

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 Misión de Corta Duración ATI

**“Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su
sistema de información”**

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, mayo de 2020

Disclaimer:

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

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

Contrato N° DCI/LA/2017/392-699

Misión PRE-002 “Diseño del sistema nacional de tratamiento en
adicciones y de su sistema de información”

Informe final

Autor:

Juan Antonio del Pozo Iribarría

La Paz /Bruselas, mayo 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC





CONTENIDO

1.- ANTECEDENTES	6
1.1. País beneficiario	6
1.2. Órgano de contratación.....	6
1.3 Detalles de la misión.....	6
1.4. Área geográfica que ha cubierto	6
2. OBJETIVOS DE LA MISIÓN	6
2.1. Objetivo general	6
2.2. Objetivos específicos	7
3. MARCO DE LA MISIÓN	7
3.1. Justificación de la consultoría.....	7
3.2. Grupos destinatarios	10
4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO.....	10
5.- RESULTADOS ALCANZADOS	13
ETAPA 1: PRODUCTOS Y RESULTADOS OBTENIDOS	13
ETAPA II: PRODUCTOS Y RESULTADOS OBTENIDOS	17
6.- DESCRIPCION DE LOS PROCESOS PROMOVIDOS	20
7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	21
7.1 Conclusiones.....	21
ETAPA I	21
CONCLUSIONES GENERALES PARA LA IMPLANTACION DE SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SCATASM).....	21
ETAPA II	22
CONCLUSIONES PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFORMACION DE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) (SUBPRODUCTO 1)	22
CONCLUSIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SIAASM) (SUBPRODUCTO 2)	23
CONCLUSIONES PARA LA IMPLANTACION DE UNA AGENDA DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES (SUBPRODUCTO 3).....	24
7.2 RECOMENDACIONES	26
ETAPA I	26
RESPECTO AL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)	26
ETAPA II	27
RECOMENDACIONES SOBRE EL SUBPRODUCTO 1: SISTEMA DE INFORMACION DE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)	27



RECOMENDACIONES SOBRE EL SUBPRODUCTO 2: SISTEMA DE INFORMACION DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SIAASM)	28
RECOMENDACIONES SOBRE EL SUBPRODUCTO 3: AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES.....	28

Anexos:

Anexo 1. TDR de la Misión

Anexo 2. Informe inicial: Plan de trabajo

Anexo 3. Informe Intermedio

Anexo 4. Producto Etapa I: Sistema Comunitario De Atención Y Tratamiento De Adicciones Y Salud Mental (Scatasm).

Anexo 5. Productos Fase II Final

Anexo 6_ Acta de grupo de referencia



1.- ANTECEDENTES

1.1. País beneficiario

Estado Plurinacional de Bolivia.

1.2. Órgano de contratación

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

1.3 Detalles de la misión

Términos de Referencia:	Nº PRE- 002 de Misión de Corta Duración ATI
Entidad beneficiaria:	Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Promoción de la Salud y Movilización social- Ministerio de Salud
Cantidad de días:	115 días laborales (dos fases: de 65 días y 50 días respectivamente)
Fase:	Dos Fases
Fecha de inicio de la misión:	25 de septiembre de 2019
Fecha de finalización:	6 de mayo de 2020.

1.4. Área geográfica que ha cubierto

El trabajo de esta misión se ejecuta en el territorio de Bolivia. Este trabajo tiene, por razones de distribución competencial en materia de salud y políticas sociales, un enfoque fuertemente descentralizado en Gobernaciones y Municipios que va a requerir frecuente coordinación para el producto final. Aunque el trabajo se realiza en La Paz de modo habitual, se ha cubierto parte del territorio de Bolivia por el enfoque descentralizado de los productos; a saber: Santa Cruz, Cochabamba, Tarija, Beni, Potosí, Oruro, Trinidad, Pando y Chuquisaca. Sin embargo, hay que señalar que los acontecimientos acaecidos en el mes de noviembre de 2019 con el conflicto político tras las elecciones en el país, y 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.

2. OBJETIVOS DE LA MISIÓN

2.1. Objetivo general

Contribuir al vivir bien, mejorando la calidad de vida de la población boliviana fomentando estilos de vida saludables y un desarrollo integral, previniendo y tratando el uso y abuso de alcohol y otras drogas y, en general, las adicciones; y contribuir a mejorar el Sistema de atención y tratamiento de las adicciones, sobre la base de un buen conocimiento sobre el fenómeno de consumo de drogas en el país, de cara a mejorar



la calidad de sus intervenciones y servicios y la accesibilidad a los mismos, con un énfasis integrado y comunitario y centrado en la vulnerabilidad.

2.2. Objetivos específicos

Diseñar un plan estratégico para la implantación del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM) para todo el país, con especial referencia a su articulación dentro del Sistema Único de Salud (S.U.S.), y que tenga en cuenta la perspectiva de género y las distintas vulnerabilidades asociadas al consumo de drogas y a las adicciones.

Prestar asesoría técnica al Ministerio de Salud para la articulación de los objetivos y acciones del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones Y Salud Mental (SCATASM) dentro del Sistema Único de Salud S.U.S.

Diseñar una propuesta de un Sistema de información sobre el impacto social y en salud de las Drogas (SISSD) que aporte un mapa de situación dinámico de los indicadores y fuentes de información más relevantes en el tema, y tenga en cuenta la perspectiva de género y la vulnerabilidad.

Diseñar una propuesta de un Sistema de Información sobre la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM), que permita gestionar los servicios de adicciones y conocer los perfiles de casos, diagnósticos y otras variables relevantes. Todo ello con una perspectiva de género y de vulnerabilidad. Este sistema estará integrado dentro del Sistema Único de Información en Salud (SUIS), tanto en relación a la información sobre gestión de servicios o dispositivos de tratamiento de adicciones, como para la creación de un sistema de registro de pacientes con adicciones atendidos.

Definir, en coordinación con el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Drogas del Ministerio de Gobierno, una agenda de estudios e investigación en materia de consumo de drogas con el objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia de la prevención y tratamiento de las adicciones. Igualmente, se tendrán en cuenta en las líneas de trabajo prioritarias, la perspectiva de género y la vulnerabilidad.

3. MARCO DE LA MISIÓN

3.1. Justificación de la consultoría

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



de la salud económicos, sociales y medioambientales, las intervenciones basadas en la ciencia y en datos probatorios, y los planteamientos centrados en la población.

El enfoque de salud pública, que Estado Plurinacional de Bolivia tiene en el abordaje de las adicciones, entendiendo a la persona como en ser bio-psico-social-espiritual, centra su accionar preventivo en minimizar los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, con el propósito de evitar el consumo de sustancias psicoactivas y minimizar los hábitos disfuncionales que pueden conllevar a éste, 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 con 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 del fenómeno del consumo en el país, desde hace tiempo se han venido realizando estudios epidemiológicos desde diferentes instancias, incluyendo los más recientes por el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana Y Drogas (OBSCD) del Ministerio de Gobierno. Desde el sector salud, existen avances positivos con el registro en el SNIS-VE, el cual debe ser mejorado para definir el perfil epidemiológico de esta problemática y de todos aquellos factores y determinantes que influyen en el mismo. Para abordar las actuales carencias, esta consultoría prevé el diseño del sistema de información sobre el impacto social y en salud de las adicciones (SISSD), así como del sistema de Información sobre la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM), que permita gestionar los servicios de adicciones y conocer los perfiles de casos, diagnósticos y otras variables relevantes. Este sistema estará integrado dentro del Sistema Único de Información en Salud (SUIS), tanto en relación con la información sobre gestión de servicios o dispositivos de tratamiento de adicciones, como para la creación de un sistema de registro de pacientes con adicciones atendidos.

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



3.2. Grupos destinatarios

Los beneficiarios directos de esta acción son:

- el Ministerio de Salud como competente en la materia de adicciones a través de la Ley 913, 16 de marzo de 2017, ley de lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, que determina que es el ente coordinador de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, con el fin dirigir y articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; en el marco de las políticas del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas - CONALTID. Y la Ley 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria de la ley 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia, modificada por ley 1096 de 28 de mayo de 2018, hacia el sistema único de salud, universal y gratuito.
- Las Gobernaciones y Municipios por lo establecido en el Decreto supremo n°1984, de 30 abril 2014: reglamento a la ley n.º 475, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia.

Beneficiarios indirectos son toda la población de Bolivia susceptible de tener un problema por consumo de drogas, sin discriminación de ningún tipo por género, raza, religión, etnia y cultura o procedencia, que es la población a la que se va a dirigir en último término, el Diseño y plan operativo del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y salud Mental (SCATASM) y del Sistema de información sobre el impacto social y en Salud de las Drogas (SISSD) y el Sistemas de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) . En lo referido a la Elaboración de una agenda nacional de investigación, los beneficiarios son el propio ministerio de salud, las universidades implicadas y en ultimo termino los usuarios del sistema comunitario de tratamiento de salud mental y adicciones.

4.- METODOLOGÍA DE TRABAJO

La metodología de trabajo se fundamentará en las siguientes practicas:

- Trabajo de coordinación de contenidos y orientación general de los productos, mediante sesiones de trabajo con los actores más relevantes. Se trata de sesiones individuales y grupales de intercambio de contenidos técnicos para cada apartado de los productos. De las mismas se extraen aportes técnicos para dirigir los resultados a las necesidades de los beneficiarios.
- Apoyo técnico al Ministerio de Salud para articular las bases de implantación de los productos. Se trata de participar en sesiones de trabajo interno del beneficiario haciendo aportes a las cuestiones que se requieran, de modo verbal o documental.
- Trabajo telemático (por las limitaciones de movilidad) con Gobernaciones y Municipios, como agentes de implementación de los productos de Sistema de tratamiento de adicciones, en especial del enfoque comunitario. La metodología de trabajo territorial ha consistido en tener reuniones no



presenciales con gobernaciones y en armar una agenda operativa relacionada con los temas más importantes de los contenidos de los productos que requieren un enfoque de implantación en el terreno. En especial el sistema comunitario de atención y tratamiento de Salud mental y adicciones, los sistemas de información de impacto de las drogas y de la atención a las adicciones. La puesta en común de los temas se va a proponer documentos de consenso para aprobación. Por otro lado, se va a enriquecer el producto con los aportes territoriales, cuestión esencial para la implantación futura de los productos.

- Sesiones de trabajo con el Sistema de información Único de Salud (SIUS) para el producto Sistema de Información de la Atención de adicciones y salud mental. Estas sesiones se desarrollan con metodología de análisis de compatibilidad entre sistemas de información.

- Reuniones de trabajo con fuentes potenciales del Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones de cara a generar una red mediante la creación de objetivos comunes, métodos de comunicación en grupo, y otros.

La secuenciación lógica del trabajo a realizar, se va a dividir la implementación de la consultoría en dos etapas consecutivas:

- la primera, para el desarrollo del producto 1 (Documento de Planificación Estratégica del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM) en todos sus componentes excepto el número 15.

- la segunda, para el desarrollo del componente número 15 (Diseño del Sistema de información sobre el impacto social y en salud de las Drogas -SISSD- y del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental -SIAASM-).

ETAPA I: Producto I, componentes del 1 al 14

Fase I: Inicio (5 días de trabajo)

- 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

- 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 telemáticas con Gobernaciones y Municipios clave para conformar el enfoque territorial.

- Recopilación de insumos de parte de Ministerio de Salud, Gobernaciones, Municipios, para redactar los apartados de los productos, mediante reuniones y revisión documental de referencia.



- Presentación de un borrador del documento base con los componentes 1-14 incorporados.
- Trabajo de redacción del documento final con sus 14 componentes, ajustado tras los talleres/encuentros técnicos.

Fase III: Cierre

- Envío del informe intermedio preliminar al Grupo de referencia, incluyendo en el mismo el documento final con sus primeros 14 componentes.
- Reunión de presentación del documento final y sus primeros 14 componentes con el Grupo de referencia (y otros posibles invitados de interés) para su valoración, emisión de comentarios y posible validación del mismo.
- Incorporación de los posibles comentarios del Grupo de referencia en el documento final.
- 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.

ETAPA II: Producto I, componente 15

Fase I: Inicio

- 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 del componente 15. 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

- Reuniones con los equipos de la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud y del OBSCD (Min. De Gobierno) para orientar la propuesta de los 4 productos.
- Recopilación de insumos de parte de Ministerio de Salud y las entidades que van a ser fuente de información de los sistemas de información, mediante reuniones y revisión documental de referencia.
- Redacción de documento base con propuesta de contenidos y estructura de los subproductos del componente 15:
 - Documento de diseño y plan de desarrollo de un Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones (SISSD), con indicadores de: uso de drogas, de impacto en la salud (uso de dispositivos de atención, morbilidad, mortalidad), y de impacto social (accidentes, violencia, ausentismo y otros), entre otros. Incluye una propuesta de diseño de una red de entidades, sus respectivos sistemas de información y los indicadores y series de datos/estudios/informaciones concretas que formarán parte del SISSD. Para trabajar este producto se articuló con el equipo del OBSCD y las entidades que van a ser fuente necesaria de información para el sistema.



- Documento de propuesta del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) que recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información generada en relación con el servicio público de atención de adicciones y salud mental, y las necesidades en materia de adicciones y salud mental de la población a la que atiende.
- Documento de análisis del sistema de información de Sistema Único de Salud (S.U.I.S) para proponer la incorporación al mismo de los datos del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM).

Documento de propuesta de una agenda nacional de investigación en materia de adicciones, con el objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia de la prevención y tratamiento de las mismas. Este producto deberá, igualmente, trabajarse en estrecha colaboración con el OBSCD.

- Presentación de un borrador del documento base del componente 15.
- Realización de 2 talleres técnicos para ajuste de productos y consensos interinstitucionales.
- Trabajo de redacción del documento final del componente 15, ajustado tras los talleres/encuentros técnicos.

Fase III: Cierre

- Envío del informe final preliminar al Grupo de referencia, incluyendo en el mismo el documento final del componente 15.
- Reunión de presentación del documento final con el Grupo de referencia (y otros posibles invitados de interés) para su valoración, emisión de comentarios y posible validación del mismo.
- Incorporación de los posibles comentarios del Grupo de referencia en el documento final.
- Entrega al experto sectorial de DITISA del informe y del documento final, incorporando las modificaciones propuestas por el grupo de referencia, para su aprobación por el Ministerio de Salud y el OBSCD.

5.- RESULTADOS ALCANZADOS

ETAPA 1: PRODUCTOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Producto elaborado y aprobado:

- I. Documento de Planificación Estratégica del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM), que incluye los siguientes componentes y aspectos del mismo:
 1. Estructura y niveles Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM) incluyendo los ámbitos territoriales.
 2. Cartera de Servicios de atención y tratamiento de las adicciones dentro de Sistema Único de Salud (S.U.S).
 3. Acreditación de dispositivos asistenciales que forman parte del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM)



4. Diseño y validación de los procedimientos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención y servicios sociales relacionados.
5. Respuestas de promoción y protección del uso y abuso de alcohol, otras drogas y adicciones comportamentales.
6. Incorporación del enfoque comunitario en los servicios e intervenciones del sistema integral de atención y tratamiento de adicciones.
7. Aseguramiento de la calidad, eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios en prevención y tratamiento.
8. Incorporación de una estrategia de mitigación de daños por uso de alcohol y otras drogas en el SCATASM.
9. Explicitación de programas especiales de asistencia y tratamiento para poblaciones y contextos específicos, incluyendo, al menos, los siguientes: menores y adolescentes en situación de vulnerabilidad y/o en conflicto con la ley penal, privados de libertad y en proceso de reinserción, violencia de género y problemas de consumo de alcohol y otras drogas, tratamiento en el ámbito laboral en sectores prioritarios (transporte, construcción), intervención en el ámbito escolar en caso de presencia de drogas.
10. Incorporación de una perspectiva de género en el SCATASM.
11. Programa específico para atender patología dual es (uso/adicción de drogas y salud mental).
12. Detección de uso y abuso de alcohol, otras drogas y adicciones comportamentales, e intervención temprana, en el primer nivel de salud.
13. Marco de formación continua de profesionales y mediadores comunitarios.
14. Fomento e incentivos para estudios e investigaciones aplicadas sobre adicciones.

Resultados de procesos obtenidos:

1.- FASE INICIAL

El 27 de septiembre se mantuvo reunión inicial con la contraparte solicitante de la consultoría del Ministerio de Salud, Jefatura de la unidad de promoción de la salud, donde recae la jefatura de Salud mental y adicciones Así mismo, en dicha reunión se incorporó el que será nombrado Coordinador del programa de Salud mental y adicciones.

El objetivo de la reunión fue ajustar los objetivos de la consultoría y orientar los productos a ello.

La reunión puso de manifiesto las prioridades en relación con la implantación de la salud Comunitaria a través de los Centros de Atención Familiar y Comunitaria CAIFC. Y la necesidad de impulsar la elaboración de normas técnicas de dichos dispositivos. Se acuerda posponer la reelaboración del nuevo Plan Nacional de salud Mental 2020-2024 para enero o febrero.

RESULTADO: Coordinación establecida y ok en el trabajo de los objetivos de la consultoría.

2.- FASE DE DESARROLLO.



. - En reunión de trabajo con la Coordinación del programa de salud mental y adicciones, responsable de la unidad de Salud mental y adicciones, y administradora del citado programa, se procede a exponer y coordinar el desarrollo del producto, en tanto a la parte técnica como en cuanto a los desplazamientos a Gobernaciones, con la programación de la propia unidad con el fin de optimizar el trabajo. Así mismo se coordina la participación de mi persona como ponente experto internacional en la Jornada sobre salud mental con motivo del día mundial de la salud mental del día 10 de octubre.

RESULTADO: Integración de las actividades de elaboración del producto con las propias del Ministerio de salud. Se define el acompañamiento al terreno con el Ministerio en las negociaciones para las ubicaciones de los CAIFC.

. - Reunión de puesta en común del modelo comunitario y recogida de insumos, con Asociaciones y otras administraciones con motivo de la jornada de salud mental de la OMS. Agentes implicados: Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo, Sedes La Paz, FEBOLDIPSI, PARASSOL, INTRAID, CBM, AUFA, AFEM Potosí, Asociación paceña de discapacidad psíquica. El mismo se ha dado a conocer la estrategia de Salud mental Comunitaria de Bolivia y en la cual se inserta el sistema nacional de tratamiento de adicciones y salud mental.

RESULTADO:

- Se ha logrado socializar el Modelo de Salud Mental Comunitaria propuesto por el Ministerio de Salud en el marco del Sistema Único de Salud
- Se ha fortalecido la construcción del Modelo de Salud Mental comunitaria con los aportes y observaciones de todos los actores involucrados.
- Se ha dado a conocer el producto de la consultoría y se han establecido relaciones con las entidades para recibir aportaciones.

. - Sesión en Ministerio de salud con jefa de promoción, para propuesta de nota interna para convocar reunión con Valeria Vilaseca, responsable de mujer del Gobierno, para coordinar la implantación de la perspectiva de género en los CAIFC dentro de SUS.

Se trata también sobre el estado de situación de los CAIFC. Este momento esta truncada la coordinación con las SEDES departamentales y unidad de promoción por los conflictos civiles tras elecciones. Al no poder avanzar el enfoque territorial, se decide que se va a aprovechar el tiempo de “impase” para avanzar en el armado teórico del Sistema de tratamiento y en especial los CAIFC.

En relación con la perspectiva de género de los CIAFC se indica la importancia de la base que aporta el modelo SAFCI para el SUS en el enfoque comunitario y la perspectiva de género. Todo a través de una nueva estrategia de promoción de la salud apoyada en el modelo citado, con designación de responsables de promoción en todos los departamentos.

Se indica la importancia de trabajar la norma técnica de los CAIFC en este momento ya que es un trabajo teórico.



Los avances de ubicación de los CAIFC se han resuelto mediante acuerdos con gobiernos departamentales y municipios para que se ubiquen en los Centros de Rehabilitación que tienen una amplia cobertura territorial. De tal modo que se dispone de acuerdo en: Yapacaní, Cobija, Montero, Sacaba, Riveralta, Oruro, Villa Tumen y el Alto.

Se habla de la necesidad de contar con un bioquímico-farmacéutico para la dispensación de fármacos conforme a la ley.

Se enfatiza la importancia de la capacitación específica en perspectiva de género para los CAIFC.

. – Retraso de visitas a gobernaciones por movilizaciones post electorales, pero se mantiene coordinación con Jefatura de Unidad de Promoción para alinear producto con objetivos de la unidad y para los desplazamientos previstos a terreno.

. - Se ha realizado una tarea continuada de apoyo y asesoramiento a la Unidad de Promoción en relación con la implementación de los Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC), con participación en reuniones para ello y aportes técnicos concretos para la estructura y características de dichos centros.

. - Estaban previstas 4 visitas a Gobernaciones y Municipios clave para conformar el enfoque territorial que no se pudieron realizar por el conflicto civil post electoral. Por ello quedaría pendiente de validarse la propuesta de SCATASM para el territorio.

. - Como finalización de la ETAPA I del contrato, se presenta un borrador final del documento base con los componentes 1-14 incorporados.

. – Estaba prevista la Realización de 3 talleres/encuentros técnicos para ajuste de productos y consensos interinstitucionales, de los cuales se ha realizado uno como ya se ha comentado anteriormente. Hay que reseñar que la gran presencia de movimientos civiles y asociativos además de institucionales enriqueció mucho los resultados y ajuste del producto.

. – Se ha trabajado en una redacción del documento final con sus 14 componentes, ajustada tras el encuentro mantenido.

3.- FASE DE CIERRE

- En la fase de cierre estaban previstas una serie de actuaciones con el Grupo de Referencia de la Consultoría que, al no haber autoridades en el Ministerio en ese momento, no fue posible desarrollar ninguna de ellas. En concreto son:

- Envío del informe intermedio preliminar al Grupo de referencia, incluyendo en el mismo el documento final con sus primeros 14 componentes.



- Reunión de presentación del documento final y sus primeros 14 componentes con el Grupo de referencia (y otros posibles invitados de interés) para su valoración, emisión de comentarios y posible validación del mismo.

Por todo ello, se propone y recomienda que se proceda a validar en reunión con Grupo de Referencia en producto. Esta validación se llevó a cabo en febrero de 2020, con el inicio de la segunda fase de la consultoría.

ETAPA II: PRODUCTOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

Producto elaborado y aprobado

15. Diseño del Sistema de información sobre el impacto social y en salud de las Drogas (SIISD) y del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM): en este sentido, y respecto a este componente, la consultoría deberá generar los productos siguientes:

- a. Documento de diseño y plan de desarrollo de un Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las drogas (SIISD), que contempla indicadores de: uso de drogas, de impacto en la salud (uso de dispositivos de atención, morbilidad, mortalidad), y de impacto social (accidentes, violencia, ausentismo y otros), entre otros. Este documento debe incluir una propuesta de diseño de una red de entidades, sus respectivos sistemas de información y los indicadores y series de datos/estudios/informaciones concretas que formarán parte del SIISD. La articulación con el equipo del OBSCD y las entidades que van a ser fuente necesaria de información para el sistema ha estado condicionada por la disponibilidad de dichas entidades por la situación excepcional derivada del virus.
- b. Documento de propuesta del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) para recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información generada en relación con el servicio público de atención de adicciones y salud mental, y las necesidades en materia de adicciones y salud mental de la población a la que atiende.
- c. Documento de análisis del sistema de información de Sistema Único de Salud (S.U.I.S) para proponer la incorporación al mismo de los datos del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM).
- d. Documento de propuesta de una agenda nacional de investigación en materia de adicciones, con el objetivo de mejorar la eficacia y eficiencia de la prevención y tratamiento de las mismas.

Resultados de procesos obtenidos:

FASE INICIAL



En la segunda fase, empezó con la presentación de un plan de trabajo provisional para ser consensuado por el grupo de referencia el día 26 de febrero. En la citada reunión se presentó a las nuevas autoridades el producto de la primera fase que ya fue aprobado, con el fin de analizar posibles modificaciones o cambios en el producto para adaptarlo a nuevos requerimientos, y plantear la cuestión de alcance territorial que no se pudo desarrollar en su momento por la situación política. Del mismo modo, se explicó lo previsto en la segunda fase que se inicia referido al Sistema de información sobre drogas y de salud

mental y adicciones para, de igual manera, proponer adaptaciones o modificaciones del mismo. El día 26 de febrero se realiza la reunión con la Directora General de Promoción, el jefe de unidad de promoción, y técnicos del área de salud mental y adicciones, en que se expuso a petición de la directora el producto de la primera Fase de la consultoría sobre le SCATASM (sistema comunitario de atención). En el mismo se acuerda, adoptar el modelo comunitario de atención a salud mental y adicciones conforme se plantea en el documento con la creación de los CAIFC, pero se señala el interés de enfatizar el componente de promoción y prevención de la salud mental y adicciones y la reacción con el primer nivel de atención. La directora solicita que se convierta el documento del producto de la consultoría en separatas de trabajo por cada subproducto, y solicita apoyo para esa tarea.

RESULTADO: Validación de producto de la primera Etapa de la consultoría.

El día 2 de marzo, se realiza la reunión del grupo de referencia en el que se presenta el plan de trabajo de la segunda fase de sistema de información. Se aprueba dicho plan, si bien es necesario hacer adaptaciones por la escasez de tiempo de ejecución en especial del enfoque territorial. Entonces se acuerda dar por aprobado el plan de trabajo, pero con las modificaciones oportunas, que comprende también un apoyo en preparar la estrategia nacional sobre salud mental y drogas. Se acuerda también que la operativización de la implementación de los CIAFC, pero se ve oportuno para una nueva consultoría. Diferenciada que debe estar terminada para junio por el calendario electoral y la constitución del nuevo gobierno.

El día 3 marzo se realiza la reunión técnica con el ministerio para redefinir los términos de la ampliación de la consultoría y para programar las reuniones oportunas con el SNIS-VE, Observatorio boliviano de seguridad ciudadana y lucha contra las drogas, con hospital de referencia y su sistema de información de urgencias; planificar la metodología de las reuniones en gobernaciones con las entidades de interés. Se hace el plan de desplazamientos al territorio, que no se pudo llevar a cabo por el inicio de la cuarentena.

RESULTADO: Aprobación del plan de trabajo. Consolidación de un trabajo a largo plazo con la operativización de la primera parte de la consultoría. Trabajo en equipo con el programa de salud mental y adicciones de promoción de la salud.



FASE DESARROLLO

El día 10 de marzo se realiza la primera reunión con el Hospital de Clínicas para presentar el producto del sistema de tratamiento de salud mental y adicciones, y se presenta también lo referido al Sistema de información que se quiere montar. Es una primera aproximación para una próxima reunión con responsables de salud mental del hospital, junto con la unidad de estadística que recoge los datos.

Se realizan numerosas reuniones de coordinación con los técnicos de salud mental para preparar salidas al terreno para socializar el sistema de tratamiento, en especial lo referido al enfoque comunitario de salud

mental y adicciones. Debido a la declaración de la alarma sanitaria se ven pospuestas las salidas al terreno, pero se acuerda realizar una encuesta sobre relevamiento de la información que puede formar parte del sistema de información para ser enviada por correo y recopilada para tener un primer mapa de información sobre drogas de Bolivia.

El día 16 de marzo se realiza la reunión de coordinación con VDS y Observatorio Boliviano de seguridad ciudadana OBSCD, y Dirección de promoción de salud y DITISA, en la que se enmarcó la consultoría del Sistema de Tratamiento y el sistema de información, y en especial se trató de relanzar la reunión de la Red de adicciones prevista en la ley 913. El Ministerio de salud es cabeza de sector de dicha red interinstitucional. De ahí, se va a determinar roles y la implicación de cada entidad o departamento, y de procederá a relevar la información disponible sobre alcohol tabaco y otras drogas. Se expone el documento de relevamiento de las fuentes de información sobre drogas.

Con motivo de la situación de cuarentena se ha desarrollado una estrategia de trabajo telemático, manteniendo reuniones con el equipo del ministerio de salud con el fin de marcar la estrategia. Se ha elaborado una encuesta de relevamiento de la información disponible sobre drogas para el Sistema de Información del Impacto social y en salud de las drogas (SISSD) que se puede pasar autoadministrada o hetero administrada. Con ello se va a enviar por correo o en la mayoría de los casos para asegurar la respuesta se hará por llamada o video llamada. Se ha elaborado un listado de entidades a las que se va requerir la información, con las respectivas personas que será el contacto.

Con las encuestas completadas se ha procedido a analizar los resultados de la disponibilidad de la información y las necesidades que hay de información. La misma fue agregada al producto final.

Día 1 de abril reunión telemática con SEDES La Paz responsable de salud mental, para relevamiento de la información sobre drogas. Día 2 de abril relevamiento de SEDES Chuquisaca sucre.

Día 3 de abril de 2020 reunión en salud para elaboración de cuadro Excel de contactos para relevamiento de la información: se va a iniciar la tarea de contactar para determinar persona de contacto, y posteriormente fijar un día y hora de reunión.

Día 3 de abril reunión con SNIS, se propone la estrategia de trabajo para definir las modificaciones del SNIS: ampliar información de SOAPS de primer nivel mediante adicción de productos como consejo mínimo anti tabaco y anti alcohol y numero de derivaciones a salud mental, proponer un conjunto de datos



común de salud mental y adicciones para la historia clínica base, y abrir un nuevo cuadro de datos de salud mental y adicciones en SICE para 2º y 3º niveles que ahora no existe en base a mediante una propuesta de agrupación de criterios clínicos CIE 10. Se solicita un informe sobre flexibilidad de programación del SNIS para introducir estos cambios al técnico informático.

Día 3 de abril relevamiento de datos SEDES BENI y SEDES PANDO.

Reunión con la Dirección General de Ciencia y Tecnología para integración de la agenda de investigación en salud mental y adicciones dentro del Plan Nacional de ciencia, Tecnología e Innovación.

RESULTADOS: Se realiza la coordinación territorial de los sistemas de información, y con los SEDES para el relevamiento de información para los productos. Se puede proponer los indicadores del sistema de información. Co el SNIS se acuerda en la práctica de constituir un grupo de trabajo para la mejora de los registros de Salud mental y adicciones, y con el SUIIS, para contemplar el caso especial de este tipo de patologías.

FASE DE CIERRE

Entrega a director de promoción de salud y jefe de unidad de promoción de la salud y técnicos los productos de esta segunda etapa. Esta prevista en breve una reunión para la validación de los productos, por parte del grupo de referencia de la consultoría. La situación actual hará que sea una reunión on line.

6.- DESCRIPCION DE LOS PROCESOS PROMOVIDOS

1. Lineamiento completo de los productos de Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM) con la política del ministerio de salud en salud mental con la creación de dispositivos de atención comunitaria inexistentes hasta este momento.
2. Propuesta de integración del Sistema de tratamiento para personas privadas de libertad y el sistema comunitario de atención general.
3. Impulso para la práctica efectiva de la perspectiva de género en todos los productos por la coordinación organismos internacionales de mujer y con propio ministerio de salud y mujer. las Estrategias Nacional sobre Narcotráfico y Plan de Acción de la lucha contra el narcotráfico.
4. Se impulsó la perspectiva y la política de desarrollo de la prevención y tratamiento del uso de drogas.
5. Se han coordinado ya acciones concretas de trabajo para en medio plazo de integración del SIISSD dentro del SNIS-VE y en segunda fase con el SUIIS cuando este operativo.
6. Se ha promovido una hoja de ruta de la existencia de investigación en salud mental y adicciones, por la integración dentro de los objetivos del Plan nacional de ciencia, tecnología e innovación.
7. Se ha promovido la creación de redes de informantes de los sistemas de información.
8. Coordinación y lineamiento con OBSCD.
9. Fortalecimiento de la Dirección de Promoción de salud



7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

ETAPA I

CONCLUSIONES GENERALES PARA LA IMPLANTACION DE SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SCATASM)

- 1.- La implementación de este Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM), en la parte referida a adicciones debe quedar integrada bajo el paraguas de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, recogida en la Ley 913; de modo que sea operativa a través de una Comisión Especial sobre Medio penitenciario para la implementación de este Plan de Acción.
- 2.- El Plan de operativo para la puesta en marcha del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM), debe quedar incorporado dentro del nuevo modelo sanitario de Bolivia “modelo de salud familiar comunitario intercultural” que se basa en cuatro principios fundamentales para su aplicación: 1) intersectorialidad; 2) Integralidad; 3) Intercultural; y 4) participación comunitaria.
- 3.- Se aconseja realizar un estudio de la legislación y normativas que afectan, y propuesta de modificaciones a la misma, los objetivos, acciones e indicadores previstos en el Plan de acción operativo para la puesta en marcha del Sistema Comunitario de atención y tratamiento de adicciones y salud mental (SCATASM), con el fin de posibilitar su implementación.
- 4.- Aunque esta expresado en otros lugares del documento, la perspectiva de género debe estar expresada en todas las acciones que han propuesto. Para ello se aconseja, la constitución de un grupo técnico de seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género en este plan de acción.
- 5.- La referencia a adolescentes y jóvenes con conductas antisociales consumidores de drogas y su situación de vulnerabilidad, se ha contemplado en todo el documento de SCATASM. De hecho, se formula la necesidad de implementar un programa de prevención comunitaria de salud mental y adicciones y para la reinserción como uno de los ejes centrales.
- 6.- Disponer de un buen sistema de información es una necesidad primordial para que pueda funcionar correctamente el SCATASM, de modo que se considera una de las acciones prioritarias que se contemplan en la segunda etapa de este trabajo. Sin un buen sistema de monitoreo no se puede valorar el impacto de las medidas preventivas y asistenciales.



7.- La temporización que se ha reflejado en las acciones, ha sido propuesta según la factibilidad de ser realizada en tiempo, pero siendo conscientes de que hay factores que pueden modificar los tiempos de ejecución, se recomienda hacer una revisión de este aspecto, para reprogramar si fuera necesario el tiempo de ejecución.

8.- La programación operativa de SCATASM que se propone, que recoge objetivos, acciones y temporización y entidades e instituciones a las que le afecta la acción. Con esto elaborado, se recomienda hacer una puesta en común con los actores principales que les afectan los objetivos y acciones con el fin de valorar su factibilidad y la temporización de las mismas.

9.- Se recomienda el enriquecimiento de este plan de acción con aportaciones operativas de los agentes implicados en las acciones. Es muy posible que, desde la práctica, desde el terreno y por algunos limitantes que pueda haber: legales, de recursos materiales y humanos, se pueda ajustar mucho más algunas acciones propuestas.

10.- Se recomienda y se deben evaluar las acciones y su cumplimiento, haciendo varios cortes en el tiempo: se recomienda anualmente hacer la evaluación del cumplimiento, hasta el final de plan de acción.

11.- El apartado de costes estimados, realmente es más una relación de imputación de gastos según los objetivos propuestos y sus acciones. Sería necesario realizar un estudio económico de costes monetarios de la implantación del SCATASM, que será requerido para la asignación de recursos en presupuestos anuales.

12.- Se recomienda que se abra una nueva partida de gasto en los presupuestos del Ministerio de salud, Dirección General de Promoción de la salud para todo lo referido a promoción, prevención y reducción de daños en salud mental y adicciones. Del mismo modo por parte de SUS, la apertura de un concepto de gasto para el SCATASM en la parte de tratamientos y rehabilitación, en especial el refuerzo de la red comunitaria de salud mental y adicciones a través de los CAIFC.

13.- La parte referida a privados de libertad y lo referido a la reinserción sociolaboral debe ser abordado definiendo un “espacio socio sanitario” que implique presupuestariamente a Atención social y trabajo especialmente.

14.- Se recomienda que esta propuesta sea elevada y expuesta a instancias de gobierno oportunas, y a organismos de cooperación internacional multilateral, y cooperación internacional de países, e instancias de cooperación bilateral, para buscar sinergias en la implantación y unir otros países a probar en otros contextos las propuestas que se realizan aquí.

ETAPA II

CONCLUSIONES PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFORMACION DE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SISSD) (SUBPRODUCTO 1)



- 1.- El correcto funcionamiento de un sistema de información depende en gran medida de la utilidad y la aplicabilidad de la información que suministra, de su capacidad de influencia en las políticas y los programas. Por ello, se aconseja que se cree una estructura mínima de ítems y una organización interna que permita explotar la información, devolviendo reportes a los diferentes miembros de la Red de informantes del SISSD, y generando reportes para planificadores y directivos.
- 2.- La Constitución de la Red de Informantes del SISSD, es una tarea que exige de una dedicación especial dado que es la base de la alimentación periódica del sistema. Se recomienda que se trabaje a nivel directivo para realizar las invitaciones a designar los puntos focales del SISSD en cada departamento y a nivel estatal.
- 3.- El SISSD está íntimamente ligado al sistema de información de la atención a la salud mental y adicciones. De modo que el SIAASM dispone de indicadores sobre el impacto en el sistema de salud, en el SISSD se contempla, pero forma más superficial. Y especialmente, resulta muy útil lo referido a la producción de servicios de salud mental y adicciones del SISSD.
- 4.- La capacitación de los profesionales que van a alimentar el sistema se antoja clave para que sea un buen sistema de información. Se puede disponer de una organización perfecta, y una plataforma tecnológica muy buena, pero si el profesional no reporta no sirve de nada. De ahí que se recomiende un programa de formación continuada, no solo puntual.
- 5.- Evaluar el SISSD es preceptivo para que sea un buen sistema de información. Se recomienda la elaboración de un documento técnico para establecer los procedimientos de la evaluación específica de este sistema de información.
- 6.- La academia es un buen socio de apoyo para la explotación de los datos, estudios cualitativos, entre otros aspectos. Se recomienda que esté en la Comisión Técnica y de Seguimiento del Sistema de Información sobre Drogas.

CONCLUSIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SIAASM) (SUBPRODUCTO 2)

- 1.- La implementación del SIAASM debe quedar integrada dentro del SNIS-VE, de modo que se debe procurar no usar un sistema de registro diferente del general. Solo en el caso de que por motivos de la plataforma que no permita o sea técnicamente complicado, se podría proponer un sistema de información específico de salud mental y adicciones.



2.- El SIAASM está interrelacionado con el SIISSD (Sistema de Información del Impacto Social y en salud de las drogas). Los indicadores de impacto en el sistema de atención en salud mental del SIISSD, son coincidentes con los recogidos en el SIAASM en la parte referida a la producción de los Servicios.

3.- Es preceptivo que se constituya un grupo de trabajo estable para la implementación progresiva del Sistema de información de la atención en salud mental y adicciones, con un nivel de representación administrativa y política lo más alto posible, con el fin de dotarlo de respaldo institucional.

4.- Se aconseja que se integre la aplicación de la perspectiva de género en el sistema de información dentro de la estrategia propuesta para el SIISSD. Para ello se aconseja, que se ocupe el grupo técnico de seguimiento de la aplicación de la perspectiva de género previsto en el SIISSD, de lo referido al SIAASM.

5.- Es de vital importancia, por la política de la salud mental comunitaria con enfoque de desarrollo que se va a implantar en Bolivia, que el sistema de información no deje en un segundo plano, o de menor importancia los indicadores propuestos de producción hacia la comunidad para poder conocer el impacto de las estrategias comunitarias.

6.- Es esencial un plan de capacitaciones para todos los nodos de flujo de la información que van a intervenir en el SIAASM, para asegurar una calidad óptima del proceso. Aunque el sistema ya está en marcha para las patologías generales de salud, lo referido a salud mental y adicciones tiene unas peculiaridades que se deben conocer.

7.- La capacitación de los profesionales que van a alimentar el sistema se antoja clave para que sea un buen sistema de información. Se puede disponer de una organización perfecta, y una plataforma tecnológica muy buena, pero si el profesional no reporta no sirve de nada. De ahí que se recomiende un programa de formación continuada, no solo puntual.

8.- Evaluar el SIAASM es preceptivo para que sea un buen sistema de información. Se recomienda la elaboración de un documento técnico para establecer los procedimientos de la evaluación específica de este sistema de información.

9.- La academia es un buen socio de apoyo para la explotación de los datos, análisis de tendencias, estudios de prevalencia atendida, entre otros aspectos.

CONCLUSIONES PARA LA IMPLANTACION DE UNA AGENDA DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES (SUBPRODUCTO 3)



1.- La agenda nacional de investigación sobre adicciones debe estar alineada con el Plan nacional de Ciencia, tecnología e investigación de Bolivia. La salud está integrada como uno de los pilares de dicho plan, y se debe trabajar para que dentro de salud se abra un apartado específico de adicciones y salud mental.

Una agenda independiente de la política global sobre investigación e innovación tendrá mucho más difícil la sostenibilidad. Las herramientas de plan nacional citado aseguran redes de investigación estables, el concurso de las universidades y fuentes de financiación.

2.- La investigación en salud mental y adicciones está íntima ligada al estudio de los factores de riesgo y factores de contexto de desarrollo educativo, económico, social, cultural. Por ello el estudio de contextos comunitarios de alta vulnerabilidad es indispensable para que se desarrolle una agenda de investigación de impacto.

3.- Es necesario también que la agenda de investigación tenga un enfoque territorial. El conocimiento de la situación de la salud mental y adicciones desde lo local es necesario para que los programas de prevención y tratamiento estén anclados en el territorio con sus particularidades.

4.- La agenda nacional debe estar transversalizada por la perspectiva de género en todas las líneas de investigación. Tal es así, que debe asegurarse mediante mecanismos de auditoría y control que esto se cumple.

5.- El enfoque multicultural de la agenda de investigación es otros de los lineamientos clave. Se debe diseñar un abordaje de los problemas más importantes para la población indígena, empezando con conocer los determinantes de la vulnerabilidad global y la vulnerabilidad a los problemas de salud mental y adicciones. Así como, estudiar las adaptaciones exitosas para intervenir en este contexto, tanto en prevención como en tratamiento y reinserción.

6.- La Agenda de investigación está íntimamente ligada con la calidad de los servicios de salud mental y adicciones. En especial lo referido a la calidad científico-técnica y la traslación de los resultados de investigación a la práctica preventiva y asistencial. Conocer la eficacia y eficiencia de los programas en contextos reales mediante su evaluación es una de las líneas de investigación más relevantes.

7.- Se debe considerar en la agenda de investigación los grupos etarios: niños, adolescentes y jóvenes, adultos y personas mayores. Las líneas de investigación para dichos grupos son diferentes porque las variables que operan como factores de riesgo y vulnerabilidad son diferentes para cada etapa de la vida y deben ser tenidas en cuenta.

8.- Se debe considerar que la investigación sea principalmente aplicada. Es decir, que los resultados tengan que ver con la práctica y se traduzca en mejoras de los dispositivos de atención y los programas.



9.- Una línea directriz de la agenda de investigación es la capacitación continuada de profesionales de diferentes ámbitos en metodología de investigación: cómo hacer investigación en la práctica cotidiana, y generar una práctica habitual de estudios en el nivel de los dispositivos de salud mental y adicciones. Se debe incentivar que se hagan estudios de impacto, evaluaciones y otro tipo de investigaciones.

10.- La Agenda de investigación es necesario que se desarrolle en íntima relación con la academia. Mediante acuerdos sobre líneas de investigación con departamentos de medicina, psicología, farmacia, sociología, antropología, y otros, se puede diseñar una estrategia comprehensiva de los temas más urgentes para la agenda nacional que deben ser estudiados.

7.2 RECOMENDACIONES

ETAPA I

RESPECTO AL SISTEMA COMUNITARIO DE ATENCION Y TRATAMIENTO DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SCATASM)

La implantación progresiva del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental (SCATASM), parte necesariamente de un órgano directivo que se ocupe de ello, por esto la gobernanza del sistema es un requisito “sine qua non” podrá avanzarse adecuadamente en tiempos razonables. Especialmente se precisan dos órganos: en la parte referida a Salud Pública y en el Sistema Único de Salud (SUS). En el primer caso será oportuno disponer un rango directivo de Dirección General mínimamente, en salud mental y adicciones que ejerza la planificación en todos los niveles de promoción, prevención y asistencia, y el Sistema de información sobre drogas. Por el lado del SUS, es preciso un departamento de salud mental y adicciones que se ocupe de la organización de la parte clínica y el sistema de información de la red asistencial en esta materia.

El otro pilar fundamental para el desarrollo de SCATASM, es una política de ítems que permita dotar progresivamente de personal en los ámbitos referidos de promoción, prevención, asistencia, y sistemas de información. Un sistema público de atención sin personal suficiente para atenderlo será de una calidad deficiente. Por ello, una política planificada en materia de ítems, tanto para la creación de plazas de psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores de calle y familiares, entre otros profesionales; como para integrar servicios concertados con ONG, centros privados de tratamiento, fundaciones, hospitales dentro de la red de prevención y asistencia, rehabilitación y reinserción.

En un periodo breve que puede ser el tercer o cuarto trimestre de 2020 debería de organizarse la parte de gobernanza del sistema y aprobarse las modificaciones de estructura del Ministerio de salud y en el SUS.



Por otro lado, es importante articular en breve lo que es, de hecho, la segunda etapa de esta consultoría: sistema de información del impacto social de las drogas y el sistema de información de salud mental y adicciones del SUS. Se deben tener indicadores que nos permitan saber si la política sobre salud mental y adicciones tiene impacto en salud de las personas y en el desarrollo de comunidades. De mismo modo, es importante saber que llega a los sistemas de tratamiento de salud mental y adicciones, el coste sanitario de los mismos, la perspectiva de género en cuanto a accesibilidad a los servicios y programas de prevención y tratamiento, entre otros temas de interés.

ETAPA II

RECOMENDACIONES SOBRE EL SUBPRODUCTO 1: SISTEMA DE INFORMACION DE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SISSD)

Como ya se señaló antes, la implementación del SIAASM debe quedar integrada dentro del SNIS-VE, de modo que se debe procurar no usar un sistema de registro diferente del general. Solo en el caso de que por motivos de la plataforma que no permita o sea técnicamente complicado, se podría proponer un sistema de información específico de salud mental y adicciones.

Otra recomendación es que, por la especificidad de los indicadores referidos en gran medida a salud pública y comportamientos de riesgo, se aconseja que el SISSD, sea dirigido y alimentado por el Ministerio de Salud junto con los SEDES departamentales. No sería oportuno, por el sentido y objetivos del SISSD que fuera alimentado y gestionado por otros departamentos. Es especial en Bolivia que la información sobre drogas está centrada en la oferta y apenas en la demanda. Se puede correr el riesgo de que pasara a ser un sistema de información no prioritario y secundario a los sistemas de control de la oferta diluyéndose la importancia que tiene para conocer indicadores de desarrollo, sociales y de salud.

Se recomienda una implantación progresiva del SISSD, de modo que se vaya asegurando el correcto funcionamiento de los ya implantados. Para ello, se deben elegir los indicadores de los que se tiene la información más sencilla de obtener. Se recomienda también, una mayor socialización con los departamentales y otras entidades informantes, dado que su rol es muy importante para la implementación del SISSD, y no se ha podido llevar por completo la socialización requerida.

Se recomienda que se cree una unidad para la gestión de SISSD en el ministerio de salud. Que ocupe de asegurar la calidad de la información, las evaluaciones, y lo que es primordial: que se generen reportes para devolución de la información a los clínicos, medio educativo, justicia, fiscalía, prisiones, SEDES y SEDEGES y otros grupos de interés de modo periódico.

Por último, se recomienda que esta propuesta sea elevada y expuesta a instancias de gobierno oportunas, y a organismos de cooperación internacional multilateral, y cooperación internacional



de países, e instancias de cooperación bilateral, para buscar sinergias en la implantación y la sostenibilidad del SIISS

RECOMENDACIONES SOBRE EL SUBPRODUCTO 2: SISTEMA DE INFORMACION DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SIAASM)

La implementación del SIAASM debe quedar integrada dentro del SNIS-VE, de modo que se debe procurar no usar un sistema de registro diferente del general. Una opción diferente podría generar un sistema estanco de información en salud mental y adicciones no deseable por la perspectiva biopsicosocial de estas patologías. Se recomienda que el sistema de información para personas privadas de libertad, en la medida que recoge información sobre tratamiento de adicciones y salud mental en prisiones, deberá articularse una interfaz entre ambos sistemas. O, en su caso, compartir la información que se contempla en el SIAASM.

Se recomienda una mayor socialización con los SNIS-VE departamentales dado que su rol es muy importante para la implementación del SIAASM, y no se ha podido llevar por completo la socialización requerida. De igual modo, se recomienda una validación del SIAASM mucho más amplia de lo que se ha podido hacer debido a las limitaciones de movilidad por el país. Queda pendiente una mayor puesta en común con los clínicos especialmente para responder a sus necesidades más concretas.

Se recomienda que se cree una unidad para la gestión de SIAASM en el ministerio de salud. Que es ocupe de asegurar la calidad de la información, las evaluaciones, y lo que es primordial: que se generen reportes para devolución de la información a los clínicos y gestores de salud y otros de interés de modo periódico.

Se recomienda que esta propuesta sea elevada y expuesta a instancias de gobierno oportunas, y a organismos de cooperación internacional multilateral, y cooperación internacional de países, e instancias de cooperación bilateral, para buscar sinergias en la implantación y la sostenibilidad del SIAASM.

RECOMENDACIONES SOBRE EL SUBPRODUCTO 3: AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN ADICCIONES.

El desarrollo de una agenda nacional de investigación en adicciones y salud mental debe ir pareja con el desarrollo del Sistema de tratamiento de salud mental comunitaria. Sólo si hay una buena red de atención comunitaria se puede trabajar en una agenda de investigación. El principal beneficiario de una agenda de investigación es la calidad de la atención y del sistema de tratamiento en general.

Se recomienda empezar por estudios que permitan conocer el estado de situación de salud mental y adicciones en cuanto a problemas más prevalentes, y conocer el impacto en la atención sanitaria y social, conocer los determinantes de desarrollo detrás del problema del uso de drogas.



Es muy importante que los procedimientos de acreditación de centros y programas de atención estén en marcha de modo paralelo a la agenda de investigación para alinear los resultados con los procesos de acreditación y estándares de calidad mínimos.

La consulta con los profesionales que trabajan en este ámbito es fundamental para validar la agenda, independientemente de que haya una agenda alineada con prioridades de la política de salud pública.