

## ***Ficha de Sistematización PRE-009***

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

- Experto categoría Sénior
- Cantidad de días: 68 días laborales Fecha de inicio de la misión: 11 de mayo de 2020  
Fecha de finalización: 04 de diciembre de 2020.

### **Antecedentes**

A solicitud de la Dirección General de Promoción y Prevención de la Salud se estudió la posibilidad de realizar una misión de apoyo de corta duración para el diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucional de la DGPPS.

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

Se elaboraron los términos de referencia al recibir la solicitud oficial de la DGPPS y se solicitó la aprobación de la DUE para la contratación del experto luego de la debida selección.

Esta iniciativa nace de la necesidad de cumplir con el indicador 3 del convenio que comprende rehabilitación, prevención y apoyo a la red de prevención.

**Objetivo de la consultoría** 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.
- 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

**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;
- 4) participación comunitaria.

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

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

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

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

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

En tal sentido, y desde la salud mental, este enfoque apunta a transformar el sistema manicomial instaurado en el país, propiciando su reemplazo con abordajes intersectoriales, interdisciplinarios con enfoque comunitario y promotor de los derechos humanos, todo un desafío en el marco del desarrollo del actual Sistema Único de Salud recientemente puesto en marcha por el Gobierno.

Por otra parte, como resultado del mandato del pueblo a través de las organizaciones sociales en el país, se busca luchar contra la segregación y la violencia ejercida sobre los denominados “locos”, “desquiciados”, “dementes” y sus familiares y sobre las personas estigmatizadas como “drogadictos”, “alcohólicos” o “viciosos”.

Tal concepción en la actualidad es entendida desde el Estado como una flagrante violación a los derechos humanos. Desde esta perspectiva el horizonte hacia adelante en materia de salud mental se relaciona con el diseño de un marco normativo que vaya en consonancia con los principios, acuerdos, declaraciones y recomendaciones de organismos internacionales, a los que Bolivia se adhirió para la planificación de sus políticas públicas.

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

Pues bien, en Bolivia se carece de mecanismos estables de capacitación para técnicos y profesionales que permita poder cambiar el modelo tradicional hospital céntrico de la salud mental y adicciones hacia un modelo comunitario y cercano al ciudadano. Actualmente se diseñan acciones asiladas de capacitación que no tienen continuidad.

Desde el punto de vista de organización de recursos para capacitación del ministerio de salud, tampoco hay herramientas como una unidad de capacitación continuada, una comisión de capacitación continuada para todo el sistema de atención de salud mental y adicciones, o un mecanismo estable de colaboración con la academia.

Para abordar las actuales carencias, esta consultoría prevé el diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucionales en salud mental y adicciones con enfoque comunitario, de modo que se incida por un lado en dejar articulado un currículo formativo dependiendo de los grupos diana de las capacitaciones y además hacer una

propuesta de organización de la capacitación dentro de Ministerio de salud para dotarle de operatividad y calidad.

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

### **Resultados principales solicitados de la consultoría**

Los resultados esperados de esta misión eran los siguientes:

1. Una propuesta de organización de la capacitación para la administración pública según los ministerios que competa 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.

### **Resultados tangibles de la consultoría**

El consultor entregó su informe final, pero por razones de crisis política este informe quedó letra muerta. Más bien, hoy en día nadie le hace caso dado que la misión se implementó durante el año 2020 (llamada “Golpe” en los documentos oficiales)

El informe propone una serie de acciones destinadas a fortalecer la DGPPS, cuyas recomendaciones siguen a continuación:

- El proceso de capacitaciones debe ser una propuesta conjunta con academia y sociedades profesionales y colegios, para darle una continuidad y actuar desde la base

de la formación académica de las profesiones implicadas en la salud mental: psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras.

Se recomienda iniciar una diplomatura de salud mental comunitaria y actuaciones en la formación de médicos sobre salud mental para que se conozca más y se puedan manejar los problemas de salud mental.

Se recomienda una capacitación específica en cuatro áreas comunes a todos los grupos beneficiarios de las capacitaciones: conceptos de salud mental comunitaria, estigma en salud mental y adicciones, intervención de base comunitaria, y perspectiva de género. Estas áreas van a permitir poner el marco sobre el que va a operar el sistema.

Se considera importante capacitar a los profesionales de la prensa en la importancia del lenguaje en el tratamiento de la información sobre salud mental y adicciones, por su gran peso en generar actitudes positivas hacia esos colectivos.

De igual modo se considera esencial que los mandos directivos conozcan la salud mental comunitaria y los centros de atención, para que valoren la importancia de priorizar la política de salud mental y adicciones.

Se considera esencial que se dé continuidad a la formación de modo que se debe articular una comisión de formación continuada que se encargue de obtener recursos para ello, y recabar las necesidades formativas y plasmarlas en programas anuales de formación.

En lo referido a la financiación de la formación, se considera que esta debe ir de la mano de unos presupuestos en salud mental y adicciones específicos. Dentro de los cuales habrá un apartado de formación continuada.

Se recomienda retomar en breve los trabajos de apoyo a SEDES con el fin de formalizar tres procesos: buscar lugar para los CSMC y estudiar la reubicación de ítems para cubrir los puestos de trabajo que se necesitan; constituir la Red Nacional y las Redes departamentales; y el Plan nacional de salud mental y los planes departamentales.

Se recomienda implementar trabajos Inter agenciales siempre que sea posible. En este caso de la salud mental y adicciones hay confluencia actualmente entre OPS, UNODC y UE.

Se recomienda que la implementación de la atención de la salud mental y adicciones del primer nivel se realice mediante una reubicación de efectivos de tercer nivel especialmente, ya que esté sobre dimensionado y además la reforma de la salud mental va a disminuir el número de referencias a tercer nivel muy sustancialmente.

Se recomienda que el trabajo de las Redes (nacional, departamental y municipal) sea formalizado mediante oportunas normas legales y leyes de salud mental que obliguen su puesta en marcha.

Se hace necesaria una ley de ámbito nacional en salud mental, que incluya las adicciones como parte del enfoque de salud pública de su enfoque. Y que otorgue un respaldo legal a cuestiones muy relevantes como la integración dentro del SUS de las prestaciones de salud mental y adicciones, la respuesta preventiva, un sistema nacional de salud mental y adicciones como entidad prestadora de servicios con entidad jurídica propia dentro del sistema general de salud, la integración de los servicios de prevención tratamiento y reinserción de la salud mental y adicciones para privados de libertad dentro del sistema nacional de salud mental y adicciones, entre otras cuestiones.

## **Implementación de las recomendaciones**

Otra vez, se debe mencionar la falta de interés de la DGPPS en tomar en cuenta e implementar acciones según las recomendaciones de una misión realizada durante el periodo de gobierno de transición.

Sin embargo, el Plan operativo 2023 de la DGPPS considera temas de capacitación y de mejora de las instalaciones en los centros penitenciarios, y se puede decir que con esto van en el sentido recomendado.

Por nuestra parte, tratamos de despertar algún interés con las nuevas personas a cargo de la DGPPS, antes de finalizar el proyecto DITISA.

***¿Qué tanto presupuesto la entidad ejecutora había reservados para la implementación de los resultados? ¿Cómo lo utilizaron?***

Algunas de las recomendaciones corresponden por casualidad con el plan operativo de la DGPPS. Para el año 2023, la DGPPS ha previsto alrededor de 1 Millón de Bolivianos para la mejora de las construcciones de centros de rehabilitación en el seno de los centros penitenciarios y una suma 2,7 Millones de Bolivianos para actividades relacionadas indirectamente a las recomendaciones de la misión (capacitación, diplomado y misiones de apoyo técnico.)

***¿Cómo socializaron/divulgaron los resultados?***

No se socializaron, ni se divulgaron los resultados de manera externa.

***¿Cómo la AT permanente ha apoyado la entidad ejecutora a implementar los resultados?***

La AT y el consultor externo ayudaron la DGPPS en todo el proceso de preparación, y ejecución de la misión. Desde la priorización, la elaboración de los TDRs, la selección y contratación del consultor y el seguimiento monitoreo de la misión, la AT DITISA ha estado a la par de la DGPPS.

Tratándose de una misión realizada en el marco de la presencia del gobierno de transición, la entidad ejecutora no ha implementado los resultados o recomendaciones, o al menos no como se esperaba. Se han implementado algunas recomendaciones por casualidad.

La nueva dirección general y jefatura de unidad de la DGPPS se muestran más abiertas para tomar en cuenta nuestras recomendaciones en vista del cumplimiento de las metas del Plan de Reducción de la demanda. Por otra parte, la DGPPS ha tomado contacto con la Dirección del OBSCD para coordinar temas del SUIN con el propósito de interoperar.

***¿Cuál fue el impacto real de la consultoría solicitado por la entidad y que tan sostenibles son los resultados?***

Es muy difícil de cuantificar el impacto de esa consultoría sobre la entidad beneficiaria en la medida de que no han utilizado el informe desde su presentación.

### **¿Hay algo que podemos rescatar de los resultados que todavía no ha sido implementados y entregarlos para el futuro?**

En el caso de esta misión, como mencionado arriba, todo queda por implementarse. La penúltima directora de la DGPPS no quiso saber nada de las recomendaciones de la misión.

Estamos tratando de revisar las recomendaciones formuladas por la misión con la nueva directora de la DGPPS y ver de qué manera se pueden incluir al plan operativo 2024. Sobre todo, estamos tratando de asegurar que las actividades seleccionadas estén relacionadas con la estrategia de lucha contra el narcotráfico.

### **¿Cómo el informe final de la consultoría podría fortalecer la capacidad institucional de la entidad ejecutora en el futuro?**

Con los cursos de capacitación y el diplomado recomendado, se puede pensar en un fortalecimiento de la capacidad institucional de la DGPPS si la institución mantiene su plan operativo. Algunas acciones previstas en el plan operativo 2023 corresponden al fortalecimiento de capacidad institucional de la DGPPS, como las acciones en capacitación y misiones de apoyo técnico en actualización del sistema informático de la DGPPS.

### **Lecciones aprendidas**

Como primera lección aprendida, podemos subrayar la dificultad de contar con el apoyo y la motivación de funcionarios trabajando en un contexto lleno de incertidumbres. En el lapso de tiempo de 4 años, hubo 5 cambios de directores (as) de la DGPPS, seguido de los cambios de personal de confianza correspondiente, perdiendo de esta manera todo el beneficio del conocimiento de los temas a tratar por parte de nuestra contraparte.

Una segunda lección aprendida es que el seguimiento de las actividades realizadas en conjunto con las instituciones de contraparte necesita una atención diaria para evitar la pérdida de contacto y desorientación de las actividades relacionadas a las recomendaciones de las misiones.

La articulación inter institucional es el talón de Aquiles de todas las instituciones del Estado.

