, Bolivia aprueba un nuevo marco legal que sustituye a la ley 1008 (excepto en su contenido de carácter penal, que quedó vigente debido al bloqueo de la propuesta de reforma del código penal, y algunos aspectos institucionales vinculados al control de cultivos excedentarios), con la incorporación de dos nuevas leyes:

- La ley 913, de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, que pretende:



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



- ✓ establecer los mecanismos de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas en el ámbito preventivo, integral e investigativo, de control y fiscalización de las sustancias químicas controladas;
 - ✓ normar el régimen de bienes secuestrados e incautados confiscados; y
 - ✓ regular la pérdida de dominio de bienes ilícitos a favor del Estado.
- La ley 906, ley general de la coca, que norma la revalorización, producción, circulación, transporte, comercialización, consumo, investigación, industrialización, y la promoción de la coca en su estado natural y establece el marco institucional de regulación, control y fiscalización.

En 2017, el cultivo de coca en Bolivia aumentó 6 por ciento en comparación con los datos de 2016, según el último Informe de Monitoreo de Cultivos de Coca presentado en La Paz por UNODC y el gobierno de Bolivia. La superficie cultivada se incrementó en 1.400 hectáreas (has.) de 23.100 has. en 2016 a 24.500 has. en 2017, por encima de la superficie legal definida en la nueva ley 906, fijada en 22.000 has.

La Unión Europea brinda apoyo presupuestario a Bolivia en el sector de lucha contra el narcotráfico por 50 MEUR y asistencia técnica (AT) de 10 MEUR.

1.5. Programas relacionados y otras actividades de los donantes:

El contrato DITISA está coordinando sus actividades en el sector de lucha contra el narcotráfico con La Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP), La Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), los programas regionales de la UE en la materia (PACCTO y COPOLAD), la Agencia Italiana de Cooperación para el Desarrollo (AICS), así como con otros actores relevantes de la cooperación internacional y de la sociedad civil.

La UNODC es activa en muchos de los componentes de la política sobre drogas, la FIIAPP organiza actividades de formación para efectivos de la Policía Boliviana (especialmente de la FELCN), la Aduana Nacional, la Unidad de Investigaciones Financieras (UIF), la Fiscalía General y el Servicio Plurinacional de Defensa Pública, impartidas por expertos de la Guardia Civil, del Cuerpo Nacional de Policía de España y de la Policía Francesa. También la FIIAPP está ofreciendo asistencia técnica sobre trata y tráfico de personas y colaborando para el desarrollo de planes departamentales en la materia. La cooperación española (AECID) está igualmente apoyando proyectos concretos relacionados con la lucha contra la trata y el tráfico de personas (delito conexo) y UNICEF ha ofrecido cursos de formación especializados a policías bolivianos en materia de trata y tráfico de personas.

1.6. Documentación disponible

Como referencia importante, se deben tomar en cuenta los siguientes documentos:

- el diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones elaborado a través de la asistencia técnica internacional de DITISA entre los últimos meses del 2019 y los primeros del 2020.
- el diseño del sistema de atención en adicciones para personas privadas de libertad, elaborado a través de la asistencia técnica internacional de DITISA durante el año 2019.



- Estándares internacionales de tratamiento de adicciones (OMS/OPS, CICAD, UNODC, etc.) como referencia informativa.

2. OBJETIVOS DEL CONTRATO DITISA

2.1. Objetivo general

El objetivo general del programa es:

Contribuir a una mejor y más efectiva ejecución de las políticas sectoriales apoyadas por la cooperación bilateral de la UE incrementando la capacidad de las instituciones nacionales y otros actores para diseñar e implementar sus planes y estrategias de forma eficiente y oportuna.

2.2. Objetivos específicos del Programa

Los objetivos específicos son los siguientes:

Contribuir a una ejecución más efectiva y a la sostenibilidad de las políticas sectoriales apoyadas por la UE a través de Programas de Apoyo Presupuestario Sectorial (APS) en los sectores de la lucha contra las drogas ilícitas (ELCN&CCEC), del desarrollo integral con coca (ENDIC) y de la seguridad alimentaria de los municipios expulsores de mano de obra (ESAME)

Contribuir a la sostenibilidad de las políticas en materia macroeconómica y de finanzas públicas, de acuerdo a los criterios de elegibilidad que rigen el Apoyo Presupuestario de la UE.

Proporcionar asistencia técnica para apoyar a las instituciones beneficiarias para ejecutar el apoyo presupuestario con más eficiencia y eficacia.

3. OBJETIVOS DE LA MISIÓN DE LA CORTA DURACION

3.1. Objetivo general de la misión de corta duración

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

Teniendo en cuenta el proceso de actual que está desarrollando el Ministerio de salud en relación con la constitución de los Centros de Salud Mental dentro de un proceso institucional que está implicando



los SEDES DEPARTAMENTALES y municipios más importantes del país, organismos multilaterales (OPS-OMS,...), ONG internacionales como Cáritas, e instituciones privadas que trabajan en la salud mental y el consumo de drogas; precisa consolidar el proceso citado de creación de los centros de salud mental , así como la consolidación, igualmente, de la Red de entidades y de la sociedad civil que van a dar sostenibilidad en el tiempo para que se convierta la salud mental y adicciones en una política pública dentro del Ministerio de salud.

3.2. Objetivos específicos de la misión de corta duración

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



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



- Participar en los procesos de negociación con los SEDES DEPARTAMENTALES y municipios, para asegurar que el diseño de los centros, su perfil profesional, su relación con el primer nivel de salud, y los programas base que será parte de la cartera de servicios de los mismos, mantenga una equidad y accesibilidad en el territorio.
- Ayudar a la consolidación de la Red de salud mental y adicciones como elemento vertebrador de la nueva política pública que se va a impulsar.
- Apoyar al Ministerio de salud en la revisión y aval de la redacción y lineamientos estratégicos de la salud mental a nivel estatal y departamental y municipal.

3.3. Justificación de la consultoría

El Estado Plurinacional de Bolivia, acorde a los lineamientos internacionales en materia de Reducción de la Demanda de Drogas, tiene una visión de Salud Pública en el abordaje de la prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes, consecuente con los principios fundamentales de la salud pública de equidad, justicia social y derechos humanos, con énfasis en los grupos vulnerables más necesitados, teniendo en cuenta los determinantes de la salud económicos, sociales y medioambientales, las intervenciones basadas en la ciencia y en datos probatorios, y los planteamientos centrados en la población.

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

El Ministerio de Salud se constituye, por ley, en cabeza de sector del Gobierno Nacional en lo que se refiere a la reducción de la demanda de drogas, con el mandato de abordar de manera integral la prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos o drogodependientes.

El accionar del Ministerio, centrado en la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI) ; cuyo objetivo es el de “Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población”, contempla cuatro principios fundamentales para su aplicación:

- 1) intersectorialidad;
- 2) Integralidad;



- 3) Intercultural; y
- 4) participación comunitaria.

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

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

Uno de los principios de la SAFCI es la Participación Comunitaria, considerada como “la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos”.

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

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

En tal sentido, y desde la salud mental, este enfoque apunta a transformar el sistema manicomial instaurado en el país, propiciando su reemplazo con abordajes intersectoriales, interdisciplinarios con enfoque comunitario y promotor de los derechos humanos, todo un desafío en el marco del desarrollo del actual Sistema Único de Salud recientemente puesto en marcha por el Gobierno. Por otra parte, como resultado del mandato del pueblo a través de las organizaciones sociales en el país, se busca luchar contra la segregación y la violencia ejercida sobre los denominados “locos”, “desquiciados”, “dementes” y sus familiares y sobre las personas estigmatizadas como “drogadictos”, “alcohólicos” o “viciosos”. Tal concepción en la actualidad es entendida desde el Estado como una flagrante violación a los derechos humanos. Desde esta perspectiva el horizonte hacia adelante en materia de salud mental se relaciona con el diseño de un marco normativo que vaya en consonancia con los principios,



acuerdos, declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales, a los que Bolivia se adhirió para la planificación de sus políticas públicas.

En relación con el conocimiento y difusión para los profesionales clave en salud mental y adicciones, dentro de la ejecución del nueva política de salud mental comunitaria tal y como se ha descrito, es esencial disponer de un conocimiento de lo que es el modelo de salud mental y adicciones comunitario, los presupuestos que lo sustentan, el rol de cada uno de los niveles de atención, que es un modelo de intervención comunitario en vulnerabilidad, la perspectiva de género y como desarrollarla, entre otros temas. Pues bien, en Bolivia se carece de mecanismos estables de capacitación para técnicos y profesionales que permita poder cambiar el modelo tradicional hospital céntrico de la salud mental y adicciones hacia un modelo comunitario y cercano al ciudadano. Actualmente se diseñan acciones aisladas de capacitación que no tienen continuidad. Desde el punto de vista de organización de recursos para capacitación del ministerio de salud, tampoco hay herramientas como una unidad de capacitación continuada, una comisión de capacitación continuada para todo el sistema de atención de salud mental y adicciones, o un mecanismo estable de colaboración con la academia. Para abordar las actuales carencias, esta consultoría prevé el diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucionales en salud mental y adicciones con enfoque comunitario, de modo que se incida por un lado en dejar articulado un currículo formativo dependiendo de los grupos diana de las capacitaciones y además hacer una propuesta de organización de la capacitación dentro de Ministerio de salud para dotarle de operatividad y calidad.

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

3.4. Cuestiones transversales

3.4.1 Igualdad de Género

Respecto a perspectiva de género en los objetivos de la consultoría, se va a adoptar una perspectiva de género en lo referido a al diseño de los programas de capacitación y su implementación. La perspectiva de género en los contenidos propuestos que tienen que ver con la salud mental comunitaria se va a tener en cuenta por las especificidades entre hombres y mujeres, de las acciones preventivas, de promoción, terapéuticas, de reinserción y de trabajo comunitario para el desarrollo. Por ello se van a proponer módulos específicos de perspectiva de género en los programas propuestos. La consideración de la igualdad de género para la igualdad de oportunidades para el acceso a las capacitaciones se va a tener en cuenta, realizando un diagnóstico de posibles barreras para el acceso a las capacitaciones.



3.4.2 Derechos humanos

La consultoría se alinea con el objetivo 3 de la Agenda 2030 sobre Objetivos para el Desarrollo Sostenible, de Naciones Unidas que señala Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. En la Meta 5 se habla de fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol. Y 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.

Y 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.

La consultoría se fundamenta en derechos universales como el derecho a la salud sin distinción de ningún tipo debido al género, raza, cultura y religión. La equidad de la atención y la accesibilidad a los recursos y programas de atención en salud mental y drogas, son el fundamento de un programa de capacitación para profesionales de salud mental, educación y otros agentes. La capacitación va a promover la equidad de la atención en todo el territorio, y al asumir una perspectiva de género, vulnerabilidad y de desarrollo va a incidir directamente en el derecho a la salud para todos.

La protección de los derechos humanos de los afectados por problemas de salud mental y adicciones también el objetivo de la consultoría al incidir en problemas como el estigma social.

En el conocimiento y respeto de los derechos humanos y de los derechos de los usuarios y el impulso a la participación en la toma de decisiones de las personas con trastorno mental y adicciones es también objeto de la consultoría. En este sentido, se aborda el deber de informar de modo claro y asumible, respetando los tiempos y adecuando el vocabulario, la incorporación de los valores y las creencias, y valores culturales de los usuarios en la toma de decisiones y las habilidades de comunicación y apoyo emocional en situaciones difíciles para facilitar el logro de los objetivos terapéuticos con el paciente. Así como estrategias de acercamiento comunitario como eje principal del trabajo terapéutico.

3.5. Área geográfica que va a cubrir

El trabajo de esta misión se ejecuta en Bolivia, en todo su ámbito territorial.



3.6. Grupos destinatarios

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

Del mismo modo, el propio programa de salud mental y adicciones por el apoyo a su trabajo de consolidación de los Centros de Salud Mental y adicciones

4.- ALCANCE DE LA MISIÓN

4.1. Productos y Resultados Esperados de la Misión de Corta Duración de Asistencia Técnica del Programa DITISA

1. Una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que compete y administración descentralizada GAD Y GAM.
2. Una propuesta de contenidos formativos con una parte troncal y con una especificación para cada uno de los colectivos objeto de la capacitación: mandos directivos de salud, gobernación y educación; Min. de justicia (jueces y fiscales); Min. De Educación y Min de Gobierno (VDS, CONALTID, OBSCD); profesionales de salud y equipos multiprofesionales de prisiones; profesionales de Centros de acogida de menores en conflicto con la ley y programas de menores en riesgo; profesionales de Primer nivel de atención en salud (médicos enfermeras y trabajadores sociales); los profesionales de los CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA (CAIFC), y profesionales de ONG; facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones; profesionales de los medios de comunicación.
3. Una propuesta de fuentes de recursos económicos y humanos para dar continuidad al programa de capacitaciones.
4. Un documento de propuesta para cada SEDES DEPARTAMENTAL sobre el estado de situación sobre salud mental y adicciones, en el que se recojan las directrices de implementación de los Centros de Salud Mental, su estructura y funcionamiento.
5. Un documento sobre la Red de salud mental y adicciones, a nivel estatal, y a nivel departamental y municipal, con una definición de roles y sistema de trabajo en red.
6. Un documento de revisión y aval de la redacción y lineamientos estratégicos de la salud mental a nivel estatal y departamental y municipal.



4.3. Plan de trabajo y cronograma de actividades

Para lograr el objetivo propuesto de esta misión la/el experto deberá llevar a cabo las siguientes actividades a lo largo de las siguientes fases:

FASE I: INICIO (8 días de trabajo/persona)

- Reuniones iniciales preparatorias con el equipo de la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud.
- Presentación de un documento de Plan de trabajo inicial para la aprobación del Grupo de referencia, que incorpore el cronograma detallado y la metodología de trabajo propuesta para la generación de los productos de la consultoría. En caso de que el Grupo de referencia realice comentarios, éstos deberán ser incorporados en el documento del Plan de trabajo inicial.

FASE II: DESARROLLO (100 días de trabajo)

- Redacción de documento base con propuesta de contenidos y estructura.
- Reuniones con el equipo de la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud para orientar la propuesta de productos.
- Reuniones con cada uno de los Ministerios objeto de la capacitación.
- 4 visitas a Gobernaciones y Municipios clave para conformar el enfoque territorial.
- Recopilación de insumos de parte de Ministerio de Salud, Gobernaciones, Municipios y ONG, para redactar los apartados de los productos, mediante reuniones y revisión documental de referencia.
- Presentación de un borrador del documento base con los tres productos.
- Trabajo de redacción del documento final ajustado tras encuentros técnicos.
- Envío del informe intermedio preliminar al Grupo de referencia, incluyendo en el mismo los productos 1, 2 y 3 referidos en la sección 4.1 arriba.
- Recopilación de documentación remitida por los ETAs para realizar una presentación a ministerio de salud y los entes territoriales.
- Reunión con Ministerio de salud para orientar y preparar los productos de modo consensuado.
- Reunión virtual con las ETAs, asociaciones sociedad civil, colectivos profesionales, y organismo multilaterales para consensuar los objetivos de la Red y el resultado de los compromisos. (realizar al menos 5 desplazamientos a departamentos, si es posible)

FASE III: CIERRE (10 días de trabajo/persona)

- Reunión de presentación del informe final con los productos 4, 5 y 6 según la sección 4.2 con el Grupo de referencia (y otros posibles invitados de interés) para su valoración, emisión de comentarios y posible validación de este.
- Incorporación al informe final de productos 1, 2 y 3.
- Incorporación de los posibles comentarios del Grupo de referencia en el documento final.



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



- Entrega al experto sectorial de DITISA del documento final, incorporando las modificaciones propuestas por el grupo de referencia, para su aprobación por el Ministerio de Salud

FASE IV: ADENDA (0 días de trabajo/persona)

Plan MCD	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	<Semana 9	Semana 10
Reuniones iniciales preparatorias	xxxxx	xx								
-Presentación de la metodología		x								
Fase Operativa										
-Elaboración del documento base		xx	xxxxx	xxxxx	xxxxx					
-Reuniones con institucionales nacionales y subnacionales						Xxxxx	xxxxx	xxxxx		
-Incorporación de insumos al documento base.									xxxxx	
-Presentación de borrador del documento base final con los tres productos y del informe intermedio										x
- Incorporación de comentarios al borrador final										xx
Fase de Cierre DE ADENDA										
Validación de los tres productos entregados										x
Presentación de informe final										x



5.- GESTION DEL PROYECTO

5.2. Seguimiento y evaluación

El seguimiento del trabajo del/la experto/a será realizado de manera periódica mediante reuniones con el equipo ATI y el grupo de referencia.

El grupo de referencia está conformado de los representantes de las diferentes entidades que tienen interés sobre los resultados de la consultoría y por los representantes de DUE y DITISA. Para las reuniones de grupo de referencia se puede invitar las otras entidades de la cooperación que trabajan en el mismo sector para mejor articulación de las actividades. Para la presentación de informe final, la DUE y DITISA tienen derecho a invitar todos los miembros de cooperación internacional y sociedad civil que trabaja en el mismo sector para compartir la información de los resultados y recomendaciones.

La MCD contará como responsable de la contraparte quien es persona Dr Samadhi Salgado responsable de salud mental y adicciones por parte de la entidad beneficiaria, al Jefe de la Asistencia Técnica y el Experto sectorial de DITISA.

El grupo de referencia va a ser responsable a apoyar el/la consultor/a a organizar los eventos con los beneficiarios para el briefing y debriefing de los resultados. Al finalizar la misión, se llevará a cabo una evaluación de la calidad del trabajo realizado por el experto, incluyendo el logro de objetivos y resultados.

Es responsabilidad del grupo de referencia³:

- Ofrecer toda la información que necesita el/la consultor/a para realizar su trabajo con éxito y con buena articulación entre todos los actores, además de aspectos logísticos.
- Ofrecer opiniones sobre los hallazgos, las conclusiones, las enseñanzas y las recomendaciones presentados por el/la consultora/a.
- Al inicio de la consultoría, aprobar el plan de trabajo y la metodología presentado por el/la consultor/a
- Aprobar los productos intermedios.
- Aprobar el informe final elaborado por el/la consultor/a
- Apoyar la creación de un plan de seguimiento adecuado una vez que haya finalizado la consultoría.

5.3. Instalaciones que deba proporcionar el órgano de contratación y/o otras partes

Si fuera posible el trabajo presencial, el Min. De Salud pondrá a disposición del consultor un espacio de trabajo en la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Ministerio, con acceso a internet.

³ El grupo de referencia está conformado de los representantes de las diferentes entidades que tienen interés sobre los resultados de la consultoría y por los representantes de DUE y la DITISA. Para las reuniones de grupo de referencia se puede invitar las otras entidades de la cooperación que trabajan en el mismo sector para mejor articulación de las actividades. Para la presentación de informe final, la DUE y DITISA tienen derecho a invitar todos los miembros de cooperación internacional y social civil que trabaja en el mismo sector para compartir la información de los resultados y recomendaciones.



6 LOGÍSTICA Y CALENDARIO

6.1. Localización

La actividad tendrá su sede en La Paz, con desplazamientos a la mayor parte de Gobernaciones y Municipios más relevantes (Santa Cruz, Cochabamba, Oruro y Chuquisaca), además de La Paz y el Alto, como algún otro que se determine por necesidad.

No obstante, mientras se mantengan las restricciones por la crisis sanitaria del COVID19, el consultor estará desarrollando su actividad a través de trabajo a domicilio.

6.2. Duración y período de ejecución

El desarrollo del proyecto tendrá una duración de 118 días de trabajo.

El período de implementación será de 7 meses, a partir de la fecha de inicio de prestaciones de la consultoría.

La fecha estimada de inicio es el 01/05/2020.

6.3. Movilización de gastos imprevistos

Se estima que deberán realizarse, al menos 6 desplazamientos al interior del país. DITISA cubrirá los gastos de desplazamiento y viáticos correspondientes para dichas misiones. Se prevén desplazamientos del/ de la consultor/a a los municipios más importantes del país, a saber: Santa Cruz, Cochabamba, Oruro, y Chuquisaca, además de algún otro que se determine por necesidad. Estas visitas y reuniones, si no pueden realizarse de forma presencial, se realizarán a través de videoconferencias.

Para la validación de los productos, si no hubiese restricciones debidas a la crisis del COVID19, se realizarán reuniones/talleres presenciales con las instituciones involucradas. En este caso, DITISA cubriría los gastos de organización, salas de trabajo y refrigerio.

7. PERFIL DE LOS EXPERTOS

Todos los expertos deben ser independientes y estar exentos de cualquier tipo de conflicto de intereses en las responsabilidades que asuman. Obsérvese que los funcionarios y el personal de la Administración pública del país socio o de las organizaciones regionales/internacionales con sede en el país solo podrán ser contratados como expertos en casos muy justificados.



Los procedimientos de selección utilizados por el contratista para seleccionar a estos otros expertos deberán ser transparentes y basarse en criterios previamente definidos, incluidas las cualificaciones profesionales, los conocimientos lingüísticos y la experiencia laboral. Los resultados del Comité de Selección deberán registrarse. Los expertos seleccionados estarán sujetos a la aprobación del Órgano de Contratación antes del inicio de su ejecución de tareas.

Experto 1 – Puesto del Experto (118 días de trabajo), Categoría senior

Cualificaciones y competencias

Requeridas:

- Grado en medicina, psicología o en el resto de ciencias de la salud.
- Manejo fluido del español, hablado y escrito.

Deseables:

- Posgrado en intervenciones integrales en adicciones.
- Especialización en psicología clínica.
- Especialización en gestión de sistemas de salud.

Experiencia profesional general

Requerida:

- Experiencia general laboral de al menos 10 años desde la obtención del título profesional en/con instituciones públicas de salud.
- Experiencia General Profesional de al menos 10 años en temas vinculados a la elaboración de programas de prevención y tratamiento a personas con adicciones.
- Experiencia en diseño de programas formativos en adicciones.

Deseable:

- Experiencia laboral de al menos 4 años en los países de América Latina.
- Experiencia laboral en Bolivia.

Experiencia profesional específica

Requerida:

- Experiencia Específica Profesional de al menos 10 años en planificación y desarrollo de servicios en el ámbito de las adicciones, con experiencia en elaboración de planes y estrategias en la materia.
- Experiencia Específica en implantación de programas de capacitación en adicciones en el ámbito de la salud pública, en prevención y tratamiento y reinserción.



- Experiencia en programación de formación continuada en adicciones en el ámbito de la salud pública.

Deseable

- Experiencia laboral en materia de adicciones en América Latina y valorable en Bolivia.

8. INFORMES Y ESTUDIOS

8.1. Lista de informes de la consultoría

1. Plan de trabajo, que incluya la propuesta metodológica y un cronograma de actividades, a ser aprobado por el grupo de referencia.
2. Borrador del documento base con los siguientes productos:
 - a. Una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que compete y administración descentralizada GAD Y GAM.
 - b. Una propuesta de contenidos formativos con una parte troncal y con una especificación para cada uno de los colectivos objeto de la capacitación: mandos directivos de salud, gobernación y educación; Min. de justicia (jueces y fiscales); Min. De Educación y Min de Gobierno (VDS, CONALTID, OBSCD); profesionales de salud y equipos multiprofesionales de prisiones; profesionales de Centros de acogida de menores en conflicto con la ley y programas de menores en riesgo; profesionales de Primer nivel de atención en salud (médicos enfermeras y trabajadores sociales); los profesionales de los CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA (CAIFC), y profesionales de ONG; facilitadores y mediadores en salud mental y adicciones; profesionales de los medios de comunicación.
 - c. Una propuesta de fuentes de recursos económicos y humanos para dar continuidad al programa de capacitaciones.
3. Un informe intermedio de la consultoría.
4. Un documento base final, validado por las instituciones involucradas.
5. Un documento propuesta para cada SEDES DEPARTAMENTAL sobre el estado de situación sobre salud mental y adicciones, en el que se recojan las directrices de implementación de los Centros de Salud Mental, su estructura y funcionamiento.
6. Un documento sobre la Red de salud mental y adicciones, a nivel estatal, y a nivel departamental y municipal, con una definición de roles y sistema de trabajo en red.
7. Un documento de revisión y aval de la redacción y lineamientos estratégicos de la salud mental a nivel estatal y departamental y municipal.
8. Informe final de la consultoría.