

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

*Términos de Referencia de Misión de Corta Duración ATI  
n°PRE-002*

“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, febrero 2018



## Términos de Referencia nº PRE-002 de Misión de Corta Duración ATI

Entidad Ejecutoras Solicitante: Unidad de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud
“Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su sistema de información”
Días totales de trabajo estimados: 115 días/persona
Fecha de inicio estimado: 1/09/2019
Duración máxima de la consultoría: cinco meses y tres semanas

### 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 consultoria .....	7
3.4. Cuestiones transversales (adaptar el texto genérico para ser más específico y pertinente para cada consultoria) .....	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 .....	11
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 .....	13
4.3. Plan de trabajo y cronograma de actividades .....	14
4.4. Metodología .....	19
5.- Gestion del proyecto .....	20



5.1. Órgano responsable.....	20
5.2. Seguimiento y evaluación.....	20
5.3. Instalaciones que deba proporcionar el órgano de contratación y/o otras partes .....	21
<b>6 LOGÍSTICA Y CALENDARIO .....</b>	<b>21</b>
6.1. Localización .....	21
6.2. Duración y período de ejecución .....	21
6.3. Movilización de gastos imprevistos.....	22
7. perfil de los expertos.....	22
<b>8. INFORMES Y ESTUDIOS .....</b>	<b>23</b>
8.1. Lista de informes de la consultoría.....	23
8.2. Normas sobre la preparación de informes .....	25
8.3. Presentación y aprobación de los informes .....	26
9. Sostenibilidad y gestión del conocimiento .....	26
10.- ANEXOS.....	27
Anexo I: Criterios específicos para la evaluación técnica .....	27
*Tiene que ser específico para cada puesto.....	27
Anexo II: Índice general de un informe de misión corta .....	27
Anexo III: Anexos al informe final:.....	27

## 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 <sup>1</sup>.

#### **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) <sup>2</sup>, 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:

<sup>1</sup> La descripción de cada uno de los pilares así como el texto completo del PDES se puede encontrar en <http://www.planificacion.gob.bo/pdes/>

<sup>2</sup> [http://www.vds.gob.bo/wp-content/uploads/2016/12/ELCNyCCEC%202016%20-%202020%20\(V.ESPA%C3%91OL\).pdf](http://www.vds.gob.bo/wp-content/uploads/2016/12/ELCNyCCEC%202016%20-%202020%20(V.ESPA%C3%91OL).pdf)



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

Se preparará un dossier documental para el/la consultor/a con los documentos más relevantes respecto de la implementación del sistema nacional de tratamiento en Bolivia, el cual incluirá, al menos el Programa nacional de prevención y tratamiento de adicciones 2019-2020, sobre cuya base se va a desarrollar la presente consultoría.



## 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

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.



### 3.2. Objetivos específicos de la misión de corta duración

- Diseñar un plan estratégico para la implantación del **Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)** 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 Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)** dentro del Sistema Único de Salud S.U.S.
- Diseñar una propuesta de un **Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones (SISSA)** 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.

### 3.3. 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 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<sup>3</sup> 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)<sup>4</sup>, 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

---

<sup>3</sup> De acuerdo Artículo N° 90 del Decreto Supremo N° 29894, inciso i) Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y inserción para personas farmacodependientes.

<sup>4</sup> Decreto Supremo N°29601, aprobado el 11 de junio 2008



conceptualización de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”<sup>5</sup>.

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.

---

<sup>5</sup> Plan Sectorial de Salud, 2010.



En relación al 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 sanitario de las adicciones, 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 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.

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

En lo referido a la perspectiva de género en los objetivos de la consultoría, tanto en el tratamiento de las adicciones como en la recopilación de información del impacto social y sanitario del uso de drogas, se va a adoptar una perspectiva de género. En el caso del **Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**, va mas allá de una mera disgregación de datos asistenciales y se van a especificar objetivos y acciones para tener en consideración las diferencias de género entre hombre y mujeres en prevención y terapéuticas para el tratamiento de las adicciones. Por ello, se va a proponer que se apliquen medidas específicas con perspectiva de género, que mejoren la adherencia a los tratamientos como, de modo especial, que favorezcan la accesibilidad de la mujer a los servicios de atención de las adicciones dadas las barreras sociales, familiares y culturales que lo dificultan.

En lo referido al **Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones (SISSA)** y los estudios e investigaciones, se va a proponer una línea de trabajo específica sobre genero que permita adaptar mejor los programas de prevención y tratamiento a las necesidades específicas de las mujeres.



### 3.4.2 Cambio Climático y medio ambiente

La consultoría garantiza que su intervención o las propuestas de acción, no ocasionan y no tienen impacto medio ambiental, ni en los recursos naturales. En el caso de que, consecuencia de los productos elaborados se derivaran consecuencias medio ambientales o de impacto en recursos naturales, se promoverá que se adopten las de menor impacto, y que sean sostenibles.

### 3.5. Área geográfica que va a cubrir

El trabajo de esta misión se ejecuta en el territorio de Bolivia. Este trabajo tendrá, 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. Para ello, este trabajo va a requerir de medios para facilitar la movilización del consultor a diversos municipios del interior del país.

### 3.6. 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 de 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° 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 Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)** y del **Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones (SISSA)** y el **Sistemas de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM)**.



## 4.- ALCANCE DE LA MISIÓN

---

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

#### PRODUCTOS Y RESULTADOS :

- I. Documento de Planificación Estratégica del **Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**, que incluya los siguientes componentes y aspectos del mismo:
  1. Estructura y niveles del **Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**, 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 integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**.
  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 SIATA.
  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 SIATA.
  11. Programa específico para atender patologías 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.
  15. Diseño del Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones (SISSA) 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 adicciones (SISSA)**, que contemple 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 concretos que formarán parte del SISSA. Para trabajar este producto deberá articularse adecuadamente con el equipo del OBSCD y las entidades que van a ser fuente necesaria de información para el sistema.
- b. Documento de propuesta del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) que permita 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.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. Este producto deberá, igualmente, trabajarse en estrecha colaboración con el OBSCD.

Dado que este último componente número 15 (sistemas de información) debe ser diseñado de acuerdo a la estructura general del SIATA, por razones de 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 I (Documento de Planificación Estratégica del Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones -SIATA) en todos sus componentes excepto el número 15;
- la segunda, para el desarrollo del componente 15 (“Diseño del Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones -SISSA- y del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental -SIAASM-).

## 4.2 Trabajo específico

La Consultoría se va a desarrollar mediante las siguientes actividades:

- Tareas de redacción de los productos en forma de trabajo individual del consultor. El trabajo de redacción será extenso en relación con el resto de actividades, dado que son productos de contenido teórico y de planificación técnica.



- Trabajo de coordinación de contenidos y orientación general de los productos, mediante sesiones de trabajo con los actores más relevantes: Equipo de Salud Mental y Adicciones y otras instancias del Ministerio de Salud, Equipos de salud y servicios sociales de las Gobernaciones y Municipios, OBSCD, Secretaría de Coordinación de CONALTID, y ONG del sector, entre otros.

- Apoyo técnico directo al Ministerio de Salud para articular las bases de implantación de los productos.

.- Visitas territoriales a Gobernaciones y Municipios, como agentes de implementación de los productos de Sistema de tratamiento de adicciones, en especial en relación con el enfoque comunitario.

.- Sesiones de trabajo con los responsables y técnicos del Sistema de Información Único de Salud (SIUS) para el producto Sistema de Información de la Atención de adicciones y salud mental.

.- Reuniones de trabajo con entidades fuentes de información del Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones.

.- Realización de talleres y jornadas técnicas para consenso y validación de los productos y difusión de los mismos.

Algunas jornadas, talleres o desplazamientos a gobernaciones o municipios podrían requerir trabajo durante el fin de semana.

El consultor debe llenar mensualmente una Hoja de Presencia (ver Anexo) donde resuma su trabajo diario. La hoja de presencia debe ser firmada por el consultor y aprobada en primera instancia por la entidad beneficiaria. Posteriormente, la AT la podrá aprobar. La UE no reconoce trabajo en sábados ni domingos. En casos excepcionales, bien justificados, DITISA podrá solicitar a la UE permiso para trabajar los sábados.

Salvo que la Delegación de Unión Europea solicite o acuerde lo contrario, y en virtud de las Condiciones Generales, todos los socios de la UE, ya sean contratistas, beneficiarios de subvenciones o entidades que gestionan fondos en nombre de la Unión, deben adoptar todas las medidas necesarias para hacer público con claridad el hecho de que la Unión Europea ha financiado o cofinanciado la acción en cuestión. En concreto, la contribución financiera de la UE debe aparecer en toda la información facilitada a los beneficiarios finales de la acción, en los informes internos y anuales y en cualquier relación con los medios de comunicación. Debe mostrarse el emblema de la UE, cuando proceda.

### **4.3. Plan de trabajo y cronograma de actividades**

Como anteriormente se indicaba, por razones de 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 Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones -SIATA) 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 sanitario de las adicciones -SISSA- 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 (65 días de trabajo)**

**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 ( 50 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.
- 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 componentes 1-14 incorporados.
- Realización de 3 talleres/encuentros técnicos para ajuste de productos y consensos interinstitucionales.
- Trabajo de redacción del documento final con sus 14 componentes, ajustado tras los talleres/encuentros técnicos.

**Fase III: Cierre (10 días de trabajo)**

- 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.

Plan MCD	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8	Semana 9	Semana 10	Semana 11	Semana 12	Semana 13
ETAPA I													
Fase de inicio:													



**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**



- Reuniones iniciales preparatorias.	xxx												
- Presentación de un documento de Plan de trabajo inicial.	xx												
<b>Fase de desarrollo:</b>													
- Redacción de documento base.	xxxxx	xxxxx											
- Reuniones con el equipo de la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud para orientar la propuesta de productos.			xx										
- 4 visitas a Gobernaciones y Municipios clave para conformar el enfoque territorial.				xxx	xxxxx								
- Recopilación de insumos.						xxxxx							
- Redacción y presentación de un borrador del documento base con los componentes 1-14 incorporados.							xxxxx	xxxxx	xxx				
- Realización de 3 talleres/encuentros técnicos para ajuste de productos y consensos interinstitucionales.									xx	xxxxx			
- Trabajo de redacción del documento final con sus 14 componentes, ajustado tras los talleres/encuentros técnicos.											xxxxx		





- SIISA. Para trabajar este producto deberá articularse adecuadamente 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 permita 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.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 (10 días de trabajo)**

- 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.

Plan MCD	Semana 14	Semana 15	Semana 16	Semana 17	Semana 18	Semana 19	Semana 20	Semana 21	Semana 22	Semana 23
<b>ETAPA II</b>										
<b>Fase de inicio:</b>										
- Reuniones iniciales preparatorias.	xxx									
- Presentación de un documento de Plan de trabajo inicial.	xx									
<b>Fase de desarrollo:</b>										
- 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.		xxxxx								



**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**



<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- Redacción de documento base con propuesta de contenidos y estructura de los subproductos del componente 15</li> <li>- Presentación de un borrador del documento base del componente 15.</li> <li>- Realización de 2 talleres técnicos para ajuste de productos y consensos interinstitucionales.</li> <li>- Trabajo de redacción del documento final del componente 15, ajustado tras los talleres/encuentros técnicos.</li> </ul>			xxxxx	xxxxx						
<p>Fase de cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preparación y envío del informe final preliminar al Grupo de referencia.</li> <li>- Reunión de presentación del documento final y sus primeros 14.</li> <li>- Incorporación de los posibles comentarios del Grupo de referencia en el documento final.</li> <li>- Entrega al experto sectorial de DITISA del informe final, incorporando las modificaciones propuestas por el grupo de referencia, para su aprobación por el Ministerio de Salud.</li> </ul>									xxxx x	xxxx  x

#### 4.4. Metodología

En el plan de trabajo inicial que debe presentar el consultor en las fases de inicio de las dos etapas se tiene que explicar cómo va a implementar la metodología de la consultoría, para la aprobación del Grupo de referencia.

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.
- Visitas territoriales a 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 de las visitas territoriales, y también a entidades no estatales, consiste en armar una agenda de trabajo relacionada con los temas más importantes de los contenidos de los productos que requieren un enfoque de implantación en el terreno. En 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 generara una red mediante la creación de objetivos comunes, métodos de comunicación en grupo, y otros.
- Realización de talleres y jornadas técnicas para consenso de productos y difusión de los mismos.

## 5.- GESTION DEL PROYECTO

---

### 5.1. Órgano responsable

El órgano responsable para la contratación y gestión de este contrato es la Unión Europea, en representación del beneficiario.

### 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.

El Grupo de referencia de esta MCD contará con los siguientes miembros:

- Como responsable de la contraparte, el Director/la Directora de la Unidad de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud



**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**



- El Jefe de la Asistencia Técnica.
- 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 referencia<sup>6</sup>:

- 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 distintos productos e informes presentados por el consultor.
- 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

El Ministerio de Salud facilitará un espacio físico de trabajo al/ a la consultor/a en el seno de la Unidad de Salud Mental y Adicciones, con acceso a internet, para facilitar la interacción directa con el equipo técnico. El consultor deberá contar con su equipo informático propio.

## 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, Tarija, Beni, Potosí, Oruro, Trinidad, Pando y Chuquisaca).

### 6.2. Duración y período de ejecución

El desarrollo del proyecto tendrá una duración de 115 días de trabajo (65 días para la etapa I y 50 días para la etapa II).

<sup>6</sup> 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 a 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 a todos los miembros de cooperación internacional y social civil que trabaja en el mismo sector para compartir la información de los resultados y recomendaciones.



El período total de implementación será 5 meses y tres semanas a partir de la fecha de inicio de prestaciones de la consultoría.

La fecha estimada de inicio es el 1/09/2019.

### 6.3. Movilización de gastos imprevistos

Se estima que deberán realizarse, al menos, unos 9 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, Tarija, Beni, Potosí, Oruro, Trinidad, Pando y Chuquisaca.

Se prevé la realización de 5 talleres o reuniones técnicas que precisarán algunos gastos de difusión de la actividad, dípticos, alquiler de sala y refrigerios.

## 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.

Experto 1 – Puesto del Experto (115 días de trabajo), Categoría senior  
Cualificaciones y competencias

#### Requeridas:

- Grado en medicina, psicología, trabajo social, 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.



**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**



- Experiencia en manejo y gestión de sistemas de información sobre drogas.

**Deseable:**

- Experiencia laboral de al menos tres 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 Especifica en implantación de sistemas de información sobre drogas dentro de la administración pública.
- Experiencia en enfoques territoriales de planificación en adicciones.

**Deseable**

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

## 8. INFORMES Y ESTUDIOS

---

### 8.1. Lista de informes de la consultoría

El consultor deberá presentar los siguientes informes/productos en el marco de la presente consultoría:

- I. 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.
- II. Redacción de documento base con propuesta de contenidos y estructura.
- III. Informe intermedio preliminar al Grupo de referencia, incluyendo en el mismo el documento final con sus primeros 14 componentes.
- IV. Documento de Planificación Estratégica del **Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**, que incluya los siguientes componentes y aspectos del mismo:
  1. Estructura y niveles del **Sistema Integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**, 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 integral de Atención y Tratamiento de Adicciones (SIATA)**.
  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 SIATA.
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 SIATA.
11. Programa específico para atender patologías 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.
15. Diseño del Sistema de información sobre el impacto social y sanitario de las adicciones (SISSA) 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 adicciones (SISSA)**, que contemple 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 concretos que formarán parte del SISSA. Para trabajar este producto deberá articularse adecuadamente con el equipo del OBSCD y las entidades que van a ser fuente necesaria de información para el sistema.
  - b) Documento de propuesta del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) que permita 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.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. Este producto deberá, igualmente, trabajarse en estrecha colaboración con el OBSCD.

V. Informe final de la consultoría.

La presentación de los resultados/productos establecidos y elaboración del informe final se hará a través de un documento impreso con registro fotográfico y dos copias digitales, incluyendo copia de anexos según su naturaleza, y serán entregados cinco días después de la entrega y recepción de los comentarios de los responsables del Beneficiario. El informe deberá incluir los productos correspondientes a los Resultados planteados en los Términos de Referencia.

El informe final deberá ser remitido al Jefe de la Asistencia Técnica para su validación y remisión a la sede de AGRER para su aprobación.

## 8.2. Normas sobre la preparación de informes

En los primeros 10 días de la Misión el/la experto/a deberá presentar un Plan de Trabajo que contemple las etapas que se van a desarrollar a fin de obtener los productos e incidir en el desarrollo de capacidades del programa.

Transcurrida la mitad del período de su misión deberá presentar un informe intermedio para el programa, que incluirá el avance en el logro de los resultados y estado de progreso de las acciones en ejecución.

Tras la reunión de debriefing y antes de la finalización de la misión, el/la experto/a entregará un borrador de su informe final con recomendaciones y productos.

La presentación de los resultados/productos establecidos y elaboración del informe final se hará a través de un documento impreso para las entidades beneficiarias (tres copias) y en formato electrónico al órgano de contratación, incluyendo copia de anexos según su naturaleza, y serán entregados siete días después de la entrega y recepción de los comentarios de los responsables del Beneficiario. El informe deberá incluir los productos y resultados esperados para la Misión en estos Términos de Referencia.

El formato del informe deberá seguir con los siguientes lineamientos:

1. El informe final debe ser un informe breve (menos de 50 páginas) que explica cómo se ha desarrollado el trabajo cuáles han sido los resultados y cómo su trabajo ha cumplido con los objetivos específicos y resultados/productos esperados de la misión. Los anexos deben estar en documentos separados y en formato Word.
2. Al inicio del informe final, debe ir las siguientes páginas:
  - Portada DITISA
  - Disclaimer
  - Nombre del autor
3. Los índices deben ser automáticos. Como los anexos ya no están en el informe final, se deben reportar los anexos manualmente en la tabla de contenido en el informe final.



4. El informe inicial (que define el plan de operaciones o plan de trabajo de una acción) y el informe de situación periódico, (que tratan de las actividades de una acción) se deben presentar como anexos.
5. Todos los documentos incluso anexos tienen que llevar el encabezado con el logo de DITISA y el número de contrato.
6. Los informes deben llevar las páginas numeradas.
7. Uniformidad del informe en cuanto a tipo de letra, tamaño e interlineado
  - Título: Calibri 14
  - Sub-Título: Calibri 12
  - Cuerpo informe: Calibri 11
  - Interlineado: 1,15
8. Los encabezados de las distintas secciones deben estar numerados
9. Los anexos tienen que venir separados con los mismos encabezados y pie de página con la excepción de los TdR aprobados por la DUE.
10. Los informes deberán redactarse en español.

### **8.3. Presentación y aprobación de los informes**

El consultor tendrá un plazo de 5 días para presentar el informe final a las entidades beneficiarias, a partir del último día de sus prestaciones. La entidad beneficiaria tendrá un plazo de 10 días para emitir comentarios. En el transcurso de un plazo de 15 días a partir del envío de los informes, el informe se considerará aprobado.

Una vez aprobados los productos por la entidad beneficiarias, el Jefe de la AT lo remitirá al gestor de proyecto de la DUE para su aprobación final.

## **9. SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO**

La sostenibilidad del proceso llevado a cabo en la presente consultoría se garantiza en el marco de los planes del Gobierno de Bolivia de llevar adelante la implantación del Sistema Único de Salud y de las inversiones a realizar por el Ministerio de Salud para poner en marcha la red pública de atención en tratamiento, ya iniciada a través del convenio con la SC de CONALTID para el año 2019. Igualmente, deberían garantizarse inversiones correspondientes en los niveles territoriales departamental y municipal que garanticen la interacción y los flujos de referencia y contrarreferencia con el resto de servicios de salud y sociales desconcentrados/descentralizados. Será crucial para la sostenibilidad del sistema la generación de cuadros técnicos y profesionales a nivel nacional (objeto de una consultoría adicional de la presente ATI) formados en adicciones y en la gestión de los servicios y procesos correspondientes.

La puesta en marcha y desarrollo del sistema nacional de tratamiento va a requerir, necesariamente, estabilidad de los cuadros técnicos en el seno de las instituciones corresponsables.



El OBSCD debería convertirse en un actor fundamental para la gestión del conocimiento generado en el marco de los sistemas de información a ser implementados y de sus resultados.

La gestión de inversiones adicionales en todos los rubros correspondientes al desarrollo del sistema nacional de tratamiento será fundamental para su sostenibilidad. Un futuro convenio ampliado con la SC de CONALTID podría garantizar, a medio plazo, dicha inversión.

## 10.- ANEXOS

### ANEXO I: CRITERIOS ESPECÍFICOS PARA LA EVALUACIÓN TÉCNICA

---

#### CRITERIOS DE EVALUACIÓN TÉCNICA

El grupo de referencia evalúa la calidad técnica sobre la base de la siguiente plantilla

Criterios	Máximo
<i>Formación General</i>	<b>30</b>
<i>Experiencia laboral general</i>	<b>20</b>
<i>Cualificaciones específicos y competencias*</i>	<b>50</b>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL</b>	<b>100</b>

**\*Tiene que ser específico para cada puesto**

#### Anexo II: Índice general de un informe de misión corta

1. Introducción /Antecedentes
2. Objetivo/s de la Misión
3. Marco de la Misión
4. Metodología de trabajo
5. Resultados alcanzados en la Misión
6. Descripción de los procesos promovidos
7. Conclusiones y recomendaciones

#### Anexo III: Anexos al informe final:

1. TDR Misión
2. Listado de personas contactadas
3. Calendario de actividades realizadas y reuniones mantenidas
4. Productos de la consultoría
5. Fotografías u otros de interés



**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**



6. Partes de presencia



**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**



Timesheet	
<b>Contrato No.</b>	EuropeAid/138320/IH/SER/BO
<b>Título del contrato</b>	Fortalecimiento de la capacidad institucional en los sectores de desarrollo integral con coca
<b>Nombre del Experto</b>	0
<b>Actividad numero</b>	0
<b>Puesto</b>	Senior / Junior: 0
<b>Contratista</b>	AGRER - AECOM - Transtec
<b>Fecha de aprobación:</b>	
<b>Septiembre</b>	<b>Año: 2018</b>

Días	Día de la semana	Días trabajados *)	Lugar de cumplimiento	Per diems (SOLO cuando pagado por)	Comentario
1	Sábado				
2	Dom				
3	Lunes				
4	Martes				
5	Miercoles				
6	Jueves				
7	Viernes				
8	Sábado				
9	Dom				
10	Lunes				
11	Martes				
12	Miercoles				
13	Jueves				
14	Viernes				
15	Sábado				
16	Dom				
17	Lunes				
18	Martes				
19	Miercoles				
20	Jueves				
21	Viernes				
22	Sábado				
23	Dom				
24	Lunes				
25	Martes				
26	Miercoles				
27	Jueves				
28	Viernes				
29	Sábado				
30	Dom				
<b>Total</b>		0		0	

Fecha y Firma del experto

Fecha y Firma de,  
Contract Manager

Fecha y Firma de,  
Entidad beneficiaria

Fecha y Firma de,  
Autoridad Contratante

\*) - Por favor, indique los días trabajados por "1"  
 PRE-002 "DISEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE TRATAMIENTO EN ADICIONES"  
 Los días hábiles normales para Bolivia son de lunes a viernes. El trabajo durante los fines de semana y los días festivos solo se considerará elegible con la aprobación ex ante de la Delegación de la UE.  
 - El tiempo dedicado a viajar exclusivamente y necesariamente para el propósito del contrato, por la ruta más directa, puede incluirse en el número de días trabajados  
 \*\*) - Per diems pagadas bajo las tarifas del consorcio deben reclamarse directamente al socio del consorcio correspondiente.

