

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 Nº DCI/LA/2017/392-699

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

FASE II:

- Diseñar una propuesta de un Sistema de información sobre drogas: impacto de social y sanitario e impacto en el sistema de atención.
- Documento de propuesta de una agenda nacional de investigación en materia de adicciones.

Autor:

Juan Antonio del Pozo Irribarría

La Paz /Bruselas, mayo 2020

Consorcio AGRER – AECOM – TRANSTEC

Términos de Referencia Nº PRE-002 de Misión de Corta Duración (Consultoría)

Entidades Ejecutoras Solicitantes: Unidad de Salud Mental y Adicciones - Ministerio de Salud
Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su sistema de información
FASE II: • **Diseñar una propuesta de un Sistema de información del impacto social y en salud de las drogas.** • **Diseño de propuesta del Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental.** • **Documento de propuesta de una agenda nacional de investigación en materia de adicciones.**

Diseñar de propuesta de un Sistema de información sobre el impacto social y en salud de las drogas.
(SIISSD)

Diseño de propuesta 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.

BOLIVIA, MAYO DE 2020

INDICE

SUBPRODUCTO 1: PROPUESTA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) 12
INTRODUCCION. 12
CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE ENCUESTAS DE CONSUMO DE DROGAS PARA ESTIMACION DE LAS PREVALENCIAS EN BOLIVIA Y SU USO COMO INDICADORES 17
EL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE DROGAS (SIISSD): OBJETIVOS Y FUNCIONES 18
CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SIISSD 20
El proceso de selección de las fuentes o informantes del sistema 21
El proceso de selección de los indicadores a incorporar al sistema de información. 22
Beneficiarios del sistema 23
Características del Sistema de Información sobre Impacto Social y en salud de las Drogas (SIISSD) 26
Criterios generales que conforman el funcionamiento del Sistema 27
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) 28
PROPUESTA DE LA RED DE INFORMANTES TÉCNICOS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE LE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) 30
Propuesta de miembros de la red de informantes y sistema de representación en las reuniones presenciales o virtuales de la Red 31
Propuesta de la perspectiva de género para la información de la Red 33
PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE EL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) 33
FASE 1: Evaluación de necesidades existentes en materia de información sobre drogas en Bolivia. 33
- Determinación de la información existente sobre el uso indebido de drogas 33
- Relación inicial de indicadores susceptibles de incorporación al Sistema de Información SIISSD: 37

1. Indicadores epidemiológicos. 37
2. Indicadores de menores en situación de riesgo social 38
3. Indicadores de prevención: 39
4. Indicadores de la oferta de tabaco, alcohol y drogas ilegales. 39
5. Indicadores policiales y judiciales 40

6. Indicadores penitenciarios (población reclusa) 40

7. Indicadores asistenciales en sistema de atención a la salud mental y adicciones. 40

8. Indicadores de reinserción social 41

9. Indicadores sanitarios 41

10. Indicadores de consumos problemáticos y prácticas de riesgo 41

11. Indicadores de mortalidad 42

12. Indicadores sobre análisis cualitativo de variables 42

13. Violencia de género y familiar por uso de alcohol y drogas ilegales. 42

FASE N º 2: Análisis de la disponibilidad de información relativa a las necesidades detectadas. 43

FASE N. º 3: Evaluación de la calidad de la información aportada por las distintas fuentes disponibles 50

FASE N. º 4: Análisis de la adecuación entre necesidades y disponibilidad de información. . 75

Balance relacional entre necesidades/disponibilidad de información para cada una de las categorías de indicadores preseleccionados 78

EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN POBLACION GENERAL 12-65 AÑOS. 79

EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN POBLACION DE 18-25 AÑOS. 80

EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES. 13-19 AÑOS. 81

INDICADORES DE TABACO Y JOVENES (Global Youth Tobacco Survey) (GYTS). Bolivia, 2018. 13-15 años 81

INDICADORES SOBRE AUSENTISMO Y PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN. 82

INDICADORES SOBRE FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL. 82

INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD SALUD EN PROMOCION, PREVENCION, TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN. 83

INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD DE CAPACITACION A PROFESIONALES. 84

INDICADORES SOBRE OFERTA DE DROGAS ILEGALES. 84

INDICADORES SOBRE OFERTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y DE TABACO. 84

INDICADORES SOBRE GASTO EN HOGARES ALCOHOL Y BEBIDAS ALCOHOLICAS. 85

INDICADORES SOBRE MORTALIDAD Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO EFECTOS DE ALCOHOL Y DROGAS. 85

INDICADORES SOBRE ADOLESCENTES Y ADULTOS PRIVADOS DE LIBERTAD Y DROGAS. 85

INDICADORES SOBRE MORTALIDAD E IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN SALUD. 86

INDICADORES SOBRE INCUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL DE LA OFERTA DE TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS. 86
INDICADORES SOBRE SALUD (ENF. INFECCIOSAS) EN CONSUMIDORES DE DROGAS. 87
INDICADORES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS. 87
INDICADORES SOBRE VARIABLES CUALITATIVAS SOBRE DROGAS. 87
FASE N º 5: Establecimiento de las prioridades en materia de información sobre drogas. ... 88
FASE N º 6: Preselección de los indicadores que integrarán en el Sistema de Información del Impacto social y en salud de las drogas SIISSD 90
FASE N º 7: Análisis de la viabilidad de la cobertura de cada uno de los indicadores considerados como prioritarios o especialmente relevantes. 112
FASE N º 8: Diseño de los criterios, procedimientos e instrumentos de recogida de la información relativa a cada uno de los indicadores seleccionados. 113
FASE N. º 9: Aprobación, por el órgano competente, de los indicadores que definitivamente pasarán a formar parte del Sistema de Información del Impacto Social y en Salud de las Drogas (SIISSD). 114
6. INDICADORES PARA INCORPORAR AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD). 114
CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFORMACION DE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) 162
ANEXO 1- HOJA DE RELEVAMIENTO DE INFORMACION. 164
ANEXO 2. ESTADÍSTICA DE MENORES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CUYOS PROGENITORES PRESENTAN PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS POR DEPARTAMENTOS DE BOLIVIA191
ANEXO 3. ESTADÍSTICA DE MENORES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS 193
ANEXO 4: HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 194
ANEXO 5: AMPLIACIÓN DE VARIABLES DE TIPO SANITARIO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 151
ANEXO 6: ESTADÍSTICA ANUAL DE MUERTES POR REACCIÓN AGUDA AL CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS BOLIVIA 153
ANEXO 7: ESTADÍSTICA ANUAL CON LOS RESULTADOS TOXICOLÓGICOS PRACTICADOS A LOS CONDUCTORES FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN BOLIVIA 155
ANEXO 8: ESTADÍSTICA ANUAL DE MORTALIDAD POR CAUSAS RELACIONADAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN BOLIVIA 156
ANEXO 9: ESTADÍSTICA ANUAL DE MORTALIDAD POR CAUSAS RELACIONADAS POR EL CONSUMO DE TABACO EN BOLIVIA 158
SUBPRODUCTO 2: DISEÑO DE PROPUESTA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SIAASM) 159

INTRODUCCIÓN 159
¿Qué es un sistema de información en salud mental y adicciones? 159
Etapas de un Sistema de Información de la Atención de Adicciones y Salud Mental (SIAASM) 159
Obtención de la información de las variables que forman parte del SIAASM. 159
Tipo de información que forma parte de SIAASM. 160
Beneficios de disponer de un SIAASM 161
Problemas comunes en los sistemas de información sanitaria. 161
¿Por qué es necesario un módulo sobre Sistemas de información para la atención en adicciones y salud mental SIAASM? 162
Beneficios de la incorporación del SIAASM al SNIS 163
ANÁLISIS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SNIS-VE) EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 163
El Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) 163
- Organización funcional del SNIS-VE para la gestión de información en Salud 165
- Organización funcional del SIAASM en el SNIS-VE para la gestión de información en Salud Mental y adicciones. 167

El ciclo de la información del SIAASM en el SNIS-VE 169
El Flujo de la información en el SIAASM 169
Sistema Único de Información en Salud 170
Calidad de la información 171
Sobre la seguridad y el desarrollo y mantenimiento del SIAASM. 173
Definición de Responsabilidades. 173
Vínculo entre el desarrollo del SIAASM y el desarrollo de los servicios de los servicios de salud mental y adicciones. 176
La interrelación del Sistema de Información del Impacto social y en salud de las Drogas (SIISSD) y el Sistema de Información sobre la Atención en Adicciones y Salud Mental (SIAASM) 176
Programa de capacitación para en el SIAASM 178
Vencer resistencias a la recogida de la información. 179
PASOS PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 181
Paso 1. Evaluación de necesidades de información para el SIAASM. 182
1.1. Creación un equipo de trabajo. 182
1.2. Revisión los objetivos actuales de la política y de la planificación. 183
1.3. Consultar con todas las partes implicadas relevantes. 187
1.4. Identificar indicadores para medir los objetivos de la política y de la planificación. . 188
A. Objetivos de la política y planificación de la atención en salud mental y adicciones en el primer nivel de salud: 188

SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA. 188
INDICADORES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (conjunto mínimo de datos de primer nivel) 192
B. Objetivos de la política y planificación de la atención en salud mental y adicciones en el primer nivel de salud, segundo escalón de atención comunitaria en Salud Mental y adicciones: .. 193
SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS194
INDICADORES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGUNDO ESCALON ESPECIFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES..... 199
C. Objetivos de la política y planificación de la atención en salud mental y adicciones en segundo y tercer niveles de salud. 202
SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN 202
INDICADORES PARA SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 206
Paso2. Análisis de situación inicial: ¿de qué información disponemos?..... 209
2.1 Revisión de la situación actual. 210
2.2 Proceso de Consolidación de la Información..... 215
Paso3. Preselección de los indicadores que integrarán en el Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) 219
Evaluación del funcionamiento del Sistema de Información de la Atención a las Adicciones y la salud Mental (SIAASM) 243
Propuesta de estructura para la evaluación del sistema de información de salud mental246
CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA ATENCIÓN DE LAS ADICCIONES Y SALUD MENTAL (SIAASM) 249
ANEXO 1: LISTADO DE CODIGOS CIE-10 DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS. 251
ANEXO 2: LISTADO DE CODIGOS CIE-10 DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO259
ANEXO 3: HISTORIA CLINICA 101(PRIMER NIVEL) 267
ANEXO 4: FORMULARIO 301A: INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, PRIMER NIIVEL .. 270
ANEXO 5: FORMULARIO 301B. Producción de Servicios, II y III Nivel 277
ANEXO 6: FORMULARIO 302a: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, I NIVEL..... 280
ANEXO 7: FORMULARIO 302b: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, II y III NIVEL. 284
SUBPRODUCTO 3: DOCUMENTO DE PROPUESTA DE UNA AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ADICCIONES..... 286
INTRODUCCIÓN..... 286
MARCO NORMATIVO 289
AGENDA 2030 DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE NACIONES UNIDAS..... 289

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA 289
PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020..... 292
PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020..... 295
ESTRATEGIA DE LUCHA CONTRA EL NARCOTRÁFICO Y CONTROL DE CULTIVOS EXCEDENTARIOS DE COCA 2016-2020. 296
LEY 913, 16 DE MARZO DE 2017.- LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS. DECRETO SUPREMO N° 3434 ÁLVARO MARCELO GARCÍA LINERA PRESIDENTE EN EJERCICIO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA 299
PLAN NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACIÓN DE BOLIVIA..... 305
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN DROGAS 306
TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES..... 312
CONCEPTO DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA 317
¿POR QUÉ Y PARA QUÉ TENER UNA AGENDA DE PRIORIDADES EN INVESTIGACION SOBRE ADICCIONES?..... 318
PRINCIPIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS 319
PROCESO PARA LA DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL 320
FOMENTO E INCENTIVOS PARA ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES. 323
ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES . 324
LA FORMACION EN INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES 325
LINEAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGIAS DE ESTUDIO RELEVANTES PARA LA INVESTIGACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 327
METODOS DE INVESTIGACIÓN MAS ADECUADOS PARA LA AGENDA DE INVESTIGACION327
PROPUESTA DE LINEAS DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES 331
CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACION DE UNA POLITICA DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES..... 341
PLANIFICACION OPERATIVA DE LA POLITICA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES..... 343
OBJETIVO GENERAL 1 343
OBJETIVO GENERAL 2 345
OBJETIVO GENERAL 3 348
OBJETIVO GENERAL 4 349

SUBPRODUCTO 1: PROPUESTA DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)

INTRODUCCION.

El conocimiento de las drogas y las drogodependencias constituye el eje central a partir del cual articular respuestas políticas y técnicas eficaces para la prevención de los consumos, la asistencia e incorporación social de las personas afectadas por el problema y la reducción de daños asociados a los consumos de drogas. Sin embargo, la complejidad de los mismos, con múltiples dimensiones y repercusiones, y su naturaleza cambiante provoca que las instituciones responsables del diseño y la ejecución de las políticas en estas materias no dispongan de una visión global y actualizada de la situación de las drogas y las drogodependencias.

Para intentar paliar las necesidades existentes en el terreno de la información, en la década de los noventa y dos mil, se crearon diversas estructuras, denominadas "observatorios sobre drogas", con el objetivo de integrar de manera coherente toda la información disponible sobre las múltiples dimensiones de los consumos de drogas y las drogodependencias. Así pues, en 1993 se creó el Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías y en 1997 el Observatorio Español sobre Drogas, al que le seguirían diversos observatorios autonómicos. En América, en el año 2000 se crea el Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) dependiente de CICAD, en este momento disponen de un observatorio 29 países de 36 (incluye un país libre asociado) que comprende América, lo que da una idea de la importancia que se concede a los mismos.

La finalidad de estos observatorios es la de proporcionar una visión global, permanente, fiable y actualizada del fenómeno de las drogodependencias en sus diferentes vertientes, suministrando información que ayude a contar con diagnósticos precisos del problema y que permita mejorar el proceso de toma de decisiones acerca de las políticas a adoptar, así como la adecuación de los programas de intervención a las nuevas situaciones y necesidades. Estos órganos son por tanto piezas claves en la elaboración de los diagnósticos que sirvan de base a la planificación y el diseño de las políticas y los programas de actuación.

Entre los objetivos que tienen encomendados los observatorios sobre drogas se incluyen algunos directamente vinculados al abordaje de los consumos y a los sistemas de información relacionados con ella:

- Promover la implantación de un sistema de recogida de información de calidad.

- Unificar los criterios para la recogida de información en los diferentes sistemas existentes, tanto a nivel subnacional, como estatal o de toda la regional, con la finalidad de garantizar una mejor fiabilidad y comparabilidad de los datos relacionados con las drogas y las drogodependencias.

Conviene destacar que, aunque existe una experiencia en toda la Región en el funcionamiento de ciertos sistemas de información sobre drogas, en la actualidad persisten carencias en este terreno. Ello es debido, fundamentalmente, a dos factores: a) el sesgo que han tenido tradicionalmente los sistemas de información, focalizados casi en exclusiva en la actividad asistencial y de control de la oferta, y débilmente en el control de la demanda, y a las dificultades de los sistemas para adaptarse a los cambios del fenómeno y a los nuevos problemas y demandas que ello ha provocado.

Las políticas de intervención desarrolladas en materia de drogodependencias en la historia reciente de los países de la región han condicionado de forma notable el estado actual de los sistemas de información. El carácter marcadamente centrado en control de la oferta de las primeras respuestas que los estados brindaron al problema de las drogodependencias sigue lastrando el desarrollo de los sistemas de información, donde la información referida al dicho ámbito supera con creces, en cantidad y calidad, a la existente en los restantes ámbitos de intervención.

Es hacia la primera década de los años dos mil, cuando se desarrollan las encuestas de consumo de drogas en población general y población escolar y universitario[1]. En ese momento, fue posible disponer de algunos indicadores a nivel de estados parcialmente vinculados a la prevención de las drogodependencias.

[1] Informe sobre el consumo de drogas en las Américas, 2019 / Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

Respecto a los estudios epidemiológicos de variables relativas a los hábitos de consumo, actitudes frente a las drogas, y otros, en América latina[2], las limitaciones principales de los cálculos relacionados con el consumo de drogas ilícitas son el resultado de la escasez de datos sobre la prevalencia del consumo, características de los mismos y aspectos asociados en América Latina. Según se ha puesto de manifiesto (Informe Mundial sobre las Drogas de UNODC), estas limitaciones se derivan del hecho de que la mayoría de los países carecen de los sistemas de monitoreo requeridos para producir datos fidedignos, integrales e internacionalmente comparables. En muchos
casos se proporcionan datos conforme al mejor juicio de los expertos. En consecuencia, es necesario depender de estimaciones indirectas, derivadas de cálculos de prevalencia inexactos. Aun los cálculos indirectos son difíciles de realizar porque el consumo de estas drogas es ilegal, estigmatizado y escondido. A pesar de que el consumo de sustancias es un problema de salud pública importante en América Latina y el Caribe, los estudios epidemiológicos existentes se limitan principalmente a describir el hecho y los factores de riesgo, sin proveer prácticamente ningún dato sobre la utilización de los servicios.
Estos estudios también tienden a usar diferentes metodologías, y las metodologías estandarizadas como la SIDUC, no se aplican correctamente en muchos casos, lo cual hace particularmente difícil la comparación de los datos entre los países.

Todo esto ha contribuido a no disponer de información útil para la evaluación de las necesidades en materia de prevención.

El panorama es que se necesita una reorientación urgente de las políticas de drogas en todo América latina y el caribe y en Bolivia en particular, y no se dispone de una herramienta sistematizada sobre el abordaje de drogas y aspectos relacionados, de recogida de información que permita esto.

No hay indicadores de prevención con una definición y un procedimiento de recogida uniforme, disponiéndose tan sólo de información fiable sobre alguna actividad desplegada en el contexto de los programas de prevención escolar. Recogiéndose datos de implementación de los programas, pero apenas de su cobertura y menos aún de una evaluación rigurosa de los mismos.
En el ámbito europeo, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías puso en marcha el Sistema de Información Europeo sobre el abordaje de los consumos de drogas (EDDRA). Este sistema recoge información de forma sistemática de actividades relacionadas con las drogodependencias en los campos de la prevención, el

[2] Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. OPS 2009.

tratamiento, la reducción de daños y los sistemas judiciales. Se trata de un sistema de notificación voluntaria, sustentado en el intercambio de la información desplegada por las diferentes instituciones públicas y privadas europeas en el abordaje de los consumos de drogas, con las dificultades que ello entraña en relación con la cobertura y la actualización de la información y el control o supervisión de la calidad de la información.

También el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías ha adoptado otras iniciativas interesantes, como es la creación de un Banco de Instrumentos de Evaluación (EIB), con que pretende facilitar la evaluación de resultados y el impacto de las políticas, poniendo a disposición de las instituciones y los profesionales instrumentos estandarizados y validados para la evaluación de los programas.

Lo cierto es que, a pesar de los esfuerzos realizados hasta el momento, los Sistemas de Información sobre Drogas presentan, en general, una serie de deficiencias en la calidad de la información suministrada que provoca que la misma resulte:

Incompleta.
Parcial.
Poco fiable.
Poco ágil.
Poco sensible a los cambios.
Insuficiente.
Inadecuada.

Unas deficiencias que son especialmente notables, no sólo en el ámbito del abordaje de los consumos, sino en lo relativo al impacto sanitario de los consumos, o en lo relativo a ciertos patrones de consumo problemático, etc. Además de no haber resuelto demandas de información claves en el ámbito asistencial, como es la de conocer el número de personas que reciben tratamiento por problemas de abuso o dependencias a las distintas drogas, alcohol incluido.

Entre las acciones que se deberían adoptar para mejorar esta situación, están la de reforzar o mejorar el contenido y funcionamiento de los sistemas de información disponibles:

Reforzar el papel del Observatorio Boliviano sobre seguridad ciudadana y lucha contra las drogas (OBSCD) para mejorar el conocimiento de la realidad referida al abordaje de los consumos, analizar tendencias de consumo y variables de riesgo, patrones de consumo, entre otras.

Construir un sistema de detección temprana o alerta, con un Panel de Indicadores simplificado que permita monitorizar los tráficos, los consumos, y los efectos sobre la salud y sobre la sociedad. Mejorar el Sistema de Indicadores de Problemas originados por el consumo de drogas.

Impulsar el establecimiento de Observatorios de Drogas en gobernaciones y municipios que permitan un acercamiento al terreno de la obtención de información, en especial cualitativa.

La iniciativa que a continuación se presenta, destinada a implementar un sistema de indicadores que permita mejorar el ámbito de análisis y conocimiento y la calidad de la información a suministrar por distintas instancias públicas, privadas y de la sociedad civil y por el propio **Observatorio Boliviano sobre seguridad ciudadana y lucha contra las drogas (OBSCD)**, debe afrontar dos dificultades básicas:

a) Existe una enorme amplitud de aspectos y dimensiones que deben ser observados y que están estrechamente vinculados a la etiología multicausal de las conductas de uso y abuso de las distintas drogas.

Ello obliga a disponer de mecanismos de recogida y análisis de información sobre las múltiples dimensiones del fenómeno, que deben ser además periódicamente revisados, introduciendo nuevos indicadores o modificando algunos de los ya existentes. Por tanto, se impone un esfuerzo de "economía en la selección de indicadores", dada la importante carga de trabajo que puede suponer la recogida de información y el procesamiento de alguno de ellos, seleccionando sólo aquellos que sean suficientemente relevantes.

b) Existe una gran heterogeneidad y dispersión de fuentes y declarantes que pueden proporcionar informaciones de interés sobre ciertas dimensiones del fenómeno a observar, pero no todas ellas aportan datos e informaciones de calidad. Por ello, resulta clave en el proceso de configuración de los indicadores que finalmente se incorporen al **Sistema de Información sobre el Impacto Social y en salud de las drogas** (**SIISSD a partir de ahora)** realizar un análisis previo de la calidad de los registros y los procedimientos mediante los cuales obtienen la información las diferentes fuentes.

CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE ENCUESTAS DE CONSUMO DE DROGAS PARA ESTIMACION DE LAS PREVALENCIAS EN BOLIVIA Y SU USO COMO INDICADORES

El método de encuestas para para estimar las prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicotrópicas es muy habitual entre los países de la región y en Bolivia igualmente. Sin embargo, cada vez hay más planteamientos que alzan la voz por la carencia de validez como método de estimación de los usos y consumos de las drogas. En especial las referidas a sustancias de consumo más minoritario e ilegal.
Si bien es un método útil para estimar el uso de sustancias como el alcohol, tabaco y marihuana porque su consumo es extendido, no es válido desde el punto de vista estadístico para medir los consumos de las drogas ilegales. E incluso la marihuana que, como digo, es de uso bastante prevalente, el hecho de que, en un contexto como el boliviano, este penado "de facto" la tenencia para el consumo, plantea serias limitaciones de la validez debidas a la ocultación de las respuestas.

Un sistema de información será mucho más útil y eficaz para evaluar políticas, y enfocado en el conocimiento de problema del uso de drogas y sus consecuencias en salud, sociales y en desarrollo, si usa indicadores de morbilidad y mortalidad, de impacto en los servicios de salud y sociales, de comportamientos de riesgo, y de variables de desarrollo económico y social.

El uso de encuestas de consumo y aspectos relacionados con ello pueden ser útiles cuando se enmarcan en políticas de promoción de hábitos saludables de vida. Estudiar los hábitos nocivos para la salud de uso de sustancias psicoactivas, junto con otros malos hábitos como la alimentación, el sedentarismo, y la salud sexual y reproductiva de riesgo; es una buena forma de estudiar las sustancias psicoactivas. Esto quiere decir que, en la medida que se estudie el uso de drogas (legales o no) y sus consecuencias, dentro de encuestas y metodologías que aborden el tema integrado dentro del conjunto de temas de salud pública, se podrá obtener datos más fidedignos. Además de que se "normaliza" el estudio de las sustancias psicoactivas como un asunto más de la salud pública y la promoción de la salud.

Dicho esto, solamente si se hacen encuestas desde este presupuesto se pueden considerar como de interés para esta propuesta de SIISSD.

Añadido a esto, hay otro requisito necesario para poder validar un estudio de encuesta, y es que el **Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones**, propuesto

en como ente encargado de la calidad de la investigación en salud mental y adicciones dentro de la Agenda Nacional de Investigación, debe informar favorablemente el diseño del estudio, la metodología, la preservación de la ética de los estudios y ensayos clínicos, y los fines para los que se va a utilizar la información.

Por todo ello, de ahora en adelante en el documento del SIISSD, cuando se hable de encuestas de prevalencia de uso de drogas y aspectos relacionados, habrá que tener en cuenta lo dicho aquí como condiciones necesarias para llevar a cabo este tipo de estudios y también el uso de indicadores de este tipo en el SIISSD.

EL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE DROGAS (SIISSD): OBJETIVOS Y FUNCIONES

La complejidad de los consumos de drogas y las drogodependencias hace preciso disponer de mecanismos de recogida y análisis de información sobre las múltiples dimensiones del fenómeno. En Bolivia el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y lucha contra las Drogas previsto en la ley N° 913, DE 16 DE MARZO DE 2017, LEY DE LUCHA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS presenta en su artículo 41 el citado observatorio, pero en sus funciones no aparece ninguna relacionada con el abordaje de los consumos y ningún estudio del impacto de las drogas en la sociedad, es decir carece de una perspectiva de salud pública y social. Por ello, es necesario impulsar y crea una estructura de análisis de dichos impactos en la población.
El Sistema de información que se propone ahora tiene entre otras funciones, la del mantenimiento de un sistema de información sobre drogas continuado, la detección de fenómenos emergentes en el consumo de drogas, la propuesta de prioridades en planificación en promoción y prevención, también en la adecuación de los dispositivos de atención a la realidad, entre otras funciones.

Los objetivos básicos que debe cubrir el SIISSD son los siguientes:

Facilitar una visión global, permanente, fiable y actualizada de los problemas relacionados con los consumos de drogas en Bolivia.
Facilitar el diseño y la evaluación de las políticas sobre drogas, suministrando información fiable que permita mejorar el proceso de toma de decisiones acerca de las políticas a adoptar en materia de prevención y promoción y atención, así como la adecuación de los programas de intervención a las nuevas situaciones y necesidades que, en relación con las drogas y las drogodependencias, puedan ir surgiendo en Bolivia.

Entre las funciones que de Sistema de Información sobre drogas:

La actuación como órgano permanente de recogida y análisis de la información disponible en diferentes fuentes de gobernaciones, municipios y a nivel nacional.

El desarrollo de un Sistema de Información que permita evaluar la situación de los consumos de drogas y los efectos asociados en un momento determinado, así como su evolución y tendencias futuras.

La difusión de la información disponible en diversos soportes, mediante la elaboración de informes periódicos generales y específicos, sobre fenómenos de especial relevancia.

El SIISSD forma parte del Sistema nacional de información sobre drogas, y por ello, la coordinación con el Observatorio Boliviano de seguridad ciudadana y lucha contra las drogas sobre (OBSCD), como ente rector de dicho sistema de información, es esencial de entre las funciones que debe cumplir el SIISSD.

La promoción de investigaciones y estudios.

El asesoramiento a diferentes instancias políticas e instituciones acerca de las características del problema y posibles soluciones en materia de drogas y las posibles medidas a adoptar.

La adecuada ejecución de estas funciones está supeditada a la disponibilidad de un Sistema de Información suficientemente amplio, riguroso y ágil, sustentado en un conjunto de indicadores propio, que puedan ser periódicamente actualizados de una manera eficiente. Por ello, es muy importante destacar que el Sistema de Información sobre el impacto social y sanitario de las drogas (SIISSD), se concibe como una estructura cooperativa, integrada por diferentes fuentes de información procedentes de instituciones públicas y privadas.

Un conjunto de informaciones diversas, en cuanto a las dimensiones o aspectos que abordan, que deben ser integradas de manera coherente para su análisis y posterior difusión. Una tarea en la cual resulta esencial la definición previa de los indicadores y fuentes de información que forman parte del SIISSD, verdadera columna vertebral sobre la que descansarán los procesos de recogida y análisis de información sobre las drogas y las drogodependencias.

CONSIDERACIONES PREVIAS DEL SIISSD

Los sistemas de información suministran la materia básica a través de la cual evaluar la situación y evolución de un fenómeno. Un sistema de información no es más que un conjunto de elementos, relacionados entre sí (coherentes), que permiten transformar datos en informaciones.

Es necesario realizar una serie de consideraciones previas respecto de los sistemas de información, que resultan de interés a la hora de seleccionar los indicadores y las fuentes que finalmente incorpore el SIISSD:

- No todos los sistemas se basan en la cuantificación de hechos observados (sistemas cuantitativos). Existen sistemas de información basados en informaciones cualitativas suministradas por expertos o informantes claves que pueden ser gran utilidad. Por ello, se utilizará información cuantitativa y cualitativa para completar la fotografía sobre el consumo en el país.

- El valor final de la información facilitada por un sistema depende en gran medida de la adecuada selección de las fuentes y los indicadores, así como de la coherencia interna entre ellos.

- 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. Resulta frecuente comprobar como sistemas de información muy coherentes en su diseño y con un gran potencial, en tanto en cuanto que incorporan un gran número de fuentes e indicadores coherentes entre sí, caen en desuso porque la información obtenida no es utilizada para reorientar los programas y actuaciones institucionales.

- Debe asegurarse un correcto y ágil análisis y difusión de los resultados del sistema de información. De la adopción de esta medida depende en gran parte el que el sistema de información funcione adecuadamente y pueda mantenerse en el tiempo. La ausencia de divulgación de los resultados obtenidos por un sistema de información desincentiva la coloración de los informantes del sistema, provocando problemas graves de cobertura y de calidad en los registros obtenidos con el mismo.

- Los sistemas de información deben ser capaces de anticipar sucesos y fenómenos, deben tener cierta capacidad predictiva.

El proceso de selección de las fuentes o informantes del sistema

La selección de los declarantes o fuentes que aportarán datos al SIISSD, es sin duda una decisión de enorme trascendencia, máxime teniendo en cuenta la amplitud de ámbitos que se desea observar. La naturaleza de los consumos de drogas, la diversidad de los factores asociados a las conductas de uso y/o abuso de drogas y de los efectos que provoca, obliga a incorporar a un importante número de declarantes a fuentes de información que nutran al Sistema, en su mayor parte de carácter inespecífico.

Conviene tener presente que una buena parte de los registros e informaciones que interesa recoger y procesar procede de fuentes de información no específicas sobre drogas. Por ejemplo, datos que revisten una especial trascendencia desde la perspectiva preventiva, como pueden ser los relativos a los menores en situación de riesgo social o desprotección, con problemas de absentismo o fracaso escolar, únicamente pueden ser aportados por las instituciones que tienen competencias exclusivas en estos ámbitos.

La utilización de fuentes de información inespecíficas presenta innegables ventajas, como son la economía en los procedimientos para la obtención de la información (se trata de datos que están disponibles o que ponen a disposición del Sistema otras instituciones públicas o privadas) y la posibilidad que ofrecen de acceder a ámbitos o áreas de difícil exploración. Sin embargo, el recurso a este tipo de fuentes plantea también problemas de cierta entidad, referidos a la calidad de los registros suministrados, así como a su mantenimiento en el tiempo de las informaciones suministradas (estabilidad y periodicidad en la remisión de datos).

Ello obliga a ser cautos a la hora de decidir la inclusión de fuentes no específicas sobre el consumo de drogas, dado que la excesiva dependencia de estas fuentes podría en algún momento colapsar el sistema de información. Para evitar estos riesgos y asegurar un funcionamiento fluido del sistema de información, se aconseja optar por un sistema mixto, que pondera la presencia de fuentes específicas y no específicas sobre drogas.

El proceso de selección de los indicadores a incorporar al sistema de información.

Un indicador es una medida estadística de un concepto o fenómeno o de una parte de éste que, basado en un análisis teórico previo e integrado en un sistema coherente de medidas semejantes, permite describir la situación de un fenómeno social concreto y la eficacia de las políticas aplicadas (CARMONA, J.A. 1997)[3]. Los indicadores cumplen las siguientes funciones.

a) Permiten describir fenómenos sociales y sanitarios de forma ordenada y coherente.
b) Permiten comparar distintas realidades y conocer la evolución de ciertos fenómenos.
c) Permiten evaluar la eficacia de las políticas y programas desarrollados para hacer frente a un determinado problema social o sanitario.
d) Permiten establecer relaciones de causalidad entre determinados fenómenos.
e) Tratan de controlar y anticipar cambios en salud y sociales (labor prospectiva).

En el proceso de selección o establecimiento de los indicadores que integran el sistema de información es preciso tener en cuenta dos premisas básicas:

- Que los indicadores se basan en un modelo teórico previo y concreto. En función de cuál sea el análisis teórico acerca de los factores asociados a las conductas de uso y/o abuso de drogas, así deben ser los indicadores seleccionados.

- Que los indicadores deben integrarse en un sistema de medidas semejantes y coherentes, que permitan describir un fenómeno complejo como son los consumos de drogas y las drogodependencias. Una fase fundamental en el proceso de construcción de un sistema de indicadores lo constituye la comprobación de su capacidad descriptiva y predictiva del sistema.

Además, es imprescindible que los indicadores seleccionados cumplan estos requisitos:

1) Criterios técnicos:

- Fiabilidad (se obtienen los mismos resultados con diferentes ensayos).
- Sensibilidad (permiten detectar la evolución de los fenómenos).
- Especificidad (referidos a una dimensión concreta del fenómeno a analizar).

[3] CARMONA, J.A. (1977). Dossier Regionaux el Indicateurs Sociaux. En: Los indicadores sociales hoy. Centro Superior de Investigaciones Sociológicas. Madrid.

- Comparabilidad (consigo mismo en distintos momentos temporales y con otros indicadores).

2) Criterios de viabilidad:

- Sencillez.
- Concisión.
- Inteligibilidad.
- Economía (obtenibles con un bajo coste o esfuerzo).
- Disponibilidad (basados en datos e informaciones ya existentes).
- Limitación en su número (procurar utilizar pocos indicadores, los más esenciales y específicos posibles).

3) Criterios relativos a su utilidad:

Para que un indicador resulte de utilidad debe ser válido, relevante, actual, interpretable y orientado a las áreas o grupos con una mayor problemática o riesgo.

Es importante tener presente en el proceso de selección de indicadores, que muchos de aquellos que pueden resultar relevantes en el conocimiento de determinadas dimensiones de las drogas y las adicciones están ya disponibles, en estadísticas generales, estudios publicados o registros de diversas instituciones de ámbito autonómico o nacional.

Por esta razón el primer paso que se sugiere para la selección de indicadores es de rastrear todos los datos disponibles sobre las dimensiones que afectan a la actividad del SIISSD y de las fuentes de información que proporcionan estos datos. La selección de los indicadores se realizará atendiendo, entre otros criterios, a la calidad de los datos y a su disponibilidad y periodicidad.

Beneficiarios del sistema

Son diversas las necesidades que existen en la actualidad en Bolivia en materia de información relacionada con las drogas, que presentan una variada gama de agentes sociales, entre los que se incluyen:

a) Los responsables políticos, que precisan información que permita el desarrollo de políticas eficaces y facilite la toma de decisiones, centrada en la evolución de los

problemas, el impacto de las políticas aplicadas y la situación diferencial que determinados fenómenos respecto a otros países de la región.

b) Los profesionales, que necesitan mejorar sus conocimientos sobre la evolución de las drogas y las adicciones, la presencia de fenómenos emergentes, los resultados aportados por estudios e investigaciones y las evidencias sobre las políticas y programas que se vienen ensayando.

c) Las organizaciones sociales, que colaboran en diversos programas y actuaciones relacionadas con la prevención, asistencia e incorporación social en materia de adicciones, interesadas en conocer cómo evolucionan los problemas y las medidas adoptadas para hacer frente a los mismos.

d) Los medios de comunicación, que necesitan contar con información actualizada y rigurosa sobre las drogas y las adicciones, previamente analizada por profesionales e instituciones competentes que avalen su contenido.

e) Los ciudadanos, que como receptores finales de la información deben tener la posibilidad de acceder directa o indirectamente (a través de los medios de comunicación) a información fiable sobre aquellas dimensiones de las drogas y las adicciones que les resulten de interés.

El Sistema de Información SIISSD, tiene por tanto importantes retos que superar, para lo cual debe ser capaz de convertir el importante volumen de datos disponibles en conocimiento a fin de:

- Contribuir a que la Administración pública realice una gestión más eficaz y eficiente de los recursos limitados con los cuales atender las necesidades y demandas existentes en relación con las drogas (facilitar la planificación, organización y gestión de los servicios sociales y sanitarios).

- Permitir a los profesionales ajustar su práctica a los resultados de la investigación, los sistemas de vigilancia epidemiológica y las evidencias científicas

- Atender las demandas crecientes de información y conocimiento que plantean los ciudadanos en esta materia.

Es por tanto un requisito necesario para perfeccionar las políticas que se aplican en el campo de las adicciones, en base a conocimientos contrastados, que haga posible adaptar sistemáticamente la respuesta de las instituciones a las necesidades y expectativas de los ciudadanos. De hecho, sin un Sistema de Información integrado no es posible hablar de gestión del conocimiento.

El sistema de información SIISSD debe ser capaz de dar una respuesta precisa al menos a las siguientes preguntas:

- ¿Qué extensión tienen los consumos problemáticos y/o abusivos de drogas en Bolivia a todos los niveles estatal, departamental y municipal?
- ¿Cuáles son los patrones de consumo dominantes entre la población general y los colectivos juveniles, mujeres y hombres, población indígena, privados de libertad?
- ¿Cómo están cambiando las pautas de uso y/o abuso de drogas en Bolivia?
- ¿Cuáles son las actitudes sociales dominantes ante las drogas y cómo evolucionan las mismas?
- ¿Cuál es la oferta actual de las distintas drogas y cómo evoluciona?
- ¿Qué conductas de riesgo se detectan asociadas al consumo de drogas?
- ¿Existe algún colectivo especialmente vulnerable ante los consumos de drogas? ¿Cuáles son los determinantes socioeconómicos y culturales ligados a los consumos?
- ¿Cuántas personas presentan problemas de adicción a las drogas y cómo evoluciona su número y características sociosanitarias?
- ¿Cuántas personas reciben tratamiento por adicción a las drogas?
- ¿Qué implantación, cobertura y resultados tienen los programas que se desarrollan para la prevención, asistencia, incorporación social y reducción de daños en materia de adicciones?
- ¿Cuál es la morbi-mortalidad asociada al uso consumo de drogas?
- ¿Qué impacto tienen los delitos relacionados con las drogas en los sistemas judicial y penitenciario?

- ¿Existen fenómenos emergentes asociados al consumo de drogas?
- ¿Qué impacto están teniendo las políticas que se vienen implementando en el campo de las drogas?
- ¿Qué problemas o necesidades persisten y que posibles medidas podrían arbitrase para hacerlas frente?
- ¿Qué ámbitos de conocimiento deben ser objeto de estudio exhaustivo y qué instrumentos o métodos se proponen para ello?

Características del Sistema de Información sobre Impacto Social y en salud de las Drogas (SIISSD)

Para poder dar una respuesta adecuada a las cuestiones antes formuladas, es preciso que el Sistema de Información reúna las siguientes características:

- Contenidos ajustados a la naturaleza multidimensional de la etiología de las drogas y de los efectos derivados de su consumo.
- Posibilidad de ampliación o modificación de sus contenidos cuando sea preciso incorporar datos referidos a nuevas necesidades detectadas o para armonizar sus indicadores a los cambios propuestos por organismos nacionales e internacionales, que faciliten la mejora de la calidad de la información registrada y su comparabilidad.
- Identificación y evaluación previa de las necesidades de información que presentan los diferentes destinatarios del sistema de información.
- Existencia de definiciones, normas y procedimientos comunes para la recogida, registro y tratamiento de la información entre todas las unidades del sistema.
- Información validada en origen por la fuente que la produce y supervisada por el SIISSD.
- Capacidad de proporcionar información normalizada y sistemática sobre una serie de indicadores previamente preestablecidos.

- Carácter mixto de las fuentes de datos, tanto específicas sobre drogas como no específicas, que aporten datos relevantes con dimensión relacionada con las mismas.

- Capacidad de medir la respuesta que a nivel político y técnico se le da al problema de las drogas y las adicciones.

- Capacidad para suministrar información:

    - **Coherente** (los datos deben querer decir lo mismo para todo el mundo, tener el mismo significado para todas las unidades del Sistema de información).
    - **Pertinente** (la información debe ser oportuna y cubrir toda la gama de dimensiones relevantes relacionadas con las drogas).
    - **Integrable** (los sistemas de información deben poder ser analizados como conjuntos de datos relacionados, con independencia de que existan diversos subsistemas de información que comparten y comunican sus datos).
    - **Flexible** (el sistema de información debe ser capaz de adaptarse a las exigencias cambiantes que le trasladen, tanto sus usuarios como las instituciones de carácter nacional o supranacional).
    - **Accesible** (tras la realización del análisis de la información los resultados deben ser fácilmente accesibles para las responsables políticas, responsables técnicos del diseño y evaluación de programas, profesionales y ciudadanos).

Criterios generales que conforman el funcionamiento del Sistema

a) Gestión eficaz y utilización eficiente y oportuna de la información disponible.

b) Normalización de los datos, mediante el diseño de indicadores y estándares coincidentes en lo posible con los existentes en el resto de la región y la OPS.

c) Política de difusión basada en una gran accesibilidad a la información, bajo consenso entre las partes y protección de los datos personales.

d) Colaboración interinstitucional.

e) Reuniones periódicas con representantes de las fuentes informantes para analizar y debatir los contenidos y el funcionamiento del Sistema de Información SIISSD.

f) Difusión e intercambio de información con las instituciones que trabajan en el campo de las adicciones.

g) Colaboración y cooperación con otros sistemas de información y los Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contra las drogas, Observatorio Interamericano sobre Drogas, y otros Observatorios Nacionales sobre drogas de la región.

h) Mejora permanente e innovación de los sistemas de información, con la inclusión de nuevos indicadores y fuentes y la realización de estudios específicos.

i) Generación de productos útiles para el conjunto de responsables institucionales, profesionales y organizaciones sociales que colaboran en el desarrollo de la planificación en materia de drogas.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)

El concepto del SIISSD debe ir ligado al debe ir ligada a la planificación y la calidad técnica de propio sistema comunitario de atención y tratamiento de las adicciones y la salud mental (SCATASM), además de ser una herramienta de información para toda la sociedad boliviana. Por esto mismo, la usabilidad del sistema de información es clave en todo el proceso. Si no es un sistema amable que permita extraer con facilidad los datos que interesen al usuario, no será una herramienta útil.
Otro aspecto fundamental es la actualización permanente del sistema, de modo que el sistema debe ser flexible y en permanente revisión y control de indicadores y su cumplimentación.
La necesidad de actualización del sistema hace especialmente importante las alianzas con la universidad, hospitales y entidades que tienen capacidad de desarrollar estudios que permitan avanzar en disponer de un mapa de indicadores cada vez más sensibles al impacto del uso de drogas y su caracterización y de mayor interés social.

Por todo ello, la organización del SIISD, debe ser sobre todo política en el sentido de tener un órgano rector que trabaje con la política nacional sobre drogas y a la vez técnica para que sea operativa, y participada con enfoque territorial.

Por ello se propone que una **Comisión Técnica y de Seguimiento del Sistema de Información sobre Drogas** ejerza las tareas que se relacionan más abajo para asegurar la sostenibilidad y la calidad del sistema de información. Entre las funciones que puede asumir estarían:

- Recibir el informe anual de funcionamiento del SIISSD, para su aprobación.
- Aprobar la implementación de nuevos indicadores en coordinación con la academia y Ministerios y otras instancias que les compete.
- Proponer la estrategia de alianzas para investigación y estudios para el desarrollo de indicadores de interés con Universidades, centros de investigación, empresas privadas y públicas.
- Impulsar anualmente capacitaciones en sistemas de información, y reporte de datos.
- Auditar la aplicación de la perspectiva de género del sistema de información.
- Constituir en su seno la **Red de informantes del sistema de información SIISSD.**
- Elaborar un mapa de recursos de información en drogas que recoja la red de informantes del Sistema.
- Encargar y emitir un informe anual sobre la aplicación de la perspectiva de género en el SIISSD.

Ese órgano debería estar integrado por representantes de los siguientes organismos u organizaciones:

a) Los **proveedores de datos** (organizaciones no gubernamentales, hospitales, centros de tratamiento especializado, y otros);
b) Los **ministerios gubernamentales**, en particular los que disponen de los proveedores de datos;
c) Los **entes territoriales autónomos** en particular gobernaciones y municipios.
d) Las **universidades o los institutos de investigación**, en particular las dependencias de investigación social y estadística o entidades equivalentes;
d) Las **instituciones sanitarias** que realizan actividades de abordaje de los consumos de drogas (es decir, prevención, tratamiento y reducción de las consecuencias negativas del uso de drogas).

La Comisión Técnica deberá ocuparse de la sostenibilidad del sistema de información y orientar el proceso de análisis de la información, las necesidades y los recursos, así como la aprobación de informes periódicos.

Es conveniente que esté reglamentada la Comisión y regulado su régimen de funcionamiento.

PROPUESTA DE LA RED DE INFORMANTES TÉCNICOS PARA EL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE LE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)

El objetivo es constituir una Red de informantes para el Sistema de Información del Impacto Social y en Salud de las Drogas (SIISSD) que, conforme a la frecuencia de remisión de la información, alimentarán el sistema.

La mecánica de conformación de la Red de informantes supone que se deberá solicitar formalmente a los responsables o directores donde sabemos que está el indicador que necesitamos, una designación formal de la/las personas que formarán parte de la Red. Una vez que tenemos la relación de puntos focales se procederá a mantener una reunión con cada uno de ellos por separado con la finalidad de: a) conocerse personalmente (es posible que no se tenga un contacto frecuente en persona por distancias etc.); b) presentar el SIISSD para que conozca el proyecto y en concreto los indicadores que le corresponden. c) Comentario y estudio de los indicadores para determinar los pasos para obtenerlo en la práctica y si hacen falta primero poner en marcha una sistematización previa, d) Determinar el modo de registro (en papel, por mail, digital en web...), y la frecuencia de envío. e) Establecer en modo de comunicación entre el área de gestión del SIISSD (Unidad de salud mental y adicciones de la Dirección de Promoción de la Salud, SNIS-VE)

En un gran número de casos se requerirá un trabajo de recopilación de la información cuando esta venga de los departamentos y municipios y se deba agrupar. De mismo modo, en muchos casos la información está, pero no sistematizada, y solventar este problema para disponer una hoja específica de relevamiento de información para el SIISSD, es una tarea previa que se deberá realizar con cada uno de los indicadores propuestos y los puntos focales informantes del sistema.

Una vez que se termina este proceso y estando claro lo que cada punto focal debe informar, cómo y cuándo hacerlo; se convoca a la primera reunión conjunta presencial de constitución de la Red de Informantes del Sistema de Información del Impacto social y en Salud de las Drogas (SIISSD). El objetivo de esta reunión es:

- Constituir la Red de informantes del SIISSD.
- Establecer su régimen de funcionamiento, periodicidad de reuniones, y asunción de cargos de presidente, secretario y vocales.

- Exponer lo referido a la transparencia de la información, y el mecanismo de devolución por parte del área de gestión del SIISSD, de la información de estado de situación de los indicadores que corresponden a cada institución informante.
- Aportar oficialidad a la Red mediante una propuesta de regulación mediante orden ministerial, decreto legislativo o Ley según se determine.
- Presentación de la Red de informantes y del SIISSD, por parte de un cargo directivo de salud (como mínimo debe ser un director/a, mejor si es viceministro, que se propondrá que ejerza la presidencia del mismo (aunque luego pueda delegar).
- Establecer la relación entre la COMISIÓN TÉCNICA Y DE SEGUIMIENTO DEL SIISSD más institucional y política.

Esta reunión hace de punto de partida e inicio de los reportes al SIISSD.
Para cada uno se va a determinar el método de remisión de la información en función de su disponibilidad.

Propuesta de miembros de la red de informantes y sistema de representación en las reuniones presenciales o virtuales de la Red

- Representante de jueces y fiscales (menores y adultos)
- Un representante del Observatorio Boliviano de Seguridad ciudadana y luchas contras las drogas
- Un representante de la Academia (puede ser rotativo para las reuniones presenciales)
- Un representante de CONALTID
- Un representante de ONG (puede ser rotativo para las reuniones presenciales)
- Un representante del Instituto de Investigaciones forenses de Bolivia. Fiscalía General del Estado.
- Dirección General de Régimen Penitenciario. Unidad de Salud penitenciaria.
- SEDES salud mental (será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)
- Un SNIS departamental (será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)
- SEDES salud ambiental será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)

- SEDEGES (técnicos del área de menores y familias de riesgo, violencia de género, programas de VIH) será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)
- Representante de los Municipios de más población de Bolivia (dos representantes rotativos)
- DEFENSORIAS DEL MENOR (será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)
- SERVICIO LEGAL INTEGRAL MUNICIPAL (SLIM) (será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)
- Representante del Ministerio de educación área de programas.
- Técnico del Sistema Nacional de Información en Salud y Variables Epidemiológicas (SNIS-VE)
- Un representante de la FELCN y de la Policía de Tránsito.
- Representante del Viceministerio de Defensa Social y Sustancias controladas área de prevención holística.
- Un representante del Ministerio de Trabajo, área de programas de empleo población vulnerable.
- Ministerio de salud. Representante de Dirección de Promoción de la Salud. Jefatura de Unidad de promoción; programa de salud mental y adicciones.
- Servicio de Estadísticas y Archivo del Hospital de clínicas de La Paz, y otro hospital de referencia de modo rotativo.
- Representantes de los hospitales de referencia en Salud mental y adicciones (será rotatorio entre todas las Gobernaciones salvo La Paz y Santa Cruz que será permanentes)
- Un representante de los organismos internacionales UNODC, CICAD, OPS (en caso de que sean informantes del SIISSD)
- Representante del Servicio de Aduanas
- Un representante del Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria (SENASAG)
- Un representante del Viceministerio de defensa del usuario y del consumidor
- Un representante de la Compañía Industrial de Tabacos S.A. (CITSA) (si procede)
- Un técnico del INE
- Asociación de la prensa de Bolivia.

NOTA: La Red de informantes que se propone es el conjunto de todas las instituciones y unidades de administración pública que van a alimentar al SIISSD. Para las reuniones presenciales de la Red (que pueden ser semestrales o anuales) se puede proponer un

núcleo más reducido, pero se debe informar a todos de las cuestiones que les puedan afectar. En todo caso el enfoque territorial y de genero debe predominar.

Propuesta de la perspectiva de género para la información de la Red

Con el fin de preservar la perspectiva de género del SIISSD, se propone que haya una técnica de género permanente en las reuniones de la Comisión Técnica y de seguimiento y también en las reuniones de la Red de informantes del SIISSD. Puedes ser con el apoyo de la ONU MUJERES BOLIVIA.
No se trata de miembros de los órganos constituidos, son asesores permanentes invitados para garantizar la perspectiva de género de las decisiones que se tomen sobre indicadores del sistema, promover un informe anual sobre la aplicación de la perspectiva de género en el SIISSD, y asegurar técnicamente que se tenga en cuenta indicadores con perspectiva de género.

PROCEDIMIENTO UTILIZADO PARA LA SELECCIÓN DE INDICADORES DEL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE EL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)

Para la configuración final de los indicadores que integran el Sistema de información SIISSD, se ha seguido el siguiente proceso:

FASE 1: Evaluación de necesidades existentes en materia de información sobre drogas en Bolivia.

Determinación de la información existente sobre el uso indebido de drogas

El primer paso del proceso de análisis de la información, las necesidades y los recursos es determinar qué información existe actualmente sobre el uso indebido de drogas en el país. Se dispondrá así de la información básica sobre las fuentes de datos que pueden servir de aportación al sistema de información sobre las drogas.
Para ello, se procedió a identificar las fuentes de información sobre el uso de drogas que existen en el país. Este proceso conlleva dos etapas: la primera es identificar a las personas que tengan acceso a información sobre el de drogas y la segunda tiene por objeto reunirse con ellas para obtener esa información.

En este caso, se ha procedido a realizarse por medios telemáticos y por correo por no ser posible presencialmente.
Con el fin de contribuir a la apropiación de la iniciativa, se optó por la estrategia de hacer una aproximación inicial a los informantes potenciales para evaluar su disponibilidad para informar sistemáticamente. Independientemente de si tienen dificultades operativas para hacerlo, que se pueden ir solventando de modo progresivo. Se informó a los interesados por adelantado acerca del sistema de información, y se hizo énfasis en el proceso de transparencia en los datos y la accesibilidad a ello mediante un feedback continuado.

Respaldo gubernamental. Es conveniente aprobar este proceso de análisis de la información, las necesidades y los recursos, a fin de garantizar el apoyo constante y la cooperación satisfactoria de las autoridades locales y el personal de los servicios pertinentes, además del acceso a diversos niveles de información.

Esta evaluación de necesidades se realizó en base a:

- Necesidades detectadas en entrevistas y reuniones mantenidas con informantes claves en materia de drogas; y fundamentalmente a través de una encuesta de relevamiento de la información disponible y de necesidades en esta área (ANEXO 1)

- El análisis de la suficiencia y la calidad de los indicadores que hasta el momento se registran en diferentes fuentes.

La información aportada en materia de drogas en Bolivia puso de relieve la existencia de carencias relevantes en la información disponible en el ámbito de la prevención, proponiendo la puesta en marcha de un sistema de información que permitiera la evaluación permanente de las necesidades de Bolivia en materia de prevención, tratamiento y reinserción.

Entre los indicadores necesarios a implementar para mejorar la información disponible en esta materia se proponen los siguientes:

- Indicadores epidemiológicos: Siempre y cuando que se tenga en cuenta los referido a las condiciones para que sean válidas y aprobadas por el comité de investigación. El uso de encuestas de consumo y aspectos relacionados con ello pueden ser útiles cuando se enmarcan en políticas de promoción de hábitos saludables de vida. Estudiar los hábitos nocivos para la salud de uso de sustancias

psicoactivas, junto con otros malos hábitos como la alimentación, el sedentarismo, y la salud sexual y reproductiva de riesgo; es una buena forma de estudiar las sustancias psicoactivas. Esto quiere decir que, en la medida que se estudie el uso de drogas (legales o no) y sus consecuencias, dentro de encuestas y metodologías que aborden el tema integrado dentro del conjunto de temas de salud pública, se podrá obtener datos más fidedignos. Además de que se "normaliza" el estudio de las sustancias psicoactivas como un asunto más de la salud pública y la promoción de la salud.
Dicho esto, solamente si se hacen encuestas desde este presupuesto se pueden considerar como de interés para esta propuesta de SIISSD.

Añadido a esto, hay otro requisito necesario para poder validar un estudio de encuesta, y es que el **Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones**, propuesto en como ente encargado de la calidad de la investigación en salud mental y adicciones dentro de la Agenda Nacional de Investigación, debe informar favorablemente el diseño del estudio, la metodología, la preservación de la ética de los estudios y ensayos clínicos, y los fines para los que se va a utilizar la información.

- Indicadores de riesgo en poblaciones específicas: menores en situación de alto riesgo social, menores con medidas de protección (tutela o guarda) cuyos padres/madres presentaban problemas de alcoholismo o de adicción a otras drogas, menores con medidas de
protección (tutela o guarda) consumidores de drogas, personas con problemas de abuso y/o dependencia a drogas con hijos menores, familias vulnerables con hijos menores en su seno, menores y adolescentes de poblaciones indígenas con padres con problemas de alcohol y/o drogas, etc.

- Indicadores sobre la implantación y cobertura de los programas de prevención impulsados por las distintas administraciones central, gubernamental y local y organizaciones sociales, por ámbitos de actuación, entes territoriales, etc.

- Indicadores de la oferta de drogas: incautaciones de drogas, detenciones por tráfico de drogas, volumen de las ventas de tabaco, ingresos por la venta de tabaco, volumen de las compras de bebidas alcohólicas, volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas, sanciones por venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores, sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco, etc.

- Indicadores sobre prácticas de especial riesgo: conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol u otras drogas, utilización de la vía parenteral para el consumo de drogas, uso compartido de jeringuillas u otros materiales, prácticas sexuales de riesgo en consumidores de heroína y cocaína, consumo de alcohol y drogas en el medio laboral, etc.

- Indicadores sobre análisis cualitativo de variables: acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados), determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos, análisis de contextos comunitarios previos a la intervención preventiva y asistencial, análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos, análisis de variables para la apropiación de intervenciones preventivas y de intervención comunitarias,

Por su parte, el análisis de los indicadores que actualmente registran diferentes fuentes pone de relieve la ausencia de información sobre algunos indicadores relevantes o de ciertas dimensiones o variables de varios de los indicadores que se registran en la actualidad. Estas son algunas de las carencias más importantes que fueron detectadas:

Los indicadores asistenciales no permiten conocer el volumen de personas atendidas por problemas de adicción a las drogas según el tipo de programa por la insuficiencia de registro de datos.

a) En el caso de los programas de tratamiento intrapenitenciarios únicamente se dispone de información sobre los reclusos atendidos en los programas asistenciales de modo genérico ya que no está definida la cartera de programas activos (ambulatorio, régimen cerrado, reducción de riesgos, etc.)

b) Dentro de los indicadores de tipo sanitario se carece de información sobre la población atendida (detección e intervención mínima) por problemas asociados al abuso de alcohol y drogas en el Primer Nivel de Salud.

c) Se carece de información sistematizada sobre el número de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas ni la mortalidad relacionada con el consumo de alcohol y tabaco (datos hospitalarios).

d) No resultan fácilmente accesible los procedimientos de penas no privativas de libertad y de medidas alternativas a la prisión en casos de adicción a drogas.

e) La información sobre la actividad desplegada en el contexto de los programas de reinserción social es muy limitada, desconociéndose el número de beneficiarios de estos programas y la cobertura que ofrecen.

f) En general el principal problema es la falta de sistematización de la recogida de la información. Hay información, pero dispersa y no recogida de modo ordenado ni agrupada para su explotación.

Esta evaluación de necesidades ha permitido obtener una relación inicial de posibles indicadores a incorporar al Sistema de Información SIISSD, con la que se trataría de cubrir todas las dimensiones o ámbitos donde se demanda información relevante por parte de los diversos agentes implicados en el desarrollo la planificación sobre drogas. Esta propuesta inicial incluye una dilatada relación de indicadores agrupados en los siguientes ámbitos o dimensiones:

1. Indicadores epidemiológicos.
2. Indicadores de menores en situación de riesgo social.
3. Indicadores de prevención.
4. Indicadores de la oferta de drogas.
5. Indicadores policiales y judiciales.
6. Indicadores penitenciarios (población privada de libertad).
7. Indicadores asistenciales en salud mental y adicciones.
8. Indicadores de reinserción social.
9. Indicadores sanitarios.
10. Indicadores de consumos problemáticos y prácticas de riesgo.
11. Indicadores de mortalidad.
12. Indicadores sobre análisis cualitativo de variables.
13. Indicadores sobre violencia de género y familiar por uso de alcohol y drogas ilegales.

Relación inicial de indicadores susceptibles de incorporación al Sistema de Información SIISSD:

1. Indicadores epidemiológicos.

a) Indicadores relativos a la población general (15 a 64 años)

- Prevalencia de los consumos habituales (año y mes) de las distintas drogas.
- Indicadores de consumos problemáticos de alcohol (intoxicaciones etílicas, consumos de riesgo y participación en sesiones de consumo intenso).
- Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de drogas.
- Disponibilidad percibida.
- Importancia atribuida al consumo de drogas ilegales.

b) Indicadores relativos a la población adolescente (14 a 18 años)

- Prevalencia de los habituales (año y mes) de las distintas drogas.
- Indicadores de consumos problemáticos de alcohol.
- Poli consumo de drogas.
- Edades de inicio al consumo.
- Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de drogas.
- Consumo de drogas por parte de los amigos y compañeros.
- Disponibilidad percibida de las drogas.
- Nivel de información sobre las drogas.
- Consumos de tabaco en el entorno familiar.
- Hábitos de consumo de bebidas alcohólicas entre los progenitores.
- Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones.
- Actitudes paternas frente al consumo de tabaco y alcohol.
- Actividades informativas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula.

2. Indicadores de menores en situación de riesgo social

- Alumnos con problemas de absentismo escolar.
- Menores que conviven en familias desfavorecidas y en situación de riesgo social (menores en familias vulnerables).
- Menores con medidas de protección (tutela o guarda) cuyos padres/madres presentaban problemas de alcoholismo o de adicción a otras drogas.
- Menores con medidas de protección (tutela o guarda) con consumos problemáticos de drogas.
- Menores maltratados, negligencia o abandono.
- Menores en situación de riesgo social consumidores de drogas o alcohol.

3. Indicadores de prevención:

a) Relativos a la implementación de los programas

- Programas de prevención implementados en los diferentes ámbitos de actuación (local, escolar, familiar, laboral y ocio y tiempo libre).
- Población beneficiaria de los programas de prevención escolar.
- Población beneficiaria de los programas de prevención familiar.
- Población beneficiaria de los programas descentralizados de prevención.
- Población beneficiaria de los programas de prevención laboral.
- Actividades preventivas de información y sensibilización.

b) Relativos a la cobertura de los programas

- Cobertura de los programas de prevención escolar.
- Cobertura de los programas de prevención familiar.
- Cobertura de los programas de prevención laboral.
- Cobertura de los programas descentralizados de prevención.

4. Indicadores de la oferta de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

- Incautaciones de drogas.
- Detenciones por posesión para consumo y de tráfico de drogas.
- Denuncias por tráfico de drogas.
- Pureza media de las sustancias (drogas ilícitas) en el mercado, según unidad de comercialización.
- Precios medios de las sustancias en el mercado, según unidad de comercialización.
- Volumen de las ventas de tabacos.
- Volumen de las compras de bebidas alcohólicas.
- Volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas.
- Sanciones por venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores (LEY N.º 259- LEY Nª3029).
- Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. (LEY N. º 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. DECRETO SUPREMO N.º 1347, DE 10 DE SEPTIEMBRE DE 2012, REGLAMENTO A LA LEY N.º 259 DE EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS

ALCOHÓLICAS// LEY N.º 1280, LEY DE 13 DE FEBRERO DE 2020, LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL AL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO

- Sanciones por incumplimiento de la LEY N.º 1280, LEY DE 13 DE FEBRERO DE 2020, LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL AL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO
- Volumen de las inserciones publicitarias de bebidas alcohólicas en medios convencionales.
- Volumen de las inversiones en publicidad de bebidas alcohólicas en medios convencionales.
- Sanciones por adulteración de bebidas alcohólicas.

5. Indicadores policiales y judiciales

- Número de actuaciones de la justicia penal por tráfico de drogas.
- Número de procedimientos por microtráfico de drogas
- Denuncias por conducción con tasas de alcoholemia superiores al límite legal.

6. Indicadores penitenciarios (población reclusa)

- Admisiones a tratamiento en programas intrapenitenciarios según tipo de droga, sobre el total de internos con problemas de drogas.
- Prevalencia de enfermedades infectocontagiosas entre la población privada de libertad drogodependiente admitida a tratamiento.
- Privados de libertad drogodependientes atendidos en programas asistenciales dentro o fuera de los centros de internamiento.
- N.º de internos que se integran en programas de rehabilitación comunitarios.
- Número de medidas no privativas de libertad en consumidores de drogas en conflicto con a la ley.
- Reclusos drogodependientes beneficiarios de medidas alternativas a la privación de libertad.

7. Indicadores asistenciales en sistema de atención a la salud mental y adicciones.

- Primeras consultas por consumo de sustancias psicoactivas por género y tipo de droga consumida.
- Volumen asistencial (pacientes atendidos) por droga consumida por género.

- Menores de edad admitidos a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas por droga consumida por género.
- Número de altas y/o derivaciones de pacientes con diagnósticos de TUS (trastorno por uso de sustancias)
- Número de capacitaciones de profesionales (salud, educación, gobernación, justicia, prisiones, SEDES y SEDEGES, GAD y GAM) en el modelo de salud mental y adicciones comunitario.

8. Indicadores de reinserción social

- Programas y recursos comunitarios específicos de reinserción socio laboral para drogodependientes.
- Beneficiarios de programas y recursos de reinserción social específicos para drogodependientes atendidos y/o derivados desde los CAIFC.
- Retención al año de usuarios de programas de reinserción.

9. Indicadores sanitarios

- Prevalencia de las distintas enfermedades infecciosas en pacientes admitidos a tratamiento.
- Altas hospitalarias por patologías relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco.
- Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
- Población atendida por problemas asociados al abuso de alcohol en los servicios de Atención Primaria de Salud.
- Detección proactiva de los hábitos de consumo de drogas, alcohol y tabaco a cargo de personal de primer nivel de salud.
- Heridos en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas y alcohol.

10. Indicadores de consumos problemáticos y prácticas de riesgo

- Experiencias inyectoras (heroína o cocaína) en población general.

- Consumo problemático de drogas según criterio del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías[4].
- Conducción de vehículos bajo la influencia del alcohol.
- Uso compartido de materiales de consumo entre consumidores de drogas.
- Consumo de alcohol y otras drogas en casos de violencia de género.

11. Indicadores de mortalidad

- Muertes anuales por reacción aguda al consumo de drogas.
- Muertes en accidentes de tráfico relacionadas con el consumo de drogas y alcohol.
- Muertes relacionadas con el consumo de alcohol.
- Muertes relacionadas con el consumo de tabaco.

12. Indicadores sobre análisis cualitativo de variables.

- Acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados)
- Determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos.
- Análisis de contextos comunitarios previos a la intervención preventiva y asistencial
- Análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos.
- Análisis de variables para la apropiación de intervenciones preventivas y de intervención comunitarias.

13. Violencia de género y familiar por uso de alcohol y drogas ilegales.

- Número de actos violentos de pareja e intrafamiliar con presencia de alcohol y drogas.

[4] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: PDU (Problem drug use) revision summary. 2013

FASE N º 2: Análisis de la disponibilidad de información relativa a las necesidades detectadas.

Esta fase incluyó la identificación de todas las fuentes disponibles a nivel municipal, gobernaciones y estatal, tanto específicas sobre drogas, como inespecíficas (procedentes de diversas instituciones) que aportan informaciones relevantes sobre las drogas y las drogodependencias en Bolivia. Así mismo, se valoró la utilidad de la fuente de información entendida como la identificación y evaluación previa de las necesidades de información que presentan los diferentes destinatarios del sistema de información. Para ello, se preparó un cuestionario de relevamiento de la información disponible sobre drogas (ver ANEXO 1) partiendo de un conjunto de indicadores que se consideran básicos por diferentes documentos de referencia sobre el tema (OEA-CICAD, 2019[5]). Además, se adaptó el contenido al conocimiento previo de las instituciones más relevantes para la información de drogas ilícitas, alcohol y tabaco en el ámbito del abordaje de los consumos especialmente.

La relación de las posibles fuentes de información revisadas y los datos más relevantes aportados por cada una de ellas se resumen en el siguiente cuadro:

FUENTE/DECLARANTE	INFORMACIÓN SUMINISTRADA
1) II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto", 2014. 12 -65 años. (serie 2007-2014) Error muestral +/- 1,5% para el total de la muestra Ciudades de muestreo: Sucre, La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí, Santa Cruz, Tarija, Trinidad, Cobija, El Alto) Institución: CONALTID.	o Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas en población general de 12 a 65 años por género. o Tendencias de consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas 2007-2014. o Edades de inicio al consumo por género. o Tendencias en edad de inicio 2007-2014. o Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género. o Tendencias de percepción del riesgo 2007-2014.

[5] Indicadores estandarizados para redes nacionales de información sobre drogas en América Latina, OEA-CICAD, 2019.

✓ 1ª Encuesta STEPS (ENT y factores de riesgo) 2019. Encuesta sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. 18-69 años. Error bueno para todo Bolivia. [*tabaco*: consumo, abandono, humo involuntario, publicidad medios, gasto mensual; *alcohol*: abstemios, consumo últimos 30 días, consumo excesivo) Institución: OPS	o Frecuencias de consumo de tabaco por género. o Incidencias de consumo por drogas y género. o Disponibilidad percibida de las drogas por género o Consumo excesivo de alcohol y dependencia y de otras drogas. o Consumo de tabaco diario. o Disponibilidad de acceso a las drogas por género. o Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, problemas laborales, problemas económicos por el consumo, problemas familiares, necesidad de atención sanitaria urgente o no, y detenciones por género. o Poli consumo. o Conocimiento, comunicación con hijos y participación de los padres en programas preventivos en la escuela.
2) III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años (serie 2009, 2012 y 2016) Error muestral +/- 1,8% en cada universidad. Institución: UNODC-CICAD	o Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas entre universitarios de 18 a 25 años por género. o Tendencias de consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas 2009-2012-2016. o Tendencia de consumo por año y por mes 2009-2012-2016. o Consumo excesivo de alcohol y dependencia. o Tendencias consumo excesivo de alcohol y dependencia 2009-2012-2016. o Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de alcohol, tabaco, psicofármacos y drogas por género. o Tendencia del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de alcohol, tabaco, psicofármacos y drogas por género o Consumo de tabaco diario. o Tendencias de consumo de tabaco diario.

	○ Disponibilidad percibida de las drogas por género. ○ Actividades informativas preventivas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula por género. ○ Comportamientos de riesgo y uso de drogas: *no recogido el dato.*
3) CONSUMO EN ADOLESCENTES Y JOVENES. TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. Error muestral +/- 1,5 % para cada cuidad: Cochabamba, Trinidad, Sucre, Cobija, La Paz, Santa Cruz, Oruro, Potosí, Tarija, El Alto. (Serie 2004, 2008, 2017) Institución: CONALTID ✓ Para tabaco: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017. 13-17 años ✓ Encuesta Mundial de salud a Escolares (GSHS). 2018. 13 -17 años. : consumo de alcohol, prueba alguna vez y antes de los 14; consumo de marihuana alguna vez, consumo drogas antes de 14; salud mental: suicidio (pensamiento e intento); factores de protección: absentismo, sentirse comprendido, control parental. Participación en violencia y lesiones.	○ Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas entre estudiantes de Secundaria de 13 a 19 años por género. ○ Tendencia de los consumos habituales y problemáticos de drogas 2004-2008-2017. ○ Incidencias de consumo por drogas y género. ○ Edades de inicio al consumo por género. ○ Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género. ○ Frecuencias de consumo de tabaco por género. (Uso actual de cigarros, shisha, cigarro electrónico; susceptibilidad de uso; idea de cesación, de recepción de ayuda, acceso y disponibilidad: de haber sido advertido al comprar; exposición al humo ambiental de tabaco; conocimiento y actitudes hacia tabaco. ○ Consumo de drogas en el grupo de iguales por género. ○ Disponibilidad percibida de las drogas por género ○ Nivel de información sobre las drogas y vías por las que se obtienen la misma por género. ○ Índice de riesgo familiar por género *(grado de seguimiento de actividades hijo post escolar, relaciones interpersonales con los padres, compartir con padres en el hogar, hábitos padres consumo alcohol y tabaco)*. ○ Índice de riesgo escolar por género (*vínculo con la escuela, factores de relación interpersonal, factor de rendimiento académico, factor expectativa conclusión estudios)*

	○ Índice de riesgo entre iguales por género *(Toman regularmente alcohol la mitad o más de grupo amigos, toman regularmente marihuana la mitad o más de grupo de amigos, no reproche de amigos si fuma marihuana)* ○ Frecuencia de las salidas nocturnas y horario de regreso a casa por género. *(no incluida no incluida pregunta)* ○ Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género. *(no incluida pregunta)*. ○ Actividades informativas preventivas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula por género. ○ Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol. *(pregunta no realizada)* por género.

FUENTE/DECLARANTE	**INFORMACIÓN SUMINIISTRADA**
4) Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.	○ Absentismo escolar. ○ Alumnos repetidores de curso. ○ Población beneficiaria de los programas de prevención escolar. ○ Población beneficiaria de los programas de prevención familiar. ○ Cobertura de los programas de prevención escolar. ○ Cobertura de los programas de prevención familiar.
5) MINISTERIO DE SALUD, SEDEGES, DEFENSORIA DEL MENOR, SLIMS.	○ Menores con medidas de protección cuyos progenitores presentan problemas de alcoholismo o de adicción a otras drogas. ○ Menores con medidas de protección (tutela o guarda) con consumos problemáticos de drogas. ○ Menores en maltrato, negligencia o abandono.

	○ Menores en situación de riesgo social consumidores de drogas o alcohol.
6) Unidad de promoción de la salud DG de Promoción. Unidad de salud mental y adicciones. GAM, GAD. ASOCIACION DE LA PRENSA BOLIVIA	○ Profesionales de primer nivel formados en detección y manejo de adicciones. ○ Profesionales de CIAFC formados en programas de adicciones. ○ Profesionales de segundo y tercer nivel formados en programas de adicciones. ○ Profesionales de ONG y hospitales privados en programas de adicciones. ○ Directivos y mandos intermedios capacitados en salud mental y adicciones. ○ Profesionales de medios de comunicación capacitados en adicciones y su manejo informativo. ○ Profesionales de todos los ámbitos formados en promoción y prevención de adicciones.
7) Unidad de promoción de la salud DG de Promoción. Unidad de salud mental y adicciones. SNIS. GAM, GAD.	○ Indicadores de implementación y cobertura de los programas de promoción y de prevención desde salud en Bolivia, según ámbitos de actuación. ○ Dispositivos públicos de tratamiento de salud mental y adicciones, por niveles. ○ Indicadores de implementación de los recursos y programas de incorporación social para consumidores en tratamiento en riesgo de exclusión social (ex privados de libertad, consumidores crónicos, mujeres consumidoras; menores vulnerables). ○ Beneficiarios de programas de incorporación social consumidores en tratamiento en riesgo de exclusión social.
8) Ministerio de Gobierno. FELCN	○ Incautaciones de diferentes drogas, desagregadas por zonas. ○ Detenciones por posesión y tráfico ilícito de drogas, desagregadas por zonas.

9) Estadística de ventas de bebidas alcohólicas, Institución: GAD-SEDES, GAM- Alcaldías	○ Volumen de ventas de bebidas alcohólica. ○ Volumen del contrabando de bebidas alcohólicas. ○ Datos sobre adulteración de bebidas.

FUENTE/DECLARANTE	INFORMACIÓN SUMINIISTRADA
10) Estadística de Ventas de Labores de Tabaco. Institución: GAD- Unidad de salud ambiental SEDES	○ Volumen de las ventas de labores de tabaco. ○ Volumen de contrabando de tabaco,
11) Exposición de jóvenes a publicidad de tabaco Institución: GAD- Unidad de salud ambiental SEDES Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017. 13-17 años	○ Exposición de publicidad en lugares de venta, oferta de productos de tabaco gratis. ○ Intención de abandono tras exponerse a advertencias sanitarias.
12) Gasto por hogares. Institución: INE ENCUESTA HOGARES 2018	○ Volumen de las compras de bebidas alcohólicas y tabaco, realizadas por los hogares. ○ Volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas y tabaco, realizado por los hogares.
13) Dirección Nacional de Fiscalización y recaudaciones de la policía nacional. Institución: Policía de transito	○ Diligencias y denuncias por alcoholemias y consumo de drogas positivas, manejando vehículos.
14) Impacto en el sistema penitenciario Instituciones: D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES CENTROS DE ACOGIDA.	○ Población reclusa incorporada a programas de tratamiento por adicción a drogas por género. ○ Derivaciones a centros comunitarios de tratamiento. ○ Beneficiarios de medidas alternativas a la privación de libertad por género.

CONALTID-OBSCD: ESTUDIO SOBRE LA PROBLEMÁTICA PENITENCIARIA VINCULADA A LAS DROGAS EN BOLIVIA. 2016	o Adolescentes y jóvenes privados de libertad por drogas, 14 a 17 años por género. o Penas no privativas de libertad promovidas en caso de consumo de drogas por género. o Privados de libertad por narcotráfico (ley 1008) por género.
15)Institución: MINISTERIO SALUD. SNIS-VE, Registros hospitalarios. Registros de salud pública (fallecimientos por enfermedades relacionadas con el consumo sustancias) Estadística de Mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas. Institución: INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES	o Indicador Admisión a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. o Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas. o Indicador volumen asistencial (pacientes en tratamiento). o Ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación. o Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol y drogas. o Morbilidad hospitalaria por tabaco, alcohol y drogas (patologías al alta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas). o Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas. o Muertes relacionadas con el consumo de alcohol. o Muertes relacionadas con el consumo de tabaco.
FUENTE/DECLARANTE	INFORMACIÓN SUMINIISTRADA
16) GAD SEDES. UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL. ALCALDIAS LEY N.ª ª ª 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. LEY N° 1280, LEY DE 13 DE FEBRERO DE 2020, LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL AL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO	o Sanciones por venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores. o Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. o Sanciones por adulteración de bebidas alcohólicas.
17) Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de infección por VIH, HEPATITIS, TBC. Institución: MINISTERIO DE SALUD. Programas de VIH de SEDEGES GAD.	o Evolución de la infección por VIH según categoría de transmisión en consumidores de drogas. o Evolución de Hepatitis en consumidores de drogas. o Evolución de TBC en consumidores de drogas

18) Estadística de Análisis Toxicológico de las muertes en accidentes de tráfico" Institución: INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES	○ Conductores fallecidos en los que se detecta la presencia de alcohol u otras drogas.
19) Estadísticas de violencia de pareja e intrafamiliar y uso de alcohol y drogas Institución: PROGRAMAS DE SEDEGES DE GAD, POLICIA	○ Número de actos violentos de pareja e intra familiar con presencia de alcohol y otras drogas.
20) Ministerio de Salud. Dirección de Promoción de la Salud. Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación. Plan de investigación cualitativa para el Sistema de Información SIISSD: Indicadores sobre análisis cualitativo de variables.	○ Acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados) ○ Determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos. ○ Análisis de contextos comunitarios previos a intervención preventiva y asistencial ○ Análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos. ○ Análisis de variables para la apropiación de intervenciones preventivas y de intervención comunitarias, ○ Tendencias de consumos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) Ketamina, cannabinoides sintéticos, LSD, fenciclidinas, catinonas sintéticas, otras. ○

FASE N.ª ª º 3: Evaluación de la calidad de la información aportada por las distintas fuentes disponibles

En esta fase se identificó el procedimiento a través del cual obtienen cada una de las fuentes los datos que suministran, la frecuencia con que se recogen, la periodicidad en su difusión, el soporte en el que está disponible la información y la fiabilidad que ofrecen los datos suministrados. Asimismo, se evaluó su utilidad en el contexto de la actividad

desarrollada por el **Sistema de Información del Impacto Social y en Salud de las Drogas (SIISSD).**

Para acometer esta tarea se mantuvieron contactos con diversas fuentes, con el objetivo de:

- Conocer de manera precisa la información, directa o indirectamente relacionada con las drogas o las drogodependencias, que registra cada institución.
- Identificar la metodología y procedimientos utilizados para recoger, almacenar, procesar y divulgar la información.
- Analizar en detalle el nivel de cobertura y la calidad de los registros obtenidos por cada institución.
- Conocer su disposición a suministrar de manera periódica la información registrada al SIISSD.

Entre otros, se mantuvieron contactos con las siguientes instituciones y servicios:

- ❑ Observatorio Boliviano de Seguridad ciudadana y luchas contras las drogas
- ❑ Instituto de investigaciones forenses Bolivia
- ❑ Dirección General de Régimen Penitenciario.
- ❑ SEDES (SNIS, salud mental, salud ambiental) LA PAZ
- ❑ SEDEGES (técnicos del área de menores y familias de riesgo, violencia de género) LA PAZ
- ❑ SEDES Y SEDEGES COCHABAMBA
- ❑ DEFENSORIA MENOR COCHABAMBA y LA PAZ
- ❑ SERVICIO INTEGRAL MUNICIPAL (SLIM) LA PAZ
- ❑ SERVICIO INTEGRAL MUNICIPAL (SLIM) COCHABAMBA
- ❑ Ministerio de educación
- ❑ Sistema Nacional de Información en Salud y Variables Epidemiológicas (SNIS-VE))
- ❑ Viceministerio de Defensa Social y Sustancias controladas.
- ❑ Dirección de Promoción de la Salud. Unidad de salud mental y adicciones. Ministerio de salud.
- ❑ Servicio de Estadísticas y Archivo del Hospital de clínicas de La Paz.
- ❑ INE

Hay que señalar que se han incluido fuentes de información de organismos internacionales como UNODC, CICAD, OPS-OMS; ya que no existen fuentes de información sobre todo

epidemiológica, a cerca de la población, en diferentes grupos etarios, sobre el uso de drogas y variables relacionadas.

La información recopilada en estos contactos, así como el análisis de la documentación disponible sobre los indicadores que cubren las diferentes fuentes o declarantes, se resume a continuación en formato de ficha:

FICHA N.ª ª ª 1: EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN POBLACION GENERAL 12-65 AÑOS

- ✓ **II ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN HOGARES BOLIVIANOS DE NUEVE CIUDADES CAPITALES DE DEPARTAMENTO, MÁS LA CIUDAD DE EL ALTO", 2014. 12 -65 AÑOS.**
- ✓ **1ª Encuesta STEPS (ENT y factores de riesgo) 2019. Encuesta sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. 18-69 años. (no publicada aún)**

Unidad responsable: CONALTID (MINISTERIO DE GOBIERNO). OPS

Metodología: Encuesta de ámbito nacional en nueve ciudades más El Alto.

Indicadores registrados: 1.1. Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas en población general de 12 a 65 años por género; 1.2. Tendencias de consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas 2007-2014; 1.3. Edades de inicio al consumo por género; 1.4. Tendencias en edad de inicio 2007-2014; 1.5. Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género; 1.6. Tendencias de percepción del riesgo 2007-2014; 1.7. Frecuencias de consumo de tabaco por género; 1.8. Incidencias de consumo por drogas y género; 1.9. Disponibilidad percibida de las drogas por género; 1.10. Consumo excesivo de alcohol y dependencia y de otras drogas; 1.11. Consumo de tabaco diario; 1.12. Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, problemas laborales, problemas económicos por el consumo, problemas familiares, necesidad de atención sanitaria urgente o no, y detenciones por género; 1.13. Poli consumo; 1.14.

Conocimiento, comunicación con hijos y participación de los padres en programas preventivos en la escuela.

Periodicidad en la recogida de datos: cada siete años.

Periodicidad en su difusión: en el momento de su publicación.

Soporte de la información: publicación de CONALTID soporte papel y electrónico.

https://untobaccocontrol.org/impldb/wp-content/uploads/bolivia_2018_annex-2_national_study_in_homes_2014.pdf

Calidad/fiabilidad de la información: media/baja. El diseño muestral no pretende obtener datos representativos a nivel nacional y no explora las zonas rurales, al realizarse sin tener en cuenta todo el territorio. La información relativa a las drogas de consumo minoritario no permite su desagregación por sexo, edad u otras variables de clasificación. Útil que se repite y permite análisis de tendencias en el tiempo. Excesivo tiempo de repetición de encuestas que no permite seguir los cambios de tendencias en lapsos razonables. Las estimaciones de muestreo se apoyan en la distribución normal de las muestras y en uso de drogas no es uniforme.

Utilidad de la información: Alta

FICHA N. º 2: EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN POBLACION DE 18-25 AÑOS.

III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS

UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años

Unidad responsable: Institución: UNODC-CICAD, CONALTID. OPS

Metodología: Encuesta de ámbito nacional.

Indicadores registrados: **2.1.** Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas y psicótropos sin receta entre universitarios de 18-25 años por género; **2.2.** Tendencia de percepciones de riesgo, y tendencias de los consumos de tabaco y drogas y uso problemáticos y dependencia de alcohol 2009-2012-2016; **2.3.** Edades de inicio al consumo por género; **2.4**. Percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco, alcohol y drogas, y psicótropos sin receta, por género; **2.5 T**asa de consumo de riesgo y dependencia de consumo de bebidas alcohólicas**.** **2.6.** Frecuencias de consumo de tabaco por género (Uso actual de cigarros, cigarro electrónico) **2.7**. Consumo abusivo de alcohol en el grupo de iguales y en la familia;

2.8. Disponibilidad percibida de las drogas por género; **2.9.** Información sobre las drogas

en secundaria y en la universidad por género; **2.10.** Uso de recursos de ayuda por problemas con alcohol o las drogas**. 2.11.** Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes,

peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género. (no

incluida pregunta); **2.12.** Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol. (pregunta no realizada) por género.

Periodicidad en la recogida de datos: Trianual (irregular, cuatrianual la ultima 2016)

Periodicidad en su difusión: Trianual.

Soporte de la información: soporte papel y digital.

https://www.unodc.org/documents/bolivia/III_Estudio_sobre_consumo_de_drogas_en_

poblacion_universitaria_Bolivia_2016.pdf

Calidad/fiabilidad de la información: media/alta. El diseño muestral muy amplio, que pretende obtener sólo datos representativos sobre universitarios a nivel nacional, con unos errores de muestreo buenos. Metodología común a Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Útil que se repite y

permite análisis de tendencias en el tiempo. Respuesta on line lo que puede minimizar sesgos de respuesta.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 3: EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES. 13-19 AÑOS.

TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017)

Encuesta Mundial de salud a Escolares (GSHS). 2018. 13 -17 años.3-19 años. (no publicada)

Unidad responsable: CONALTID (MINISTERIO DE GOBIERNO). OPS

Metodología: muestreo en centros escolares, de 13 a 19 años de edad, que asisten a unidades educativas del Subsistema de Educación Regular, en el nivel Secundario, públicas, privadas y de convenio, de Bolivia. Serie: 2004-2008-2017

Indicadores registrados: **3.1.** Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas entre estudiantes de Secundaria de 13 a 19 años por género; **3.2.** Tendencia de los consumos habituales y problemáticos de drogas 2004-2008-2017; **3.3.** Incidencias de consumo por drogas y género; **3.4.** Edades de inicio al consumo por género; **3.5.** Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género; **3.6.** Consumo de drogas en el grupo de iguales por género: **3.7.** Disponibilidad percibida de las drogas por género; **3.8.** Nivel de información sobre las drogas y vías por las que se obtienen la misma por

género; **3.9.** Índice de riesgo familiar por género *(grado de seguimiento de actividades hijo post escolar, relaciones interpersonales con los padres, compartir con padres en el hogar, hábitos padres consumo alcohol y tabaco);* **3.10**. Índice de riesgo escolar por género (*vínculo con la escuela, factores de relación interpersonal, factor de rendimiento académico, factor expectativa conclusión estudios;* **3.11**. Índice de riesgo entre iguales por género *(Toman regularmente alcohol la mitad o más de grupo amigos, toman regularmente marihuana la mitad o más de grupo de amigos, no reproche de amigos si fuma marihuana);* **3.12***. Frecuencia* de las salidas nocturnas y horario de regreso a casa por género. (no incluida no incluida pregunta); **3.13.** Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género. (no incluida pregunta); **3.14.** Actividades informativas preventivas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula por género; **3.15.** Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol. (pregunta no realizada) por género.

Periodicidad en la recogida de datos: cuatrianual (irregular, nueve años la última)

Periodicidad en su difusión: no conocida

Soporte de la información: soporte papel y digital.

http://observatorio.mingobierno.gob.bo/documentos/pdf/Informe%20prevalencia%20consumo%20escolares.pdf

Calidad/fiabilidad de la información: media/alta. El diseño muestral pretende obtener datos representativos sobre estudiantes de secundaria adolescentes y jóvenes nivel nacional, con unos errores de muestreo buenos. Útil que se repite y permite análisis de tendencias en el tiempo.

Realiza análisis cualitativos sobre determinantes del consumo y precepciones y actitudes que complementó los informes finales cualitativos.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. ª 4. INDICADORES DE TABACO Y JOVENES: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia, 2012-2018. 13-15 años.

Unidad responsable: OPS-WHO.

Metodología: muestreo en centros escolares, de 13 a 15 años de

edad, que asisten a unidades educativas del Subsistema de Educación Regular, en el

nivel Secundario, públicas, privadas y de convenio, de Bolivia. Cuarto estudio en Bolivia: 2000-2003-2012-2018

Indicadores registrados: **4.1.** Frecuencias de consumo de tabaco por género. (Uso actual de cigarros, shisha, cigarro electrónico); **4.2.** Susceptibilidad de uso de tabaco en el futuro; **4.3.** Idea de cesación por ver advertencias de salud; **4.4.** Intentos de dejar de fumar en último año; **4.5.** Recibido consejo o ayuda para dejar de fumar; **4.6.** Advertencias de prevención de riesgos al comprar; **4.7**. Compra de cigarrillos sueltos; **4.8.** Exposición al humo ambiental de tabaco (hogar, lugar público y centros educativos; **4.9.** Creencias: de dificultad de dejar de fumar; del daño que produce en otros fumar, a favor de prohibir fumar en lugares públicos cerrados, **4.10.** conocimiento y actitudes hacia tabaco;

Periodicidad en la recogida de datos: Trianual (irregular, ultima en lapso de 6 años)

Periodicidad en su difusión: conforme a su publicación

Soporte de la información: soporte papel y digital (https://extranet.who.int/ncdsmicrodata/index.php/catalog/361/study-description

Calidad/fiabilidad de la información: media/alta. El diseño muestral pretende obtener datos representativos adolescentes a nivel nacional. Errores de muestreo no disponibles. Metodología común a toda la región OPS y mundial. Útil que se repite y permite análisis de tendencias en el tiempo.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 5: INDICADORES SOBRE AUSENTISMO Y PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN

Unidad responsable: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.

Metodología: Registros de centros educativos sobre actividad de alumnos. Memorias y evaluaciones de programas de prevención. Estadísticas. Notificación de los episodios por parte de la dirección de los centros escolares a los servicios de Inspección del Ministerio de Educación.

Indicadores registrados: **5.1**. Ausentismo escolar**; 5.2.** Alumnos repetidores de curso; **5.3.** Población beneficiaria de los programas de prevención escolar; **5.4.** Población beneficiaria de los programas de prevención familiar; **5.5.** Cobertura de los programas de prevención escolar; **5.6.** Cobertura de los programas de prevención familiar.

Periodicidad en la recogida de datos: Continua.

Periodicidad en su difusión: No se difunden.

Soporte de la información: soporte papel y digital, bases de datos.

Calidad/fiabilidad de la información: media porque no se registra de modo sistemático y estructurado.

Utilidad de la información: Alta

FICHA N. º 6: INDICADORES SOBRE FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL

Unidad responsable: SEDES, SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE

Metodología: Memorias en informes sobre actividad con menores tutelados. Registros de actividad de intervención con menores de familias en riesgo social. La información aparece registrada en los expedientes de los menores, pero no hay ningún tipo de explotación estadística de los indicadores relacionados con la presencia de problemas de drogas en los progenitores o entre los propios menores. Esta información podría ser rescatada y procesada si se desea y se habilitan medios para ello.

Contenido: Hay programas de menores en situación de vulnerabilidad, como en Santa Cruz y La Paz que registran e intervienen. En relación con registro de casos de maltrato, se notifican habitualmente desde cuatro ámbitos: sanitario, policial, educativo y servicios sociales. Las hojas de notificación de casos utilizadas, diferentes en cada tipo de servicio, suelen incluir indicadores relacionados con los consumos de drogas y el alcohol (Ej. intoxicación etílica, síndrome de abstinencia, etc.).

Indicadores registrados: **6.1.** Menores con medidas de protección cuyos progenitores presentan problemas de alcoholismo o de adicción a otras drogas; **6.2.** Menores en centros de acogida con problemas de alcohol, tabaco y drogas (SEDEGES, Unidad de Administración, Control y Supervisión de Centros de Acogida,); **6.3.** Menores declarados situación de maltrato, negligencia o abandono; **6.4.** Menores de calle situación de riesgo social consumidores de drogas o alcohol. **6.5.** Menores y familias de riesgo acogidas en el programa de desarrollo integral de la primera infancia (SEDEGES).

Periodicidad en la recogida de datos: continua.

Periodicidad en su difusión: No se difunden.

Soporte de la información: soporte papel y digital. Expedientes administrativos.

Calidad/fiabilidad de la información: media/alta.

Utilidad de la información: alta.

Observaciones: podría plantearse acometer con carácter bienal la realización de una explotación de los expedientes donde se incluyan referencias a problemas con las drogas de los progenitores y/o de los menores.

FICHA N. º 7: INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD SALUD EN PROMOCION, PREVENCION Y REINSERCIÓN.

Unidad responsable: UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DG DE PROMOCIÓN. UNIDAD DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO.

Metodología: Memorias en informes sobre actividad de promoción y prevención. Registros de actividad de programas y dispositivos de tratamiento y reinserción. Registro de programas a nivel de los GAD y GAM. Las áreas de prevención para recoger información son: medio educativo, familia, medio laboral y medio comunitario.

Indicadores registrados: **7.1.** Indicadores de implementación y cobertura de los programas de promoción y prevención en Bolivia desde salud, según ámbitos de actuación; **7.2.** Indicadores de implementación de programas de incorporación social para consumidores en tratamiento en riesgo de exclusión social (ex privados de libertad, consumidores crónicos, mujeres consumidoras; menores vulnerables)

Periodicidad en la recogida de datos: Anual.

Periodicidad en su difusión: Anual.

Soporte de la información: soporte papel y digital. Memoria de actividades. Registros.

Calidad/fiabilidad de la información: Alta

Utilidad de la información: Alta.

FICHA N. º 8: INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD DE CAPACITACION A PROFESIONALES EN PROMOCION, PREVENCION TRATAMIENTO Y REINSERCION.

Unidad responsable: SNIS-VE. UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DG DE PROMOCIÓN. UNIDAD DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. SUS. MUNICIPIOS, GOBERNACIONES. ASOCIACION DE LA PRENSA DE BOLIVIA.

Metodología: Memorias en informes sobre actividad de capacitación.

Indicadores registrados: **8.1.** Profesionales de primer nivel formados en detección y manejo de adicciones, **8.2.** Profesionales de CIAFC formados en programas de adicciones; **8.3.** Profesionales de segundo y tercer nivel formados en programas de adicciones; **8.4.** Profesionales de ONG y hospitales privados en programas de adicciones; **8.5.** Directivos y mandos intermedios capacitados en salud mental y adicciones; **8.6.** Profesionales de medios de comunicación capacitados en adicciones y su manejo informativo; **8.7.** Profesionales de todos los ámbitos formados en promoción y prevención de adicciones.

Periodicidad en la recogida de datos: Anual.

Periodicidad en su difusión: Anual.

Soporte de la información: soporte papel y digital. Memorias de actividad.

Calidad/fiabilidad de la información: Alta

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 9: INDICADORES SOBRE OFERTA DE DROGAS ILEGALES

Unidad responsable: MINISTERIO DE GOBIERNO. FLCN. OBSCD

Metodología: Memorias en informes sobre actividad. Estadísticas con tablas agregadas de las actividades realizadas por los distintos cuerpos que participan en el control de la oferta de drogas ilícitas (Policía, Vigilancia Aduanera).

Indicadores registrados: **9.1**. Incautaciones de diferentes drogas, desagregadas por zonas; **9.2.** Detenciones por uso, posesión y tráfico ilícito de drogas, desagregadas por zonas. **9.3.** Purezas de las sustancias según unidad de comercialización.

Periodicidad en la recogida de datos: Anual (¿semestral?)

Periodicidad en su difusión: Anual.

Soporte de la información: soporte papel y digital. Memorias y registros de datos.

Calidad/fiabilidad de la información: Alta.

Utilidad de la información: Alta.

FICHA N. º 10: INDICADORES SOBRE OFERTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Unidad responsable: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM

Metodología: Registros sobre ventas de bebidas según tipo de bebidas. Expedientes incoados por adulteraciones, venta a menores y publicidad no permitida.

Indicadores registrados: **10.1.** Volumen de ventas de bebidas alcohólica; **10.2.** Volumen del contrabando de bebidas alcohólicas; **10.3.** Datos sobre adulteración de bebidas. **10.4.** Sanciones por venta de bebidas alcohólicas a menores. **10.5.** Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas.

Periodicidad en la recogida de datos: A demanda según hay denuncias o actuaciones de oficio.

Periodicidad en su difusión: No se difunden.

Soporte de la información: soporte papel y digital. Registros de datos

Calidad/fiabilidad de la información: Alta por ser expedientes administrativos.

Utilidad de la información: alta por que la calidad de las bebidas y la cantidad de alcohol en circulación es un dato importante, por las implicaciones en salud y económicas.

FICHA N. º 11: INDICADORES SOBRE CONTROL DE LA OFERTA DE TABACO.

Unidad responsable: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM

Metodología: Informes de empresas sector sobre ventas de tabaco. Actuaciones y registro de volumen de contrabando. Denuncias y sanciones por venta a menores y por publicidad no permitida.

Indicadores registrados: **11.1.** Registros sobre las ventas de tabaco en Bolivia. **11.2.** Registros de contrabando de tabaco. **11.3.** Sanciones por venta de tabaco a menores. **11.4.** Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de tabaco.

Periodicidad en la recogida de datos: A demanda según hay denuncias o actuaciones de oficio

Periodicidad en su difusión: No se difunden

Soporte de la información: soporte papel y digital. Estadísticas sobre ventas. Expedientes por contrabando

Calidad/fiabilidad de la información: Media/baja porque no es información que recoja la administración pública de oficio.

Utilidad de la información: alta. Permite conocer cómo evolucionan las ventas de las diferentes variedades de tabacos. No es posible trasladar de forma directa los datos que ofrece la estadística a los hábitos de consumo de tabaco, porque interfieren cuestiones como las compras realizadas por ciudadanos extranjeros, la acumulación de compras en ciertos períodos motivados por previsiones en el alza de los precisos/impuestos, contrabando, etc. En todo caso se da una estimación de ventas de tabaco que puede ser mejorada sin dificultades técnicas.

FICHA N. º 12: INDICADORES SOBRE GASTO EN HOGARES ALCOHOL Y BEBIDAS ALCOHOLICAS.

Unidad responsable: INE ENCUESTA DE HOGARES 2018

Metodología: Datos por encuestas sobre el gasto mensual en compra de bebidas con alcohol.

Indicadores registrados: **12.1.** Volumen de las compras de bebidas alcohólicas y tabaco, realizadas por los hogares; **12.2.** Volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas y tabaco, realizado por los hogares.

Periodicidad en la recogida de datos: anual

Periodicidad en su difusión: anual

Soporte de la información: soporte papel y digital. Publicado en estadísticas del INE en web.

Calidad/fiabilidad de la información: alta dado que está muy estandarizado el procedimiento de encuesta, la recogida de datos, procesamiento y análisis.

Utilidad de la información: alta. Ofrece datos sobre la evolución de volumen de las compras y del gasto realizado por los hogares en la adquisición de bebidas alcohólicas y de cada subtipo de bebidas, así como ratio sobre consumo y gasto per cápita de alcohol.

FICHA N. º 13: INDICADORES SOBRE MORTALIDAD Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO EFECTOS DE ALCOHOL Y DROGAS.

Unidad responsable: POLICIA DE TRANSITO. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES

Metodología: Registro de denuncias y pruebas de alcoholemia y drogas positivas. Estadística de Análisis Toxicológico de las muertes en accidentes de tránsito.

Contenido de la información: aporta datos sobre el total de pruebas de alcoholemias realizadas, el origen de las mismas (accidente, infracción o control preventivo), las pruebas con resultados positivos y las diligencias y denuncias incoadas por alcoholemias positivas.

Indicadores registrados: **13.1.** Diligencias y denuncias por alcoholemias y consumo de drogas positivas, manejando vehículos. **13.2.** Conductores fallecidos en los que se detecta la presencia de alcohol u otras drogas. **13.3.** Accidentes de tránsito con alcoholemia positiva o drogas.

Periodicidad en la recogida de datos: a demanda según casos de mortalidad y conducción bajo efectos de alcohol y/o drogas.

Periodicidad en su difusión: no se publican

Soporte de la información: soporte papel y digital

Calidad/fiabilidad de la información: Calidad alta de los registros de mortalidad por estar establecidos y alta fiabilidad.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 14: INDICADORES SOBRE ADOLESCENTES Y ADULTOS PRIVADOS DE LIBERTAD Y DROGAS.

Unidad responsable: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES

Metodología: Memorias en informes sobre actividad de SEDEGES. Registros en el SIPENBOL.

Indicadores registrados: **14.1.** Población reclusa incorporada a programas de tratamiento por adicción a drogas por género. **14.2.** Derivaciones a centros comunitarios de tratamiento como alternativa a la prisión; **14.3.** Beneficiarios de medidas alternativas a la privación de libertad por género; **14.4.** Adolescentes y jóvenes privados de libertad por drogas, 14 a 17 años por género; **14.5.** Número de adolescentes con responsabilidad penal en programas psicosociales (SEDEGES) **14.6.** Penas no privativas de libertad promovidas en caso de consumo de drogas por género; **14.7.** Privados de libertad por narcotráfico (ley 1008) por género.

Periodicidad en la recogida de datos: mensual

Periodicidad en su difusión: no se difunde

Soporte de la información: soporte papel y digital.

Calidad/fiabilidad de la información: Alta por disponer de un sistema de recogida de la información y memorias institucionales.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. ° 15: INDICADORES SOBRE MORTALIDAD E IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN SALUD.

Unidad responsable: Registro de Salud SNIS-VE, Registros hospitalarios. Registros de salud Pública. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES

Metodología: Registros de actividad y estadísticas en salud. Estadística de Mortalidad por reacción aguda al consumo de drogas. Registra el número anual de sujetos diferentes tratados por problemas de abuso o dependencia al alcohol u otras drogas las distintas drogas, en los centros que integran la Red de Salud Mental y Adicciones

Indicadores registrados: **15.1**. Indicador Admisión a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas; **15.2**. Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas; **15.3.** Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas; **15.4.** Indicador volumen asistencial (pacientes en tratamiento); **15.5.** Ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación; **15.6.** Morbilidad hospitalaria por tabaco, alcohol y drogas (patologías al alta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas); **15.7**. Muertes relacionadas con el consumo de alcohol; **15.8.** Muertes relacionadas con el consumo de tabaco.

Periodicidad en la recogida de datos: mensual

Periodicidad en su difusión: continua a través del SNIS VE

Soporte de la información: soporte papel y digital

Calidad/fiabilidad de la información: En este momento no se registra apenas información acerca de salud mental y adicciones. Pero la importancia de disponer de los datos aconseja que se ponga en marcha o se adapte el SNIS VE para este tipo de datos. Se propondrá un diseño de recogida de información para tal fin.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 16: INDICADORES SOBRE SALUD (ENF. INFECCIOSAS) EN CONSUMIDORES DE DROGAS

Unidad responsable: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. Registros hospitalarios.

Metodología: Registros de enfermedades. Memorias de actividad.

Indicadores registrados: **17.1.** Evolución de la infección por VIH según categoría de transmisión en consumidores de drogas; **17.2.** Evolución de Hepatitis en consumidores de drogas; **17.3** Evolución de TBC en consumidores de drogas.

Periodicidad en la recogida de datos: mensual

Periodicidad en su difusión: continua a través de internet y el SNIS.

Soporte de la información: soporte papel y digital

Calidad/fiabilidad de la información: alta porque proviene de los registros de los servicios sanitarios conforme al plan de información. Sin embargo, la información no está disponible en la población con problemas de drogas, y se propone especificar si es posible.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 17: INDICADORES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS

Unidad responsable: MINISTERIO DE SALUD, SEDES, SEDEGES, SLIM

Metodología: Registros de casos. Memorias de actividad. Datos recogidos en SEDEGES (Centro Especializado de Prevención y Atención Terapéutica a Víctimas de Violencia Sexual CEPAT)

Indicadores registrados: **18.1.** Número de actos violentos de pareja con presencia de alcohol y drogas. **18.2**. Número de actos violentos intrafamiliar con presencia de alcohol y drogas.

Periodicidad en la recogida de datos: conforme a la aparición de casos

Periodicidad en su difusión: mensual.

Soporte de la información: soporte papel y digital

Calidad/fiabilidad de la información: La calidad es alta por tratarse de denuncias y expedientes lo que confiere fiabilidad a los datos.

Utilidad de la información: alta.

FICHA N. º 18: INDICADORES SOBRE VARIABLES CUALITATIVAS SOBRE DROGAS.

Unidad responsable: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.

Metodología: Investigaciones y estudios cualitativos. Plan de investigación cualitativa para el Sistema de Información SIISSD: Indicadores sobre análisis cualitativo de variables.

Indicadores registrados: **19.1.** Acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados); **19.2.** Determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos; **19.3.** Análisis de contextos comunitarios previos a intervención preventiva y asistencial; **19.4** Análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos; **19.5.** Análisis de variables para la apropiación de intervenciones preventivas y de intervención comunitarias; **19.6.** Tendencias de consumos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) Ketamina, cannabinoides sintéticos, LSD, fenciclidinas, catinonas sintéticas, otras.

Periodicidad en la recogida de datos: Variable según planes o programas de estudios.

Periodicidad en su difusión: Variable según producción de documentos.

Soporte de la información: soporte papel y digital.

Calidad/fiabilidad de la información: Media por ser información cualitativa.

Utilidad de la información: alta.

FASE N. º 4: Análisis de la adecuación entre necesidades y disponibilidad de información.

Este proceso consistió en relacionar cada una de las necesidades existentes en materia de información con su nivel de cobertura y disponibilidad. Se trataba de conocer las áreas de información (necesidades detectadas) que ya están cubiertas y directamente disponibles, aquellas otras que están cubiertas, pero que necesitaban mejoras o la adopción de procesos previos para poder disponer de ellas y, finalmente, las que no están cubiertas y no cuentan con una fuente disponible o con la suficiente calidad. El proceso se ajustó al siguiente esquema:

NECESIDADES DETECTADAS	COBERTURA DE LAS NECESIDADES	DISPONIBILIDAD DE LA INFORMACIÓN
○ **Patrones de consumo.** ○ **Prácticas de riesgo.** ○ **Poblaciones en riesgo.** ○ **Oferta de drogas.** ○ **Impacto sociosanitario.** ○ **Problemas de adicción.** ○ **Implementación programas, etc.**	○ **Información cubierta** ○ **Información no cubierta**	○ **Directamente disponible/utilizable.** ○ **Deficitaria o no disponible.** ○ **Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso.**

Los resultados del análisis practicado se muestran de forma sintética, según el tipo de indicadores, en el siguiente cuadro:

Necesidades	Cobertura	Disponibilidad
1. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS RELATIVOS A POBLACIÓN GENERAL	Información cubierta hasta 2014	Disponible, pero exige procesos de mejora para su uso
12. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS RELATIVOS A POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JUVENIL	Información cubierta hasta 2017	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (1)
13. INDICADORES SOBRE TABACO Y JÓVENES	Información cubierta hasta 2012	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso
14. INDICADORES SOBRE OFERTA DE DROGAS ILEGALES, ALCOHOL Y TABACO	Información cubierta	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (2)
5. INDICADORES SOBRE FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL	Información cubierta	Directamente disponible.
6. INDICADORES SOBRE AUSENTISMO Y PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN	Información cubierta	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (3)
7. INDICADORES SOBRE ADOLESCENTES Y ADULTOS PRIVADOS DE LIBERTAD Y DROGAS.	Información parcialmente cubierta	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (4)
8. INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD DE CAPACITACION A PROFESIONALES EN PROMOCION, PREVENCION TRATAMIENTO Y REINSERCION.	Información parcialmente cubierta	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (5)
9. INDICADORES SOBRE MORTALIDAD E IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN SALUD.	Información parcialmente cubierta	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (6)
10. INDICADORES SOBRE MORTALIDAD Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO EFECTOS DE ALCOHOL Y DROGAS.	Información parcialmente cubierta	Disponible, pero que exige procesos de mejora para su uso (7)

1. Frecuencia de las salidas nocturnas y horario de regreso a casa por género. Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género. Actividades informativas preventivas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula por género. Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol. (pregunta no realizada) por género.
2. Falta información sobre pureza de las sustancias en drogas ilegales. Falta obtención de datos de adulteraciones de alcohol y contrabando de tabaco.

3. No se recogen datos sobre beneficiarios de programas de prevención y coberturas.
4. No se recaba sistemáticamente las medidas alternativas a prisión en jóvenes.
5. La información está disponible pero no recogida de modo sistemático
6. Se debe armar los datos de mortalidad por alcohol y tabaco. Y reacciones adversas a drogas. VHI en usuarios de drogas.
7. No se recoge lo referido a mortalidad bajo efectos del alcohol y drogas.

Necesidades	Cobertura	Disponibilidad
11. INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD SALUD EN PROMOCION, PREVENCION, TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN.	Información cubierta	Disponible, pero exige procesos de mejora para su uso (8)
12. INDICADORES SOBRE INCUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL DE LA OFERTA DE TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS.	Información parcialmente cubierta	Deficitaria o no disponible.
13. INDICADORES SOBRE SALUD (ENF. INFECCIOSAS) EN CONSUMIDORES DE DROGAS	Información cubierta	Disponible
14. INDICADORES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS	Información cubierta	Disponible, pero exige procesos de mejora para su uso (9)
15. INDICADORES SOBRE VARIABLES CUALITATIVAS SOBRE DROGAS.	Información no cubierta	Deficitaria o no disponible (10)

8. Información disponible pero no está sistematizada su recogida.
9. La información está recogida pero no está referido de modo sistemático el uso de drogas.
10. La información cualitativa no se está llevando a cabo. Está pendiente de un plan de estudios e investigaciones.

La adecuación entre necesidades y disponibilidad de información depende, en gran medida, del carácter específico o inespecífico de las fuentes que aportan información sobre distintas dimensiones relacionadas con el uso de drogas. Así, es posible constatar la presencia de unos elevados niveles de adecuación en el caso de los indicadores epidemiológicos, centrados en el control de la oferta de drogas o de los relativos a la implementación y cobertura de los programas de prevención, cuya información procede en todos los casos de fuentes o declarantes diseñados específicamente para generar estas informaciones.

Balance relacional entre necesidades/disponibilidad de información para cada una de las categorías de indicadores preseleccionados

En relación con este apartado referido a la epidemiologia sobre drogas se recuerda lo indicado en otro lugar para encuadrar este tipo de indicadores:

El uso de encuestas de consumo y aspectos relacionados con ello pueden ser útiles cuando se enmarcan en políticas de promoción de hábitos saludables de vida. Estudiar los hábitos nocivos para la salud de uso de sustancias psicoactivas, junto con otros malos hábitos como la alimentación, el sedentarismo, y la salud sexual y reproductiva de riesgo; es una buena forma de estudiar las sustancias psicoactivas. Esto quiere decir que, en la medida que se estudie el uso de drogas (legales o no) y sus consecuencias, dentro de encuestas y metodologías que aborden el tema integrado dentro del conjunto de temas de salud pública, se podrá obtener datos más fidedignos. Además de que se "normaliza" el estudio de las sustancias psicoactivas como un asunto más de la salud pública y la promoción de la salud.
Dicho esto, solamente si se hacen encuestas desde este presupuesto se pueden considerar como de interés para esta propuesta de SIISSD.

Añadido a esto, hay otro requisito necesario para poder validar un estudio de encuesta, y es que el **Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones,** propuesto en como ente encargado de la calidad de la investigación en salud mental y adicciones dentro de la Agenda Nacional de Investigación, debe informar favorablemente el diseño del estudio, la metodología, la preservación de la ética de los estudios y ensayos clínicos, y los fines para los que se va a utilizar la información.

EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN POBLACION GENERAL 12-65 AÑOS.

Se observa una adecuación media entre necesidades y disponibilidad, puesto que la información procede de fuentes diseñadas específicamente para cubrir dichas necesidades, pero faltan variables de interés. Existen problemas de cobertura porque los muestreos no están diseñados para buscar una cobertura para el país en especial zonas rurales.

Hay que destacar que los indicadores referidos a los consumos de drogas ilícitas entre la población general resultan poco fiables, como consecuencia de la reducida base muestral de la encuesta de la que procede la información, lo que provoca que los errores muestrales sean muy elevados para el estudio de este tipo de comportamientos; sin embargo, es más relevante aún la poca fiabilidad de los datos de encuestas a la hora de conocer los comportamientos de consumo, los comportamientos de riesgo, y los datos de poblaciones de difícil acceso.

A pesar de estas limitaciones, es importante tener datos de consumo que van a permitir obtener consumos problemáticos y otras variables de interés. Por esto es muy pertinente realizar estudios poblacionales, conociendo las limitaciones de estos, y por ello, usar los datos de consumo con rigor y no de modo alarmista ni sensacionalista. Se recomienda usar estudios cualitativos para complementar los cuantitativos.

La metodología SIDUC, de OID-CICAD, de encuesta, que se usa, es un método estandarizado que aporta una base sólida y común con otros estudios de la región en la materia.

Hay una dificultad detectada en que la periodicidad de las encuestas desde 2007 hasta la actualidad, ya que no se guarda un carácter al menos trianual, repitiendo la encuesta con la misma metodología. La última encuesta de población general es de 2014, sirva de ejemplo de la discontinuidad señalada. Por ello, en este grupo de variables de encuesta poblacional, habrá que impulsar un estudio de estas características a cargo de CONALTID, como ha sido hasta ahora, o el Ministerio de salud o ambos.

Es muy prometedora la encuesta STEPS 2019 de OPS sobre enfermedades no transmisibles y factores de riesgo que recoge tabaco exhaustivamente y con una muestra representativa, y de alcohol. Pero en este momento no está publicada. Se debería tenerla en consideración para mejorar los indicadores en población general.

EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN POBLACION DE 18-25 AÑOS.

La adecuación de las encuestas en universitarios que se ha realizado en Bolivia tiene un nivel medio/alto entre la necesidad de información sobre ese grupo de edad y la disponibilidad de la información que se recoge. El tipo de variables que se manejan son en general de interés para el sistema de información.
El diseño muestral muy amplio pretende obtener datos representativos sobre universitarios a nivel nacional, con unos errores de muestreo buenos. Pero señalar el sesgo importante respecto a la población general de jóvenes de esas edades que no están en esa muestra. Es cierto que se trata de una población que asume muchos riesgos en cuanto a las cantidades que consumen mujeres y hombres. Si embargo, no se trabajan variables para conocer más sobre el impacto del consumo en sus vidas (salud, agresiones, manejo de vehículos, violencia de pareja). Aquí se propondría añadir algunas preguntas más en la próxima encuesta.
Es de un gran valor la serie temporal de tres encuestas que hay desde 2009 hasta 2016, lo que permite analizar tendencias.

Será interesante poder comparar resultados de esta población universitaria con los datos de la encuesta de población general ya que cubre la misma población de las edades de esta encuesta, sin el sesgo universitario.

Otro punto fuerte de la encuesta es la comparabilidad con otros países de la región por compartir metodología común a Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú.

La metodología SIDUC, de OID-CICAD, de encuesta, que se usa, es un método estandarizado que aporta una base sólida y común con otros estudios de la región en la materia.

Por último, hay que señalar que es interesante que el método de recogida de información "online", lo que puede minimizar sesgos de respuesta como la presión grupal a responder socialmente de modo deseable. Y también el hecho de que las respuestas fueron a un servidor externo a las universidades.

EPIDEMIOLOGIA SOBRE DROGAS EN ADOLESCENTES Y JOVENES. 13-19 AÑOS.

La adecuación entre necesidades de información en adolescentes y jóvenes y la disponibilidad de información, es alta. El tipo de información recogida es muy pertinente para el sistema de información.
Destacando especialmente que se pueden obtener de la misma unos "índices de riesgo" de tener consumos problemáticos con las drogas, construidos seleccionando variables que la literatura señala como predisponentes a un mayor riesgo. En concreto, se analiza el riesgo según entornos de familiar, escolar y entre iguales. Este índice es interesante para poder hacer intervenciones selectivas e indicadas.
Como se ha señalado anteriormente, los estudios cuantitativos son limitados en sus resultados porque queda fuera mucha población vulnerable que no está escolarizada y que pueden presentar mayores problemas de consumos. En esta encuesta se han completado los resultados con datos cualitativos lo que es un acierto para dotar de más profundidad los análisis.

Es un dato positivo que hay una serie temporal de tres encuestas desde 2004 hasta 2017 y va a permitir analizar tendencias en múltiples variables.

La metodología SIDUC, de OID-CICAD, de encuesta es un método estandarizado que aporta una base sólida y común con otros estudios de la región en la materia.

La Encuesta Mundial sobre salud a escolares de OPS del 2018 es muy buena herramienta por su buena representatividad de la muestra para el país, en relación con alcohol, tabaco, marihuana, salud mental (suicidio), factores de protección y violencia. Se deberá considerar el uso de estos indicadores en vez de otros si se aprecia que vaya a haber una mayor continuidad a los estudios.

INDICADORES DE TABACO Y JOVENES (Global Youth Tobacco Survey) (GYTS). Bolivia, 2018. 13-15 años.

Aunque se dispone en las encuestas anteriores de variables que miden el tabaquismo en los jóvenes, esta encuesta de OPS-OMS es muy completa cubriendo variables que no se exploran y que son muy relevantes para el sistema de información. Un ejemplo de ello son variables como: Susceptibilidad de uso de tabaco en el futuro; idea de cesación por ver advertencias de salud; intentos de dejar de fumar en último año; recibido

consejo o ayuda para dejar de fumar; advertencias de prevención de riesgos al comprar; exposición al humo ambiental de tabaco (hogar, lugar público y centros educativos); creencias: de dificultad de dejar de fumar; del daño que produce en otros fumar, a favor de prohibir fumar en lugares públicos cerrados; conocimiento y actitudes hacia tabaco.

La adecuación entre necesidades de información en tabaquismo adolescente y juvenil es muy alta. Si bien hay que indicar problemas como que la última llevada a cabo en Bolivia es de 2018 y con un lapso de seis años entre las dos últimas. El diseño muestral pretende obtener datos representativos adolescentes a nivel nacional. Errores de muestreo no disponibles en el documento publicado.

Un aspecto muy positivo es que la metodología es común a toda la región OPS y mundial lo que puede permitir comparaciones entre países. La posibilidad de tener tres cortes temporales permite análisis de tendencias en el tiempo.

INDICADORES SOBRE AUSENTISMO Y PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN.

En este caso el ajuste entre necesidad de información y disponibilidad es media, ya que, si bien en lo referido a el ausentismo escolar hay registros sistemáticos, no así en lo referido a las variables referidas a los programas de prevención que se desarrollan en este medio. No hay una recogida sistemática por parte del Ministerio de Educación que sea capaz de levantar la información de los programas que se desarrollan en Gobernaciones y Municipios.

En este sentido, dado que esta información es de utilidad alta para el sistema de información, se propondrá generar estos indicadores porque su coste no es alto. Nos referimos a: Ausentismo escolar**;** Alumnos repetidores de curso; Población beneficiaria de los programas de prevención escolar; Población beneficiaria de los programas de prevención familiar; Cobertura de los programas de prevención escolar; Cobertura de los programas de prevención familiar.

INDICADORES SOBRE FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL.

Como ya se ha señalado antes, la información aparece registrada en los expedientes de los menores, pero no hay ningún tipo de explotación estadística de los indicadores relacionados con la presencia de problemas de drogas en los progenitores o entre los propios menores. Esta información se propondrá ser rescatada y procesada por la utilidad para el sistema de información. La población es vulnerable a lo problemas con las drogas

y un buen sistema de información debe registrar los datos de los riesgos en los eslabones más vulnerables del sistema como son las familias y menores en riesgo social.

La necesidad de información es alta y la disponibilidad es media ya que
hay programas de menores en situación de vulnerabilidad, como en Santa Cruz y La Paz, que registran e intervienen en este tipo de colectivos y hay información disponible para obtener que no está sistematizada. Los menores en centros de acogida se tiene la fuente de información en las SEDEGES en su Unidad de Administración, Control y Supervisión de Centros
de Acogida. Del mismo modo, programa de desarrollo integral de la primera infancia (SEDEGES) tiene un adecuado sistema de registro que debería mejorarse por el registro de los problemas de drogas y alcohol.

INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD SALUD EN PROMOCION, PREVENCION, TRATAMIENTO Y REINSERCIÓN.

La necesidad de esta información en muy alta dado que se desconoce en nivel país lo que supone de carga asistencial los trastornos por uso de sustancias, sin embargo, se está recogiendo información en hospitales de referencia, y se está agrupando y digitalizando información a través del SNIS de Salud. Por ello la disponibilidad es alta, pero es necesario introducir más indicadores en el sistema ya que son claramente insuficientes.
En lo que respecta a los programas de promoción y prevención sobre adicciones que se llevan a cabo la necesidad informativa es muy alta también ya que saber qué se está haciendo para prevenir el uso de drogas. La información está disponible pero principalmente de modo no sistematizado y en soporte de informes y memorias de los mismos programas. No se hace un recuento de población objetivo, coberturas perfiles de usuarios, entre otros datos.
En lo referido a reinserción ocurre otro tanto, ya que a nivel departamental hay programas de reinserción social para colectivos vulnerables, pero no se recopilan los datos de problemáticas de drogas, aunque si aparecen en los registros de casos y entrevistas de acogida. Este dato es muy relevante para el sistema y la disponibilidad es media, precisa una elaboración.

INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD DE CAPACITACION A PROFESIONALES.

La necesidad de esta información es muy alta dado que uno de los principales déficits de Bolivia tiene que ver con la falta de preparación en detección e intervención en adicciones en colectivos sanitarios. Y también de muchas habilidades técnicas en profesionales de salud mental y adicciones. De igual modo sobre el enfoque de salud mental comunitaria. La disponibilidad de la información sobre las actividades de capacitación que se realizan a nivel central y en territorios está dispersa y debe buscarse en unidades que la han llevado al efecto. No hay una recogida sistemática y centralizada.

INDICADORES SOBRE OFERTA DE DROGAS ILEGALES.

La disponibilidad de información de los indicadores centrados en el control de la oferta no cubre satisfactoriamente lo referido al control de la pureza de la droga porque no se realiza sistemáticamente; sin embargo, está en vías de cubrir este dato. No obstante, los datos de pureza se obtienen mediante procedimientos que no garantizan su calidad, presentando además sesgos en su cobertura, lo que hace poco fiables si inclusión desaconsejándose su utilización. Sin embargo, los datos sobre incautaciones y detenciones por tráfico ilícito si son datos fiables por ser registros de policía, aduanas que mantienen una buena fiabilidad.

INDICADORES SOBRE OFERTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y DE TABACO.

Permiten conocer cómo evolucionan las ventas de las diferentes variedades de bebidas alcohólicas y tabacos. No es posible trasladar de forma directa los datos que ofrece la Estadística a los hábitos de consumo de tabaco, porque interfieren cuestiones como las compras realizadas por ciudadanos extranjeros, la acumulación de compras en ciertos períodos motivados por previsiones en el alza de los precisos/impuestos, contrabando, etc. Pese a ello ofrece una información bastante fiable sobre la evolución de la oferta de tabaco y bebidas alcohólicas. Normalmente estos datos son de competencia de alcaldías dentro de las políticas de control de la calidad ambiental y seguridad ciudadana. La disponibilidad de esta información es media ya que se está relevando información, pero no de modo sistemático.

INDICADORES SOBRE GASTO EN HOGARES ALCOHOL Y BEBIDAS ALCOHOLICAS.

El gasto en hogares en bebidas alcohólicas en un buen indicador de ingesta por familias de alcohol, que está relacionada con problemas de salud cuando los volúmenes diarios son altos. También es un indicador de la importancia cultural de la ingesta de bebidas alcohólicas. Por otro lado, la relación entre gasto en alcohol por hogar y nivel de ingresos es un buen indicador de mayor riesgo de problemas con el alcohol (como es el caso de poblaciones indígenas que tienen más proporción de gasto). Por ello, el indicador es importante para el sistema y la disponibilidad de la información es total a través de INE que se recoge en las encuestas de hogares en Bolivia.

INDICADORES SOBRE MORTALIDAD Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO EFECTOS DE ALCOHOL Y DROGAS.

Este grupo de indicadores es muy importante porque ofrece datos sobre una de las consecuencias más dañinas del uso de alcohol como es el fallecimiento, y no solo como abuso sino como mero consumo en cantidades moderadas. Importante tanto en adultos como en jóvenes y ambos sexos. Aportan datos sobre el total de pruebas de alcoholemias realizadas, las pruebas con resultados positivos y las diligencias y denuncias incoadas por alcoholemias positivas. El dato de la mortalidad por accidente de tránsito y también las alcoholemias positivas son datos disponibles fácilmente porque se registran sistemáticamente, y es una fuente fiable.

INDICADORES SOBRE ADOLESCENTES Y ADULTOS PRIVADOS DE LIBERTAD Y DROGAS.

La adecuación de la información disponible en este ámbito tiene un nivel intermedio en el caso de los indicadores penitenciarios. Aunque la cobertura y disponibilidad de una buena parte de los indicadores propuestos es aceptable, la misma se refiere al volumen de la población privada de libertad incorporada a los diferentes programas asistenciales que se desarrollan en el interior de los centros penitenciarios, pero no se registra como admitidos a tratamiento de modo singular. Este dato sería interesante tener para poder contabilizar los sujetos únicos que han entrado al sistema de tratamiento por adicción.

Del total de indicadores disponibles se propone seleccionar, exclusivamente, el indicador de población reclusa drogodependiente atendida en programas asistenciales, dada su alta utilidad.
En lo referido a adolescentes y jóvenes se dispone de datos disponibles por parte de SEDEGES, y defensorías del menor, y de buena calidad.
Los datos referidos a medidas alternativas a la prisión y penas no privativas de libertad son indicadores muy interesantes para valorar en enfoque de salud pública en los delitos en personas que consumen drogas, y primar el enfoque de rehabilitación. Esta información está disponible y se recoge sistemáticamente.

INDICADORES SOBRE MORTALIDAD E IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN SALUD.

Este conjunto de indicadores es esencial en el sistema de información**.** La carga asistencial de las adicciones ya sea por alcohol tabaco y otras drogas, en un dato muy útil para conocer el coste en el sistema de salud de la salud mental y adicciones. Además de dar una idea de si hay fenómenos emergentes que llegan al sistema de salud vía consultas, atención urgente e ingresos por problemas con las drogas y alcohol.

La mortalidad y morbilidad atribuible enfermedades relacionadas con el tabaquismo y el abuso de alcohol son muy significativas para conocer la carga de enfermedad que generan y la mortalidad.
La disponibilidad de esta información es alta por parte del SNIS y hospitales. Si bien, será preciso mejorar la calidad de la información y completarla.

INDICADORES SOBRE INCUMPLIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTROL DE LA OFERTA DE TABACO Y BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

Este indicador recoge información sobre sanciones por venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores; sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco; y sanciones por adulteración de bebidas alcohólicas. La relevancia de la información tiene que ver con la necesidad de promover una cultura del cumplimiento de las regulaciones de control de la oferta de tabaco y bebidas alcohólicas como indicador de madurez social ante el uso de drogas sociales.

La disponibilidad de dicha información es media ya que son los municipios los que tienen la competencia de su control y no hay una sistematización de la información. Pero está disponible con una elaboración.

INDICADORES SOBRE SALUD (ENF. INFECCIOSAS) EN CONSUMIDORES DE DROGAS.

Las enfermedades infecciosas han estado siempre acompañando al consumo de drogas, en especial por las prácticas de riesgo como intercambio de jeringuillas e instrumentos para el consumo además de prácticas sexuales de riesgo estando infectados. Por ello es un indicador muy relevante para monitorizar un problema de salud vinculado a este tipo de enfermedades. La disponibilidad de esta información es alta porque se registra en diferentes programas de VIH, TBC y otras enfermedades infecciosas que se llevan desde las SEDES departamentales. También son registradas por el SNIS conforme a los reportes hospitalarios.

INDICADORES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS.

La violencia de genero e intrafamiliar es un hecho de carácter social y cultural, en el que la concurrencia del uso de alcohol y otras drogas actúa como facilitador. La repercusión de este tipo de violencia a nivel de salud y socialmente es muy alta de aquí que sea un indicador necesario en un sistema de información sobre el impacto social y en salud de las drogas (SIISSD). La disponibilidad de la información es alta, aunque no está sistematizada por parte de SEDEGES, que son quienes registran los caso en diferentes programas de atención. De igual modo la FELCN dispone de esta información. Habrá que hace un esfuerzo en sistematizar la información y complementar los datos con lo referido al uso de drogas y alcohol.

INDICADORES SOBRE VARIABLES CUALITATIVAS SOBRE DROGAS.

Este indicador se ha incluido por la importancia en conocer variables que de otro modo no es posible conocer, tales como tendencias de consumo, prácticas de riesgo, consumos en poblaciones ocultas o poco visibles, entre otras. No existe una planificación para llevar a cabo este tipo de acercamientos al fenómeno de las drogas

actualmente, y de las fuentes consultadas, ninguna dispone de datos en este sentido. La disponibilidad por ello es nula, si bien, se va a proponer la posibilidad de abrir una línea de investigación y estudios de este tipo.

En el balance respecto a la adecuación y disponibilidad de indicadores debe mencionarse la **ausencia actual de información sobre una serie de dimensiones relevantes** en relación con las drogas, entre las que cabe mencionar:

INFORMACIÓN RELEVANTE NO DISPONIBLE

1. Indicadores sobre la actividad que los Servicios de Primer Nivel de Salud llevan a cabo en materia de prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y de atención a los problemas de salud derivados de dichos consumos.
2. Indicadores referidos al tabaquismo en primer nivel, programas de prevención, control de la oferta y la legislación.
3. Indicadores sobre el impacto de las drogas en el medio laboral.
4. Carencia de información sobre programas de promoción y prevención en todo el país, y de una coordinación entre lo central y descentralizado.
5. Información sobre las poblaciones de consumidores de drogas que permanecen ocultas (que no tienen contacto con los servicios asistenciales destinada a la atención de las adicciones), y estudios de tendencias de consumo y tipologías.
6. Insuficiencia de indicadores de actividad y de casuística de salud mental y adicciones en el sistema de salud mental y salud general.

FASE N º 5: Establecimiento de las prioridades en materia de información sobre drogas.

La identificación de todas las fuentes que, potencialmente, podrían colaborar suministrando datos al SIISSD, así como el análisis de la calidad, cobertura y disponibilidad

actual de información sobre las drogas y las drogodependencias en Bolivia, no bastan para determinar la configuración definitiva del Sistema de Información. Existen de hecho indicadores que no estando disponibles en este momento se considera prioritario integrar en el Sistema de Información, lo que obliga a poner en marcha nuevos procesos para su recogida. Entre estos indicadores hay cinco grupos cuya implementación resulta fundamental para reorientar las actuales políticas en materia de drogas:

a) Indicadores sobre Menores en situación de riesgo social. Esta información es clave para mejorar en el conocimiento de los menores expuestos a este tipo de situaciones y los factores de riesgo concretos a los que están sometidos, a fin de poder diseñar programas que permitan intervenir en el medio abierto de prevención del delito y para la integración social, y así retrasar el inicio de los consumos de drogas, la escalada hacia conductas de abuso, y poder generar alternativas de empleo, educación y tiempo libre que sean protectoras para los jóvenes. Para ello considera imprescindible:

   Establecer acuerdos con el SNIS y SEDEGES para la ampliar las variables recogidas en las hojas de notificación de admisiones a tratamiento en salud mental, incorporando registros sobre menores que tienen padres consumidores, violencia contra los niños en que está presente el alcohol o drogas, registros de familias de riesgo con menores a cargo, entro otros.

b) Mejorar los Indicadores de la prevalencia de las enfermedades infecciosas entre los usuarios de drogas. Estos indicadores resultan fundamentales para poder articular programas y actuaciones en el campo de la reducción de daños entre las personas adictas a drogas, donde las prevalencias de las enfermedades infecciosas superan ampliamente las registradas entre la población general. Para ello es necesario:

   Establecer acuerdos con el SNIS y programas departamentales para la ampliar las variables recogidas en la hoja de notificación de admisiones a tratamiento, incorporando las siguientes: presencia de VIH, presencia de la infección por hepatitis A, B y C, presencia de la infección y/o de la enfermedad tuberculosa y de enfermedades de transmisión sexual.

c) Indicadores de mortalidad por uso de alcohol y tabaco; así como de las debidas a reacción aguda por uso de drogas ilegales. Y de igual modo lo referido a la morbilidad hospitalaria por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco. Estos indicadores son esenciales para valorar el coste en vidas de las drogas y por otro lado el coste sanitario cuantificable del consumo de drogas legales e ilegales. Para cubrir estos indicadores es preciso:

Establecer acuerdos con el SNIS para la ampliar las variables recogidas en la Hoja de notificación de admisiones a tratamiento hospitalarias, incorporando las siguientes: mortalidad por uso de drogas, alcohol y tabaco; y la morbilidad debida al consumo de sustancias.

d) El indicador sobre violencia de género e intrafamiliar en que está implicada el uso de drogas y/o alcohol, ya que permitirá implementar programas con el componente de alcohol-drogas y violencia de genero.
Para ello se propondrá a SEDES Y SEDEGES, un registro sobre el uso de alcohol o drogas en los hechos violentos.

e) Indicadores referidos al primer nivel de salud respecto a la detección de problemas de uso de drogas y actuaciones de intervención mínima en el caso de alcohol y tabaco. Este tipo de indicadores en fundamental para visibilizar los problemas por uso de drogas, alcohol, tabaco, psico fármacos sin receta, entre otros en el sistema de salud. Actualmente es nula o muy pequeña la actividad registrada en este nivel de atención.
La propuesta será al SNIS de incorporar en las hojas de registro nuevos campos sobre salud mental y adicciones, y complementar esto con una actividad continuada de capacitaciones para este nivel

FASE N º 6: Preselección de los indicadores que integrarán en el Sistema de Información del Impacto social y en salud de las drogas SIISSD

INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS (POBLACIÓN GENERAL: 12-65 AÑOS) *NOTA: PROPONER UNA FRECUENCIA Y METODOLOGIA ESTABLE DE ENCUESTA*[6]		
Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas en población general de 12 a 65 años por género	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

[6] Tener en consideración lo dicho en otro lugar sobre la recogida de datos junto con otros temas de salud pública y la aprobación por el comité de investigación en salud mental y adicciones.

FUENTE: Encuesta CONALTID.		
Tendencias de consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas 2007-2014 FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Indicadores de edades de inicio al consumo por género FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Tendencias en edad de inicio 2007-2014 FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Tendencias de percepción del riesgo 2007-2014 FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Frecuencias de consumo de tabaco por género FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Incidencias de consumo por drogas y género FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

Disponibilidad percibida de las drogas por género FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Consumo excesivo de alcohol y dependencia y de otras drogas FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Consumo de tabaco diario FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, problemas laborales, problemas económicos por el consumo, problemas familiares, necesidad de atención sanitaria urgente o no, y detenciones por género FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Poli consumo FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Conocimiento, comunicación con hijos y participación de los padres en programas preventivos en la escuela FUENTE: Encuesta CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS (POBLACIÓN 18-25 años)		

NOTA: PROPONER UNA FRECUENCIA Y METODOLOGIA ESTABLE DE ENCUESTA[7]		
Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas y psicótropos sin receta entre universitarios de 18-25 años por género FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Tendencia de percepciones de riesgo, y tendencias de los consumos de tabaco y drogas y uso problemáticos y dependencia de alcohol 2009-2012-2016 FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Edades de inicio al consumo por género FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID.	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco, alcohol y drogas, y psicótropos sin receta, por género FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Tasa de consumo de riesgo y dependencia de consumo de bebidas alcohólicas. FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

[7] Tener en consideración lo dicho en otro lugar sobre la recogida de datos junto con otros temas de salud pública y la aprobación por el comité de investigación en salud mental y adicciones.

Frecuencias de consumo de tabaco por género (Uso actual de cigarros, cigarro electrónico) FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Consumo abusivo de alcohol en el grupo de iguales y en la familia; FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Disponibilidad percibida de las drogas por género FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Información sobre las drogas en secundaria y en la universidad por género FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Uso de recursos de ayuda por problemas con alcohol o las drogas FUENTE: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS. UNIVERSITARIOS BOLIVIA. UNODC-CICAD, CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género. FUENTE: A INCLUIR EN LA PROXIMA ENCUESTA.		✓ NO DISPONIBLE. Incluir en próxima encuesta.
Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol por género FUENTE: A INCLUIR EN LA PROXIMA ENCUESTA.		✓ NO DISPONIBLE. Incluir en próxima encuesta.
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS (POBLACIÓN 13-19 AÑOS) *NOTA: PROPONER UNA FRECUENCIA Y METODOLOGIA ESTABLE DE ENCUESTA*[8]		
Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas entre estudiantes de Secundaria años por género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Tendencia de los consumos habituales y problemáticos de drogas 2004-2008-2017 FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

[8] Tener en consideración lo dicho en otro lugar sobre la recogida de datos junto con otros temas de salud pública y la aprobación por el comité de investigación en salud mental y adicciones.

Incidencias de consumo por drogas y género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Edades de inicio al consumo por género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Consumo de drogas en el grupo de iguales por género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Disponibilidad percibida de las drogas por Género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Nivel de información sobre las drogas y vías por las que se obtienen la misma por género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Índice de riesgo familiar por género *(grado de seguimiento de actividades hijo post escolar,*	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

relaciones interpersonales con los padres, compartir con padres en el hogar, hábitos padres consumo alcohol y tabaco) FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID		
Índice de riesgo escolar por género *(vínculo con la escuela, factores de relación interpersonal, factor de rendimiento académico, factor expectativa conclusión estudios)* FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Índice de riesgo entre iguales por género *(Toman regularmente alcohol la mitad o más de grupo amigos, toman regularmente marihuana la mitad o más de grupo de amigos, no reproche de amigos si fuma marihuana)* FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Frecuencia de las salidas nocturnas y horario de regreso a casa por género. FUENTE: PREGUNTA A INCLUIR EN PROXIMAS ENCUESTAS		✓ NO DISPONIBLE. Incluir en próxima encuesta.
Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género. FUENTE: PREGUNTA A INCLUIR EN PROXIMAS ENCUESTAS		✓ NO DISPONIBLE. Incluir en próxima encuesta.

INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Actividades informativas preventivas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula por género FUENTE: ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR. CONALTID	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol por género FUENTE: PREGUNTA A INCLUIR EN PROXIMAS ENCUESTAS		✓ NO DISPONIBLE. Incluir en próxima encuesta.
INDICADORES DE TABACO Y JOVENES 13-15 AÑOS *NOTA: PROPONER UNA FRECUENCIA Y METODOLOGIA ESTABLE DE ENCUESTA*[9]		
Frecuencias de consumo de tabaco por género (Uso actual de cigarros, shisha, cigarro electrónico) FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Susceptibilidad al uso de tabaco en el futuro FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Idea de cesación por ver advertencias de salud	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

[9] Tener en consideración lo dicho en otro lugar sobre la recogida de datos junto con otros temas de salud pública y la aprobación por el comité de investigación en salud mental y adicciones.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS		
Intentos de dejar de fumar en último año FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Recibido consejo o ayuda para dejar de fumar FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Advertencias de prevención de riesgos al comprar FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Compra de cigarrillos sueltos FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Exposición al humo ambiental de tabaco (hogar, lugar público y centros educativos FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta
Creencias: de dificultad de dejar de fumar; del daño que produce en otros fumar, a favor de prohibir fumar en lugares públicos cerrados FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

conocimiento y actitudes hacia tabaco FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). Bolivia. OPS-OMS	✓	DISPONIBLE hasta fecha de última encuesta

INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES SOBRE AUSENTISMO Y PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN		
Ausentismo escolar FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.	✓	DISPONIBLE
Alumnos repetidores de curso FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.	✓	DISPONIBLE
Población beneficiaria de los programas de prevención escolar FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Población beneficiaria de los programas de prevención familiar FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Cobertura de los programas de prevención escolar FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
INDICADORES SOBRE FAMILIAS Y MENORES EN RIESGO SOCIAL		
Menores con medidas de protección cuyos progenitores presentan problemas de alcoholismo o de adicción a otras drogas FUENTE: SEDES, SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar

Menores en centros de acogida con problemas de alcohol, tabaco y drogas FUENTE: SEDES, SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Menores declarados situación de maltrato, negligencia o abandono FUENTE: SEDES, SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Menores de calle situación de riesgo social consumidores de drogas o alcohol. FUENTE: SEDES, SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Menores y familias de riesgo acogidas en el programa de desarrollo integral de la primera infancia FUENTE: SEDES, SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE	✓	DISPONIBLE
INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD SALUD EN PROMOCION, PREVENCION Y REINSERCIÓN		
Número de actividades de prevención por ámbitos (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) anuales.	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO		
Población beneficiaria de los programas según tipo de programa (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Cobertura de los programas según tipo de programa (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Número de actividades de prevención por ámbitos (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) en el nivel descentralizado, anuales. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Población beneficiaria de programas de promoción y prevención en ámbito Descentralizado GAD Y GAM FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Cobertura de los programas según tipo de programa a nivel descentralizado (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar

Numero de programas de reinserción anual para personas con problemas de drogas. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Numero de programas de reinserción anual para personas con problemas de drogas, según colectivo de riesgo: ex privados de libertad, consumidores crónicos, mujeres consumidoras; menores vulnerables FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Número de beneficiarios con problemas de drogas anual de programas de reinserción por género. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Número de beneficiarios anual con problemas de drogas, según colectivo de riesgo: ex privados de libertad, consumidores crónicos, mujeres consumidoras; menores vulnerables FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. GAD Y GAM. MIN. TRABAJO	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES SOBRE ACTIVIDAD DE CAPACITACION A PROFESIONALES EN PREVENCION Y ASISTENCIA EN DROGAS		
Profesionales de primer nivel formados en detección y manejo de adicciones	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES		
Profesionales de CIAFC formados en programas de adicciones FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES		✓ NO DISPONIBLE Hasta que no esté el centro en funcionamiento
Profesionales de segundo y tercer nivel formados en programas de adicciones FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Profesionales de ONG y hospitales privados en programas de adicciones FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Directivos y mandos intermedios capacitados en salud mental y adicciones FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Profesionales de medios de comunicación capacitados en adicciones y su manejo informativo FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES. ASOCIACION DE LA PRESA DE BOLIVIA	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
Profesionales de todos los ámbitos formados en promoción y prevención de adicciones. FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES-SEDEGES.	✓	DISPONIBLE Sin sistematizar
INDICADORES SOBRE OFERTA DE DROGAS ILEGALES		
Incautaciones de diferentes drogas, desagregadas por zonas FUENTE: MINISTERIO DE GOBIERNO. FLCN. OBSCD	✓	DISPONIBLE
Detenciones por uso, posesión y tráfico ilícito de drogas, desagregadas por zonas. FUENTE: MINISTERIO DE GOBIERNO. FLCN. OBSCD	✓	DISPONIBLE

INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Purezas de las sustancias según unidad de comercialización. FUENTE: MINISTERIO DE GOBIERNO. FLCN. OBSCD		✓ SOLO SI SE ASEGURA UNA FIABILIDAD DE MEDICIONES
INDICADORES SOBRE CONTROL DE LA OFERTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS		
Volumen de ventas de bebidas alcohólica FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
Volumen del contrabando de bebidas alcohólicas FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
Datos sobre adulteración de bebidas FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
Sanciones por venta de bebidas alcohólicas a menores FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas. FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
INDICADORES SOBRE CONTROL DE LA OFERTA DE TABACO		
Registros sobre las ventas de tabaco en Bolivia FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE No sistematizada
Registros de contrabando de tabaco FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
Sanciones por venta de tabaco a menores	✓	DISPONIBLE

FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM		
Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de tabaco FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM	✓	DISPONIBLE
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES SOBRE GASTO EN HOGARES ALCOHOL Y BEBIDAS ALCOHOLICAS		
Volumen de las compras de bebidas alcohólicas y tabaco, realizadas por los hogares FUENTE: INE	✓	DISPONIBLE
Volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas y tabaco, realizado por los hogares. FUENTE INE	✓	DISPONIBLE
INDICADORES SOBRE MORTALIDAD Y CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS BAJO EFECTOS DE ALCOHOL Y DROGAS.		
Diligencias y denuncias por alcoholemias y consumo de drogas positivas, manejando vehículos. FUENTE: POLICIA DE TRANSITO. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES	✓	DISPONIBLE
Conductores fallecidos en los que se detecta la presencia de alcohol u otras drogas. FUENTE: POLICIA DE TRANSITO. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES	✓	DISPONIBLE

Accidentes de tránsito en los que la alcoholemia es positiva o a drogas FUENTE: POLICIA DE TRANSITO. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES	✓	DISPONIBLE

INDICADORES SOBRE ADOLESCENTES Y ADULTOS PRIVADOS DE LIBERTAD Y DROGAS		
Población reclusa incorporada a programas de tratamiento por adicción a drogas por género. FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.	✓	DSIPONIBLE
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Derivaciones a centros comunitarios de tratamiento como alternativa a la prisión. FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.	✓	DISPONIBLE
Beneficiarios de medidas alternativas a la privación de libertad por género FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.	✓	DSIPONIBLE
Adolescentes y jóvenes privados de libertad por drogas, 14 a 17 años por género FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud.	✓	DISPONIBLE Se necesita agrupar el dato de GAD

Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.		
Numero de adolescentes con responsabilidad penal en programas psicosociales FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.	✓	DISPONIBLE Se necesita agrupar el dato de GAD
Penas no privativas de libertad promovidas en caso de consumo de drogas por género FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.	✓	DISPONIBLE
Privados de libertad por narcotráfico (ley 1008) por género FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.	✓	DISPONIBLE
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES SOBRE MORTALIDAD E IMPACTO DEL CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL EN SALUD.		
Volumen de intervenciones de problemas de drogas en cada nivel de atención (sistema público) por género. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES	✓	DISPONIBLE No en el primer nivel

Número de casos de problemas de drogas únicos detectados o atendidos al año por niveles (sistema público) por género. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES	✓	NO DISPONIBLE De mucho interés para obtener
Volumen de diagnósticos agrupados según nivel de atención (sistema público) por género. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES	✓	DISPONIBLE Parcialmente faltan datos y su registro
Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES	✓ (Incluye alcohol)	DSIPONIBLE Falta mejorar el registro
Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES	✓	NO DISPONIBLE De mucho interés su registro
Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.	✓ (incluye Alcohol)	NO DISPONIBLE No se registra bien
Ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.	✓	DISPONIBLE
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS

Morbilidad hospitalaria por tabaco, alcohol y drogas (patologías al alta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas) FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.	✓	NO DISPONIBLE De mucho interés montar el indicador
Muertes relacionadas con el consumo de alcohol FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.	✓	NO DISPONIBLE De mucho interés montar el indicador
Muertes relacionadas con el consumo de tabaco. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.	✓	NO DISPONIBLE De mucho interés montar el indicador
INDICADORES SOBRE SALUD (ENF. INFECCIOSAS) EN CONSUMIDORES DE DROGAS		
Evolución de la infección por VIH según categoría de transmisión en consumidores de drogas FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. Registros hospitalarios. Programas de Infecciosas SEDES.	✓	DISPONIBLE Falta sistematizar y agrupar datos de SEDES
Evolución de Hepatitis en consumidores de drogas FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. Registros hospitalarios. Programas de Infecciosas SEDES.	✓	DISPONIBLE Falta sistematizar y agrupar datos de SEDES
Evolución de TBC en consumidores de drogas FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. Registros hospitalarios. Programas de Infecciosas SEDES.	✓	DISPONIBLE Falta sistematizar y agrupar datos de SEDES

INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
INDICADORES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO E INTRAFAMILIAR Y CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS		
Numero semestral de actos violentos de pareja con presencia de alcohol y drogas FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, SEDES, SEDEGES, SLIM, DEFENSORIA DEL MENOR	✓	DISPONIBLE Falta sistematizar y agrupar datos de SEDEGES
Numero semestrales actos violentos intrafamiliar con presencia de alcohol y drogas. FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, SEDES, SEDEGES, SLIM, DEFENSORIA DEL MENOR	✓	DISPONIBLE Falta sistematizar y agrupar datos de SEDEGES
INDICADORES SOBRE VARIABLES CUALITATIVAS SOBRE DROGAS.		
Acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados) FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.	✓	NO DISPONIBLE Se precisa un plan de estudios cualitativos
Determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.	✓	NO DISPONIBLE Se precisa un plan de estudios cualitativos
Análisis de contextos comunitarios previos a intervención preventiva y asistencial MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.	✓	NO DISPONIBLE Se precisa un plan de estudios cualitativos

Análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.	✓	NO DISPONIBLE Se precisa un plan de estudios cualitativos
INDICADORES INICIALMENTE PROPUESTOS	INDICADORES SELECCIONADOS	ESTADO DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES EXCLUIDOS
Análisis de variables para la apropiación de intervenciones preventivas y de intervención comunitarias MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.	✓	NO DISPONIBLE Se precisa un plan de estudios cualitativos
Tendencias de consumos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) Ketamina, cannabinoides sintéticos, LSD, fenciclidinas, catinonas sintéticas, otras. MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.	✓	NO DISPONIBLE Se precisa un plan de estudios cualitativos

FASE N º 7: Análisis de la viabilidad de la cobertura de cada uno de los indicadores considerados como prioritarios o especialmente relevantes.

Esta fase incluye diversos contactos y reuniones con los responsables de las fuentes de información especialmente Ministerio de salud y SEDES y OBSCD que ha permitido determinar la viabilidad de los datos. Como se ha dicho en otro momento, una gran parte de los indicadores propuestos está registrado, pero en un gran número de casos está sin sistematizar la recogida de información. En otros casos la importancia de los datos es muy

alta y, aunque no hay datos disponibles, merece la pena armar el indicador para tener esa información.

En este momento del diseño del SIISSD podemos afirmar que la disposición a aportar datos al sistema de información es total, en especial se hace referencia a la falta de directrices del Ministerio de salud para poder realizar esta tarea.
En el apartado 6 se explicita para cada indicador el estado de situación respecto a su viabilidad.

FASE N º 8: Diseño de los criterios, procedimientos e instrumentos de recogida de la información relativa a cada uno de los indicadores seleccionados.

El establecimiento de criterios técnicos y el diseño de los instrumentos normalizados a utilizar para el registro de los diferentes indicadores es una tarea esencial. Gracias a ello se puede normalizar una hoja de recopilación de datos para el SIISSD. La normalización permite que se pueda incluso, con claves de acceso, que la red de informantes pueda introducir los datos de su ámbito de actuación directamente al sistema. Se debe proceder a una validación de los datos previa, para ubicarlos en la base de datos de modo definitivo.
Los instrumentos de recogida de información que se proponen, teniendo en cuenta la disponibilidad de medios:

- la **hoja estandarizada de recogida de datos** para el SIISSD: Esta hoja contiene la relación de todos los indicadores de SIISSD divididos en bloques según el tipo de informante que debe cumplimentarla. La mecánica será que se remitirá al informante de referencia de cada institución, por correo o en papel, la hoja de relevamiento de información. Esta deberá ser cumplimentada según se determine para cada conjunto de datos mensual, semestral, anual. Por último, será enviada por mail o por correo ordinario.
  La unidad central de información del SIISSD, recopila la información y la traslada a la base de datos de respaldo del sistema.
  Previo a darle entrada a la base de datos, se procede a la comprobación de la calidad de la información de modo que cualquier error, o dudas de la información reportada, se consulta con el informante para resolver el problema para su validación.

- **Acceso vía web al sistema SIISSD:** Si se dispone de buena red de conexión, se puede acceder al portal del sistema para acceder a la zona de alimentación de datos del sistema. Para ello, será necesaria una clave de entrada que se proporcionará a todos los miembros de la Red de informantes. La persona

designada al efecto meterá directamente la información al sistema, que quedará en fase de pendiente de validación.
En ese momento, se procede a validar de igual modo que antes, la información.

Para poder realizar el relevamiento de la información de deberá elaborar un **manual de procedimientos de recogida de información** o **un instructivo específico para cada tipo de datos.** En él se va a establecer qué se considera dato para el indicador con sus criterios de exclusión, con una descripción de causticas que pueden generar dudas para el registro, y un teléfono de contacto en caso de ser necesario para aclarar dudas.

FASE N. º 9: Aprobación, por el órgano competente, de los indicadores que definitivamente pasarán a formar parte del Sistema de Información del Impacto Social y en Salud de las Drogas (SIISSD).

La propuesta de indicadores que se propone aquí deberá ser aprobada por el órgano colegiado competente en la materia como ya se expuso en otro apartado**: Comité Técnico y de seguimiento del SIISSD.** La aprobación es necesaria dado que el SIISSD debe formar parte de las políticas de información en materia de drogas, en este caso del ámbito del abordaje de los consumos especialmente. Esto significa que el citado comité es el encargado de sacar indicadores del sistema, incluir otros nuevos o sacar los que ya están por ser obsoletos o por priorizaciones de la política de información sobre drogas. Este tipo de decisiones y cualquiera otra respecto al funcionamiento del SIISSD, serán trasladadas al Grupo de la Rede de Informantes del SIISSD para ser llevadas a efecto.

6. INDICADORES PARA INCORPORAR AL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD).

ESQUEMA DE INDICADORES

6.1. Indicadores epidemiológicos

6.1.1. Indicadores de consumo prevalencias e incidencias
6.1.2. Indicadores de percepciones sobre las drogas
6.1.3. Participación de padres en programas de prevención
6.1.4. Índices de riesgo

6.1.5. Problemas asociados

6.2. Indicadores de tabaquismo en jóvenes
6.2.1. Frecuencias de consumo de tabaco por género. (Uso actual de cigarros, shisha, cigarro electrónico).
6.2.2. Predisposición al uso de tabaco en el futuro.
6.2.3. Impacto de advertencias.
6.2.4. Intentos de dejar de fumar en último año.
6.2.5. Consejo o ayuda para dejar de fumar.
6.2.6. cumplimientos de limitaciones de venta y publicidad.
6.2.7. Exposición al humo ambiental de tabaco (hogar, lugar público y centros educativos.
6.2.8. Creencias a cerca del tabaco, conocimiento y actitudes hacia tabaco.

6.3. Indicadores del medio escolar
6.3.1. Indicador sobre fracaso escolar y no escolarización.
6.3.2. Programas de prevención en medio escolar.

6.4. Indicadores de menores y familias en situación de riesgo
6.4.1. Consumo de drogas en menores en situación de riesgo.
6.4.2. Consumo de drogas en familias de riesgo.
6.4.3. Maltrato infantil, negligencia y abandono.

6.5. Indicadores de prevención y reinserción
6.5.1. Programas de prevención y reinserción.
6.5.2. Población beneficiaria
6.5.3. Cobertura territorial de los programas.
6.5.4. Programas para poblaciones de riesgo.
6.6. Indicadores de capacitación de profesionales
6.6.1. Capacitaciones a profesionales.

6.7. Indicadores de la oferta de drogas
6.7.1. Drogas ilícitas
6.7.2. Tabaco
6.7.3. Alcohol

6.8. Indicadores policiales, judiciales y penitenciarios (jóvenes y adultos)
6.8.1. Medidas alternativas a prisión y no privativas.
6.8.2. Tratamientos para PPL.

6.8.3. Penas por tráfico de drogas.

6.9. Indicadores de la actividad asistencial generada por el alcohol, el tabaco y las restantes drogas
6.9.1. Programas específicos de tratamiento
6.9.2. Actividad asistencial de los servicios hospitalarios
6.9.3. Patologías asociadas a las drogas, alcohol y tabaco
6.9.4. Utilización de servicios sanitarios

6.10. Indicadores de consumos problemáticos y prácticas de riesgo

6.11. Indicadores de mortalidad
6.11.1. Drogas
6.11.2. Alcohol
6.11.3. Tabaco

6.12. Enfermedades infecciosas y uso de drogas

6.13. Violencia de género e intrafamiliar y drogas.

6.14. Indicadores cualitativos sobre drogas
6.14.1. Acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados).
6.14.2. Determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos.
6.14.3. Análisis de contextos comunitarios previos a intervención preventiva y asistencial.
6.14.4. Análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos.
6.14.5. Análisis de variables para la apropiación de intervenciones preventivas y de intervención comunitarias;
6.14.6. Tendencias de consumos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) Ketamina, cannabinoides sintéticos, LSD, fenciclidinas, catinonas sintéticas, otras.

1.- Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas en población general de 12 a 65 años por género

DEFINICIÓN: población de entre 12 y 65 años, ambos incluidos, que han consumido en el último año y mes bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack,

MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes.
Uso problemático de alcohol medido por el AUDIT

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto", 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable. Se debe recoger la información de consumos en último año y último mes de todas las drogas.
Consumo de riesgo medido por el AUDIT: Puntuaciones mayores a 8 suponen consumo de riesgo y consumo perjudicial, la literatura internacional del AUDIT sugiere que el puntaje de 8 o más puntos corresponde a la diferencia entre consumo y consumo de riesgo, perjudicial o dependencia. De manera general se acepta que los rangos de puntajes serían para el primer nivel de 0 a 7 puntos presenta un nivel de riesgo bajo, de 8 a 15 puntos para el segundo nivel o riesgo medio, de 16 a 19 puntos un nivel de riesgo alto, y puntajes superiores a 20 refieren a una dependencia

2.- Tendencias de consumos habituales y problemáticos de alcohol, psicofármacos y drogas 2007-2014

DEFINICIÓN: evolución de la población de 12 a 65 años que han consumido el último año y mes bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack, MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes, entre los años 2007-2014.

Evolución del consumo problemático de alcohol entre 2007-2014 medio por el cuestionario AUDIT

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2007-2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable.; la tendencia está analizada en la última encuesta de 2014.

3.- Indicadores de edades de inicio al consumo por género.

DEFINICIÓN: edad media a la que la población de 12 a 65 años, que realizaron su primer consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack, MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de las preguntas referidas a edad de inicio de cada una de las drogas del cuestionario.

4. Tendencias en edad de inicio 2007-2014

DEFINICIÓN: evolución de la población de 12 a 65 años en edades de inicio en bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack, MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes., entre los años 2007-2014.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2007-2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; la tendencia está analizada en la última encuesta de 2014.

5.- Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género

DEFINICIÓN: percepción del riesgo en consumo ocasional y habitual, de la población de 12 a 65 años, en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack, MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes.

FUENTE: Encuesta CONALTID: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de las preguntas referidas a percepción del riesgo de las drogas del cuestionario.

6.- Tendencias de percepción del riesgo 2007-2014

DEFINICIÓN: evolución de la población de 12 a 65 años en percepción del riesgo en consumo ocasional y habitual de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack, MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes., entre los años 2007-2014.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2007-2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; la tendencia está analizada en la última encuesta de 2014.

7.- Frecuencias de consumo de tabaco por género

DEFINICION: frecuencia de consumo de tabaco en los últimos 30 y consumo diario, en población de 12 a 65 años.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de las preguntas referidas a consumo de tabaco. A partir de pregunta 1d del cuestionario

8.- Incidencias de consumo por drogas y género

DEFINICIÓN: incidencia hace referencia a los nuevos casos de consumo, en población de 12 a 65 años, en el último año y en el último mes de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, base/crack, MDMA, cocaína, otras drogas sintéticas, tranquilizantes/sedantes, somníferos, anfetaminas y otros excitantes.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de las preguntas referida a consumo en ultimo mes y último año según cortes de edad.

9.- Disponibilidad percibida de las drogas por género

DEFINICIÓN: personas de entre 12 y 65 años, ambos incluidos, que consideran que les resultaría relativamente fácil obtener distintas drogas ilícitas

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de la pregunta 119 sobre disponibilidad percibida.

10.- Consumo excesivo de alcohol y dependencia y de otras drogas

DEFINICION: consumos abusivos o dependencia de alcohol u otras drogas, en población de 12 a 65 años, entendido como presencia de síntomas de deterioro social y laboral, y signos de tolerancia abstinencia.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetera rellenarle; preguntas sobre abuso y dependencia de alcohol del AUDIT (preguntas 3 a 23). Cuestionario de dependencia de marihuana de CIE-10 (preguntas 29-38). Cuestionario de abuso de marihuana de DSM-V (preguntas 39-49). Cuestionario de dependencia de la cocaína CIE-10 (preguntas 51-60). Cuestionario de abuso de cocaína DSM-V (preguntas 61-71). Cuestionario de dependencia de la pasta base CIE-10 (preguntas 73-82). Cuestionario de abuso de la pasta base DSM-V (preguntas 83-92).

11.- Consumo de tabaco diario

DEFINICION: consumo de cigarrillos, en población de 12 a 65 años, con una frecuencia diaria o casi diaria (5 días semana) en los último 30 días.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de pregunta 1g del cuestionario.

12.- Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, problemas laborales, problemas económicos por el consumo, problemas familiares, necesidad de atención sanitaria urgente o no, y detenciones por género

DEFININCION: Percepción de problemas personales en entorno legales, familiar, social, laboral, sanitario, económico en que puede haber intervenido el uso de alcohol o drogas, en población de 12 a 65 años.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotación de pregunta 103 del cuestionario.

13.- Poli consumo

DEFINICION: población entre 12 y 65 años que consumieron simultáneamente dos o más drogas los últimos 30 días.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; en el caso del tabaco se tomarán como referencia la frecuencia de los consumos diarios, en tanto que para las restantes sustancias lo serán los consumos alguna vez en los últimos 30 días, que se cruzan con los datos de consumo de otras drogas.

14.- Conocimiento, comunicación con hijos y participación de los padres en programas preventivos en la escuela

DEFINICIÓN: conocimiento de algún programa de prevención, hablar con algún hijo, entre 12 y 17 años, sobre los peligros y problemas asociados al consumo de drogas o alcohol, asistir o participar en alguna reunión en el colegio de alguno de sus hijos, donde se haya tratado especialmente el tema de la prevención y consumo de drogas o alcohol.

FUENTE: II Estudio nacional de prevalencia y características del consumo de drogas en hogares bolivianos de nueve ciudades capitales de departamento, más la ciudad de El Alto" 2014 CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario hetero rellenable; explotar preguntas de 126-129 del cuestionario.

15.- Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas y psicótropos sin receta entre universitarios de 18-25 años por género

DEFINICIÓN: población de entre 18 y 25 años, ambos incluidos, que han consumido en el último año y mes bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, pasta base, MDMA, cocaína, anfetaminas, metanfetamina, heroína, LSD, hongos/plantas alucinógenas, ketamina, tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes.

Uso problemático y dependencia de alcohol medido por el AUDIT

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de pregunta 47 para consumos último mes y último año. Para consumo problemático y dependencia en el caso del alcohol, a aquellas personas que declararon haber consumido algún tipo de bebida alcohólica en los últimos 12 meses se les aplica el instrumento Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) sugerido por la Organización Mundial de la Salud, pregunta 52 del cuestionario.

16.- Tendencia de percepciones de riesgo, y tendencias de los consumos de tabaco y drogas y uso problemáticos y dependencia de alcohol 2009-2012-2016

DEFINICIÓN: evolución de la población de 18 a 25 años en percepción del riesgo consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, pasta base, MDMA, cocaína, anfetaminas, metanfetamina, heroína, LSD, hongos/plantas alucinógenas,

ketamina, tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes. Evolución de consumos en el último año y mes de las drogas anteriores; y de consumo perjudicial y dependencia CIE-10

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de pregunta 71 para la percepción del riesgo, en análisis de tendencias en años 2009, 2012, 2016. Tendencias en esos años del consumo al año y mensual de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, pasta base, MDMA, cocaína, anfetaminas, metanfetamina, heroína, LSD, hongos/plantas alucinógenas, ketamina, tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes. Evolución de abuso y dependencia medio por el test AUDIT de OMS; pregunta 52 del cuestionario.

17.- Edades de inicio al consumo por género.

DEFINICION: edad media a la que la población de 18 a 25 años, que realizaron su primer consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, pasta base, MDMA, cocaína, anfetaminas, metanfetamina, heroína, LSD, hongos/plantas alucinógenas, ketamina, tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes.

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de la pregunta correspondiente de cada tipo de droga

18.- Percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco, alcohol y drogas, y psicótropos sin receta, por género

DEFINICION: percepción del riesgo en consumo habitual, de la población de 18 a 25 años, en el consumo de bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, pasta

base, MDMA, cocaína, anfetaminas, metanfetamina, heroína, LSD, hongos/plantas alucinógenas, ketamina, tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de pregunta 71 para la percepción del riesgo.

19.-Tasa de consumo de riesgo y dependencia de consumo de bebidas alcohólicas.

DEFINICIÓN: en población de 18 a 25 años, tasa de riesgo: proporción de personas que cumplen los criterios de la presencia de algún tipo de uso problemático o perjudicial de alcohol en el último año, basados en el AUDIT, con puntos de corte de 7 para las mujeres y 8 para los hombres (de un total de 40 puntos). Tasa de dependencia: proporción de personas que cumplen los criterios de una dependencia o el inicio de una dependencia de alcohol entre los consumidores del último año.

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de pregunta 52 para ambas tasas de riesgo.

20.- Frecuencias de consumo de tabaco por género (Uso actual de cigarros, cigarro electrónico)

DEFINICION: En población de 18 a 25 años, número de días que se consume un producto de tabaco en los últimos 30 días.

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS

UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de pregunta 41 del cuestionario.

21.- Consumo abusivo de alcohol en el grupo de iguales y en la familia;

DEFINICION: En población de 18 a 25 años, borracheras en amigos y familia, y consumo en la universidad

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS
UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de preguntas 60 y 61 del cuestionario.

22.- Disponibilidad percibida de las drogas por género

DEFINICION: En población de 18 a 25 años, dificultad percibida de conseguir bebidas alcohólicas, tabaco, marihuana, inhalables, pasta base, MDMA, cocaína, anfetaminas, metanfetamina, heroína, LSD, hongos/plantas alucinógenas, ketamina, tranquilizantes, anfetaminas y otros excitantes

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS
UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación pregunta 72 del cuestionario

23.- Información sobre las drogas en secundaria y en la universidad por género

DEFINICION: En población de 18 a 25 años, frecuencia, calidad, programas sobre drogas en esas etapas educativas.

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de preguntas 203 a 212 del cuestionario.

24.- Uso de recursos de ayuda por problemas con alcohol o las drogas

DEFINICION: En población de 18 a 25 años, haber recibido ayuda por problemas con alcohol o drogas alguna vez en la vida, último año; percepción de la necesidad de ayuda e intento serio de tratarse por problemas con alcohol o drogas.

FUENTE: III ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; explotación de preguntas 216 a 219 del cuestionario.

25.- Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género.

DEFINICION: En población de 18 a 25 años, consecuencias en entornos sociales de pareja, de salud, de justicia y accidentes de tránsito del uso de alcohol y/o drogas

FUENTE: INDICADOR PARA INCLUIR EN ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO ANDINO DE CONSUMO DE DROGAS
UNIVERSITARIOS BOLIVIA, 2016. 18-25 años
(serie 2009, 2012 y 2016). UNODC-CICAD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; Recopilación de datos en encuesta.

26.- Prevalencias de los consumos habituales y problemáticos de drogas entre estudiantes de Secundaria años por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, consumos de alcohol y drogas en ultimo año y último mes. Abuso de alcohol por criterio de volumen de ingesta, en psicofármacos es por volumen de ingestas también. Dependencia a la marihuana por deterioro social y dificultades de controlar su uso.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; consumo de más de 5 copas cada salida, y tomar dos o más veces 5 o más tragos en las últimas dos semanas y más de dos borracheras por mes (preguntas 71 a 73). En las otras drogas en abuso se obtiene de los consumidores en el último mes, los que consume con alta frecuencia. Hay una escala de dependencia a la marihuana (pregunta 90) del cuestionario.

27.- Tendencia de los consumos habituales y problemáticos de drogas 2004-2008-2017

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, evolución de consumos de alcohol y drogas en último año y mes. Abuso de alcohol por criterio de volumen de ingesta, en psicofármacos es por volumen de ingestas también. Dependencia a la marihuana por deterioro social y dificultades de controlar su uso; en encuestas de 2004-2008-2017
FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable; análisis de evolución de consumos según criterio indicador número 26.

28.- Incidencias de consumo por drogas y género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, se entiende la incidencia como el porcentaje de nuevos consumidores de alcohol en un año o en un mes.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable explotación de preguntas de consumo último año y mes,

29.- Edades de inicio al consumo por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, edad de la primera prueba de bebidas alcohólicas, tabaco, tranquilizantes, estimulantes, inhalables, marihuana, cocaína, pasta base, heroína, popper, alucinógenos, ketamina, MDMA, anfetaminas y metanfetaminas.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación preguntas 61, 67 y 76 del cuestionario.

30.- Percepción del riesgo asociado al consumo ocasional y habitual de tabaco, alcohol y drogas por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, riesgo de salud por uso esporádico y frecuente de bebidas alcohólicas, tabaco, medicamentos sin receta, inhalables, marihuana, cocaína, pasta base, popper, MDMA.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de pregunta 53

31.- Consumo de drogas en el grupo de iguales por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, amigos que toman regularmente alcohol (todos los fines de semana o más) y que toman regularmente marihuana (todos los fines de semana o más)

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de preguntas 51 y 52 del cuestionario.

32.- Disponibilidad percibida de las drogas por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, percepción de la facilidad de conseguir Marihuana, Cocaína, Pasta base, base o bazuco, Éxtasis, LSD, Heroína

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de pregunta 56 del cuestionario.

33.- Nivel de información sobre las drogas y vías por las que se obtienen la misma por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, asistir o participar en el colegio en actividades específicamente destinadas a prevenir el consumo de drogas, como charlas o talleres; asistir durante último año o participar en el colegio en actividades destinadas a prevenir el consumo de drogas, como charlas o talleres; haber participado durante el año pasado en sesiones específicas sobre prevención, realizadas en el colegio.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de preguntas 129 a 131 del cuestionario.

34.- Índice de riesgo familiar por género.

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, comprende el resultado conjunto de las variables del ámbito familiar que pueden ser protectoras o de riesgo, estudiada en dos grupos de consumidores y no consumidores: *grado de seguimiento de actividades hijo post escolar, relaciones interpersonales con los padres, compartir con padres en el hogar, hábitos*

padres consumo alcohol y tabaco, para generar un índice de riesgo de problemas con drogas.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de las variables indicadas.

35.- Índice de riesgo escolar por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, comprende el resultado conjunto de las variables del ámbito escolar que pueden ser protectoras o de riesgo, estudiada en dos grupos de consumidores y no consumidores*; vínculo con la escuela, factores de relación interpersonal, factor de rendimiento académico, factor expectativa conclusión estudios,* para generar un índice de riesgo de problemas con drogas.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de las variables indicadas.

36.- Índice de riesgo entre iguales por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, comprende el resultado conjunto de las variables del ámbito entre iguales que pueden ser protectoras o de riesgo, estudiada en dos grupos de consumidores y no consumidores: *Toman regularmente alcohol la mitad o más de grupo amigos, toman regularmente marihuana la mitad o más de grupo de amigos, no reproche de amigos si fuma marihuana, para* generar un índice de riesgo de problemas con drogas.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de las variables indicadas.

37.- Frecuencia de las salidas nocturnas y horario de regreso a casa por género.

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, mide la supervisión paterna o materna, el grado de interés por las actividades de ocio nocturno del hijo/hija. Es un factor protector si se da.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de preguntas 19 y 20 del cuestionario.

38.- Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, necesidad de atención sanitaria urgente y detenciones por género.

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, conductas de riesgo por el consumo de alcohol y otras drogas, verse envuelto en peleas, y atención sanitario urgente por el consumo

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, Preguntas a introducir en una nueva encuesta.

39.- Actividades informativas preventivas sobre las drogas realizadas en el centro escolar/aula por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, nivel de participación en actividades de prevención en año anterior y presente año. Es factor protector.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de preguntas de 129-131 de cuestionario.

40.- Uso de vehículos bajo los efectos del alcohol por género

DEFINICIÓN: En población de 13 a 19 años, es una conducta de riesgo de consecuencias fatales en muchos casos. En este caso el grupo etario interesa a partir de la edad legal de conducción.

FUENTE: TERCER DE ESTUDIO DE PREVALENCIA CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ESCOLAR (2017) 13-19 años. CONALTID

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, pregunta a incluir en nuevas encuestas.

41.- Frecuencias de consumo de tabaco por género (Uso actual de cigarros, shisha, cigarro electrónico)

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, consumo de productos del tabaco en los último 30 días: Explora cigarrillos, shisha, cigarro electrónico. Y cantidad de cigarrillos por día.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de preguntas codificadas como CR3, CR4, BOR 10 a BOR 13, CR1O.

42.- Susceptibilidad al uso de tabaco en el futuro

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, expectativa de uso de tabaco en el futuro, equivalente a intención de consumo futuro: próximo año, próximos 5 años.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación de preguntas codificadas como CR16, CR17

43.- Idea de cesación por ver advertencias de salud

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, intención de dejar de fumar tras exponerse a advertencias de salud.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR38

44.- Intentos de dejar de fumar en último año

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, intención de dejar de fumar durante el último año.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR35-CR36

45.- Recibido consejo o ayuda para dejar de fumar

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, haber recibido ayuda para dejar de fumar.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR40

46.- Advertencias de prevención de riesgos al comprar y en eventos y medios de comunicación.

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, haber visto mensaje de riesgos de fumar, fotografías en paquetes de cigarrillos, radio, en periódicos y revistas, eventos deportivos, fiestas.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR41-45.

47.- Compra de cigarrillos sueltos

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años, formas de compra de tabaco, cigarrillos sueltos.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada BOR5

48.- Exposición al humo ambiental de tabaco (hogar, lugar público y centros educativos

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años. Exposición involuntaria al humo de tabaco en casa, en lugares públicos cerrados y abiertos.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR31-33

49.- Creencias: de dificultad de dejar de fumar; del daño que produce en otros fumar, a favor de prohibir fumar en lugares públicos cerrados

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años. Actitudes y creencias sobre diferentes aspectos importantes para la prevención y el abandono del tabaco.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR27-30, BOR40, CR18

50.- Conocimiento y actitudes hacia tabaco

DEFINICIÓN: En población de 13 a 15 años. ideas erróneas, y conocimiento sobre tabaco y amistades, atractivo personal, peso y salud.

FUENTE: Global Youth Tobacco Survey (GYTS). OPS-WHO. 2010-2017.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cuestionario auto rellenable, explotación pregunta codificada CR19-25, BOR30-31

51.- Ausentismo escolar

DEFINICIÓN: Inasistencia del alumno a sus clases. Es un factor de riesgo de uso de drogas.

FUENTE: Ministerio de Educación. SEDEGES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Registros de centros educativos sobre actividad de alumnos. Memorias y evaluaciones de programas de prevención. Estadísticas. Notificación de los episodios por parte de la dirección de los centros escolares a los servicios de Inspección del Ministerio de Educación

52.- Alumnos repetidores de curso

DEFINICIÓN: alumnos que no pasan de nivel educativo por no haber conseguido los objetivos educativos.

FUENTE: Ministerio de Educación. SEDEGES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Registros de centros educativos sobre actividad de alumnos. Memorias y evaluaciones de programas de prevención. Estadísticas. Notificación de los episodios por parte de la dirección de los centros escolares a los servicios de Inspección del Ministerio de Educación

53.- Población beneficiaria de los programas de prevención escolar

DEFINICIÓN: número de alumnos, padres y profesores participantes en los programas de prevención implementados en el ámbito escolar durante cada curso académico.

FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Registros de actividad de ministerio de educación, salud, VDS, SEDES Y SEDEGES.

54.- Población beneficiaria de los programas de prevención familiar

DEFINICIÓN: número de alumnos, padres y profesores participantes en los programas de prevención familiar implementados en el ámbito escolar, salud, comunitario u otros durante cada curso académico.

FUENTE: Ministerio de Educación. Min. Salud, SEDES, SEDEGES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Registros de actividad de ministerio de educación, salud, VDS, SEDES Y SEDEGES.

55.- Cobertura de los programas de prevención escolar

DEFINICION: la cobertura de los programas de prevención escolar se analiza a través de tres tasas diferentes:

- Tasa global de cobertura de los programas de prevención sobre el total de centros escolares que imparten Enseñanza Primaria y Secundaria en Bolivia (% de centros que durante un determinado curso académico tienen han implementado uno o más programas de prevención sobre el total de centros que imparten ciclos de Educación Obligatoria).
- Tasa de cobertura de los profesores que desarrollan programas de prevención en sus aulas sobre el total de profesores existentes en cada ciclo educativo.
- Tasa de cobertura de los alumnos beneficiarios de programas de prevención sobre el total de alumnos matriculados en cada ciclo educativo.

FUENTE: Ministerio de Educación. SEDES, SEDEGES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Registros de actividad de ministerio de educación, salud, VDS, SEDES Y SEDEGES.

56.- Menores con medidas de protección cuyos progenitores presentan problemas de alcoholismo o de adicción a otras drogas

DEFINICIÓN: número de menores de edad con medidas de protección (guarda o tutela) cuyos padres o madres, o la pareja de su padre o madre, presentan problemas de adicción al alcohol o a otras drogas.

FUENTE: SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: La información base se obtiene de la revisión de los expedientes de los menores con medidas de protección en activo.

Los datos integrarán una estadística elaborada al efecto. Se propone hoja de recogida de información en ANEXO 2.

57.- Menores en centros de acogida con problemas de alcohol, tabaco y drogas

DEFINICIÓN: Menores en centros cerrados que presenta problemas de alcohol, tabaco u otras drogas

FUENTE: SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: La información base se obtiene de la revisión de los expedientes de los menores de lo centros de acogida de las SEDEGES. Se propone hoja de recogida de información en ANEXO 3.

58.- Menores declarados situación de maltrato, negligencia o abandono

DEFINICIÓN: Menores en situaciones de desprotección, declarados como tales por los órganos competentes.

FUENTE: SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: La información base se obtiene de la revisión de los expedientes de los menores de los programas de menores de las SEDEGES, defensorías del menor y SLIMS.

59.- Menores de calle situación de riesgo social consumidores de drogas o alcohol.

DEFINICIÓN: Menores en situaciones de calle consumidores de alcohol y otras drogas

FUENTE: SEDEGES, DEFENSORIAS DEL MENOR, SLIMS. INE

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: La información base se obtiene de la revisión de los expedientes de los menores de los programas de menores de las SEDEGES, defensorías del menor y SLIMS.

60.- Número de actividades de prevención por ámbitos (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) anuales.

DEFINICION: programas de prevención implementados en Bolivia en los ámbitos: escolar, familiar, laboral, local y comunitario.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. MIN. EDUCACION, SEDES. MIN. TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas implementados en distintos ámbitos, por parte de los agentes implicados en la actividad.

61.- Cobertura de los programas según tipo de programa (salud, familia, medio laboral, comunitario, descentralizados)

DEFINICIÓN: número de unidades familiares participantes en los programas de prevención familiar sobre el total de familias existentes en Bolivia con hijos con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Número de empresas de Bolivia donde se han implementado actuaciones de prevención de las drogodependencias. Número de municipios con programas locales de prevención de las drogodependencias sobre el total de municipios existentes en Bolivia y porcentaje de la población que representan

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. MIN. EDUCACION, SEDES. MIN. TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas implementados en distintos ámbitos, por parte de los agentes implicados en la actividad. Cálculo directo de la tasa a partir de los datos de participación en los programas de prevención familiar impulsados por los respectivos departamentos de Bolivia. Registro de las empresas que han implementado alguna de las actuaciones preventivas o de otros programas de prevención implementados en el ámbito laboral. Memorias de los servicios municipales.

62.- Número de actividades de prevención por ámbitos (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario) en el nivel descentralizado, anuales.

DEFINICION: programas de prevención implementados en las ETAs de Bolivia en los ámbitos: salud, escolar, familiar, laboral y comunitario

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. MIN. EDUCACION, SEDES. MIN. TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas implementados en distintos ámbitos, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

63.- Población beneficiaria de programas de promoción y prevención en ámbito Descentralizado GAD Y GAM

DEFINICIÓN: número de participantes (mediadores sociales y población destinataria final) en programas locales de prevención durante un determinado año en Bolivia.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. MIN. EDUCACION, SEDES. MIN. TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas implementados en distintos ámbitos, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

64.- Cobertura de los programas según tipo de programa a nivel descentralizado (salud, educación, familia, medio laboral, comunitario)

DEFINICIÓN: número de municipios con programas locales de prevención sobre el total de municipios existentes en Bolivia y porcentaje de la población que representan.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. MIN. EDUCACION, SEDES. MIN. TRABAJO

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas implementados en distintos ámbitos, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

65.- Numero de programas de reinserción anual para personas con problemas de drogas.

DEFINICIÓN: número de programas implementados que se pueden beneficiar las personas con problemas con alcohol o drogas en un año.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SEDES Y SEDEGES. Min trabajo.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas de reinserción implementados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

66.- Numero de programas de reinserción anual para personas con problemas de drogas, según colectivo de riesgo: ex privados de libertad, consumidores crónicos, mujeres consumidoras; menores vulnerables

DEFINICIÓN: número de programas implementados para colectivos de riesgo que se pueden beneficiar las personas con problemas con alcohol o drogas en un año.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SEDES Y SEDEGES. Min trabajo. Régimen Penitenciario

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de programas de reinserción implementados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

67.- Número de beneficiarios con problemas de drogas anual de programas de reinserción por género.

DEFINICIÓN: número de participantes en programas de reinserción durante un determinado año.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SEDES Y SEDEGES. Min trabajo.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de beneficiarios de programas de reinserción implementados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

68.- Número de beneficiarios anual con problemas de drogas, según colectivo de riesgo: ex privados de libertad, consumidores crónicos, mujeres consumidoras; menores vulnerables.

DEFINICIÓN: número de participantes en programas de reinserción para colectivos de riesgo durante un determinado año.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SEDES Y SEDEGES. Min trabajo. Régimen penitenciario.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de beneficiarios de programas de reinserción para colectivos de riesgo implementados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

69.- Profesionales de primer nivel formados en detección y manejo de adicciones

DEFINICIÓN: número de profesionales capacitados del primer nivel de salud en un año.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de profesionales capacitados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad en ámbito de los entes territoriales.

70.- Profesionales de CAIFC formados en programas de adicciones

DEFINICIÓN: número de profesionales de CAIFC capacitados en un año.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de profesionales capacitados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad.

71.- Profesionales de segundo y tercer nivel formados en programas de adicciones

DEFINICIÓN: número de profesionales de profesionales de segundo y tercer nivel capacitados en un año.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de profesionales de segundo y tercer nivel capacitados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad.

72.- Profesionales de ONG y hospitales privados en programas de adicciones

DEFINICIÓN: número de profesionales de profesionales de ONG y hospitales privados capacitados en un año.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de profesionales de profesionales de ONG y hospitales privados capacitados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad.

73.- Directivos y mandos intermedios capacitados en salud mental y adicciones

DEFINICIÓN: número de directivos y mando intermedios de diferentes instituciones capacitados en un año.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: La unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, recopila los datos de las capacitaciones sobre el número de directivos y mando intermedios de diferentes instituciones capacitados al año.

74.- Profesionales de medios de comunicación capacitados en adicciones y su manejo informativo

DEFINICIÓN: número de profesionales de la comunicación capacitados en un año.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES. Asociación de la prensa de Bolivia.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: La unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, recopila los datos de las capacitaciones de profesionales de la comunicación capacitados al año.

75.- Profesionales de todos los ámbitos formados en promoción y prevención de adicciones.

DEFINICIÓN: número de profesionales de profesionales de educación, salud, capacitados en un año en la promoción y la prevención de las adicciones.

FUENTE: SNIS-VE. MINISTERIO DE SALUD. MUNICIPIOS. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Remisión con una frecuencia anual a la unidad de Salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, de datos sobre el número de profesionales de todos los ámbitos capacitados al año, por parte de los agentes implicados en la actividad.

76.- Incautaciones de diferentes drogas, desagregadas por zonas

DEFINICIÓN: volumen de las incautaciones de las distintas drogas ilícitas realizadas en un determinado año en Bolivia.

FUENTE: MINISTERIO DE GOBIERNO. FLCN. OBSCD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cesión de datos estadísticos acumulados sobre el volumen de drogas decomisadas por la FELCN y los Servicios de Vigilancia Aduanera.

77.- Detenciones por uso, posesión y tráfico ilícito de drogas, desagregadas por zonas.

DEFINICIÓN: Número de detenciones al año, por aplicación de la ley 1008 de régimen de la coca y sustancias controladas.

FUENTE: MINISTERIO DE GOBIERNO. FLCN. OBSCD

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cesión de datos estadísticos acumulados sobre detenciones por la FELCN y los Servicios de Vigilancia Aduanera.

78.- Volumen de ventas de bebidas alcohólica

DEFINICIÓN: Volumen de distribución de las distintas bebidas alcohólicas realizadas por los mayoristas de bebidas alcohólicas de Bolivia, durante un determinado período de tiempo. Permite obtener el consumo per cápita de alcohol.

FUENTE: Aduana Nacional, Informes de consultoras y empresas más importantes de distribución de bebidas alcohólicas.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre importaciones de alcohol (registro de aduanas) y de distribución interior.

79.- Volumen del contrabando de bebidas alcohólicas

DEFINICIÓN: Detección y/o incautación de bebidas alcohólicas que se comercian sin pago de impuestos ni registro sanitario

FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR
PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES SALUD AMBIENTAL, municipios, SENASAG Y VDDUC

80.- Datos sobre adulteración de bebidas

DEFINICIÓN: expedientes de sanciones incoados por los inspectores a las empresas y establecimientos dedicados a la distribución y venta de bebidas alcohólicas en Bolivia, durante un determinado período.

FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR (VDDUC)

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES SALUD AMBIENTAL, municipios, SENASAG Y VDDUC

81.- Sanciones por venta de bebidas alcohólicas a menores.

DEFINICIÓN: número de sanciones por incumplimiento de la LEY N.ª 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS de Bolivia.

FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES, municipios, SENASAG Y VDDUC

82.- Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas.

DEFINICIÓN: número de sanciones por incumplimiento de la LEY N.ª 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS de Bolivia.

FUENTE: GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES, municipios, SENASAG Y VDDUC

83.- Registros sobre las ventas de tabaco en Bolivia

DEFINICIÓN: volumen de ventas de tabaco teniendo en cuenta el tabaco importado y el producido nacional.

FUENTE: INE. Compañía Industrial de Tabacos S.A. (CITSA), SENASAG

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros del INE, SENASAG e informes de la Compañía Industrial de Tabacos S.A. (CITSA

84.- Registros de contrabando de tabaco

DEFINICIÓN: Detección y/o incautación de productos de tabaco que se comercian sin pago de impuestos ni registro sanitario

FUENTE: GAD SEDES UNIDADES DE SALUD AMBIENTAL. GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES SALUD AMBIENTAL, municipios, SENASAG Y VDDUC

85.- Sanciones por venta de tabaco a menores

DEFINICIÓN: número de sanciones por incumplimiento de la LEY N° 1280, DE 13 DE FEBRERO DE 2020, LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL AL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO de Bolivia

FUENTE: GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES, municipios, SENASAG Y VDDU

86.- Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de tabaco

DEFINICIÓN: número de sanciones por incumplimiento de la LEY N.ª 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS de Bolivia.

FUENTE: GAM. SENASAG. VICEMINISTERIO DE DEFENSA DE LOS DERECHOS DEL USUARIO Y DEL CONSUMIDOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: consulta de los datos referidos Bolivia sobre registros de SEDES, municipios, SENASAG Y VDDUC

87.- Volumen de las compras de bebidas alcohólicas y tabaco, realizadas por los hogares

DEFINICIÓN: cantidad de compra de productos de alcohol y tabaco por hogar en un mes.

FUENTE: INE

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Extracción de la base de datos del INE pregunta sección 9 gastos en alimentación dentro del hogar número 75, sección 9 gastos del hogar número 20, todo ello mensual.

88.- Volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas y tabaco, realizado por los hogares.

DEFINICIÓN: cantidad de gasto en el hogar de alcohol y tabaco por hogar en un mes.

FUENTE: INE

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Extracción de la base de datos del INE pregunta sección 9 gastos en alimentación dentro del hogar número 75, sección 9 gastos del hogar número 20, todo ello mensual.

89.- Diligencias y denuncias por alcoholemias y consumo de drogas positivas, manejando vehículos.

DEFINICIÓN: número de pruebas de alcoholemia realizadas en Bolivia con resultados positivos (que superan las tasas máximas de alcoholemia permitidas) a lo largo de un año natural.

FUENTE: FUENTE: POLICIA DE TRANSITO.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión anual por parte de la Policía de tránsito de la estadística con el número de pruebas de alcoholemias practicadas y de aquellas con resultados positivos, según controles rutinarios.

90.- Conductores fallecidos en los que se detecta la presencia de alcohol u otras drogas.

DEFINICIÓN: conductores fallecidos en accidentes de tránsito registrados en Bolivia donde se detecta la presencia de alcohol y de otras drogas, durante un determinado año.

FUENTE: POLICIA DE TRANSITO. INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: el Instituto nacional de toxicología toma muestras biológicas de todos los cadáveres y las remite a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de promoción para si inclusión en la base de datos. En ANEXO 7 se propone un modelo de registro de estos casos.

91.- Accidentes de tránsito en los que la alcoholemia es positiva o a drogas

DEFINICIÓN: número de pruebas de alcoholemia en casos de accidentados realizadas en Bolivia con resultados positivos (que superan las tasas máximas de alcoholemia permitidas) a lo largo de un año natural.

FUENTE: POLICIA DE TRANSITO.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: remisión anual por parte de la Policía de tránsito de la estadística con el número de pruebas de alcoholemias practicadas y de aquellas con resultados positivos, según accidente de tránsito.

92.- Población reclusa incorporada a programas de tratamiento por adicción a drogas por género.

DEFINICIÓN: Número de personas privadas de libertad que acceden a programas de tratamiento dentro de la prisión.

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cesión anual de datos por parte de la Unidad de Salud de régimen penitenciario del número de PPL atendidos en programas de adicciones.

93.- Derivaciones a centros comunitarios de tratamiento como alternativa a la prisión.

DEFINICIÓN: Número de personas privadas de libertad que acceden a programas fuera de prisión para rehabilitación de su adicción.

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cesión anual de datos por parte de la Unidad de Salud de régimen penitenciario del número de PPL atendidos en programas de adicciones fuera de prisión.

94.- Beneficiarios de medidas alternativas a la privación de libertad por género

DEFINICIÓN: Número de personas privadas de libertad que acceden a programas comunitarios de alternativas a la prisión por todos los conceptos (no solo por adicción)

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: cesión anual de datos por parte de la Unidad de Salud de régimen penitenciario y Fiscalía del número de PPL beneficiados por alternativas a la prisión.

95.- Adolescentes y jóvenes privados de libertad por drogas, 14 a 17 años por género

DEFINICIÓN: Numero de Adolescentes y jóvenes infractores por aplicación de la Ley 1008

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: recopilación de datos de Centros de Acogida de SEDEGES de Bolivia y remisión a unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de promoción.

96.- Numero de adolescentes con responsabilidad penal en programas psicosociales

DEFINICIÓN: Numero de Adolescentes y jóvenes infractores con problemas de consumo de drogas en programas psicosociales.

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: recopilación de datos de programas de menores de riesgo de SEDEGES de Bolivia, régimen penitenciario y órganos judiciales y remisión a unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de promoción.

97.- Penas no privativas de libertad promovidas en caso de consumo de drogas por género

DEFINICIÓN: Numero de penas que no conllevan prisión en adultos y jóvenes con problemas de consumo de drogas en programas comunitarios.

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: recopilación de datos de SEDEGES de Bolivia, régimen penitenciario y órganos judiciales y remisión a unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de promoción.

98.- Privados de libertad por narcotráfico (ley 1008) por género

DEFINICIÓN: Numero de privados de libertad de todas las edades por delitos por tráfico.

FUENTE: Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. Módulo bio-psico-social. SEDEGES. Órganos judiciales y fiscales.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: recopilación de datos de SEDEGES de Bolivia, régimen penitenciario y órganos judiciales y remisión a unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de promoción.

99.- Volumen de intervenciones de problemas de drogas (incluido alcohol) en cada nivel de atención (sistema público) por género.

DEFINICIÓN: número anual de intervenciones profesionales por problemas de abuso o dependencia a distintas drogas (alcohol incluido), en global en todos los niveles.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: suma de intervenciones de inicio de tratamiento en un determinado período (año) y de aquellos otros que estando ya en tratamiento recibieron otras intervenciones en ese período.

100.- Número de casos de problemas de drogas (incluido alcohol) únicos detectados o atendidos al año por niveles (sistema público) por género.

DEFINICIÓN: número de casos detectados y/o atendidos en todos los niveles de atención

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: suma de casos atendidos en un determinado período (año) se registran en el SNIS y se reportan a la Unidad de salud mental y adicciones de la DIR. de Promoción.

101.- Volumen de diagnósticos agrupados según nivel de atención (sistema público) por género.

DEFINICIÓN: volumen de diagnósticos agrupados de problemas de adicciones (incluido alcohol), según cada nivel de atención se salud

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: suma diagnósticos anuales que se registran en el SNIS y se reportan a la Unidad de salud mental y adicciones de la DIR. de Promoción.

102.- Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

DEFINICIÓN: número de admisiones a tratamiento por problemas con alcohol o drogas y psicofármacos sin receta, según cada nivel de atención de salud

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: suma de admisiones a tratamiento anuales que se registran en el SNIS y se reportan a la Unidad de salud mental y

adicciones de la DIR. de Promoción. Se propone en ANEXO 4 un conjunto de datos específico para este tipo de admisiones por drogas.

103.- Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a Sustancias Psicoactivas.

DEFINICIÓN: número anual de muertes por reacción adversa aguda tras el consumo no médico e intencional de sustancias psicoactivas registradas en Bolivia (muertes inducidas o provocadas directamente por el consumo reciente y sin carácter médico de sustancias psicoactivas).

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES. SNIS

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: el Instituto Nacional de Toxicología toma muestras biológicas de todos los cadáveres y las remite a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción. En ANEXO 6 se propone un modelo de registro.

104.- Indicador Urgencias Hospitalarias en Consumidores de Sustancias Psicoactivas.

DEFINICIÓN: número de admisiones en el año de urgencia cuyo motivo principal de ella es el uso de alcohol o drogas, por sobredosis o intoxicación por drogas ilegales o alcohol, o por drogas combinadas con alcohol o medicamentos.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: se recoge por parte de los servicios de urgencia en indicador que es remitido al SNIS, y este, anualmente remite la información a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción.

105.- Ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación

DEFIINICIÓN: número de ingresos hospitalarios al año de personas para realizar un proceso de desintoxicación de alcohol o drogas ilegales.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: se recoge por parte de los servicios de epidemiologia de hospitales en indicador que es remitido al SNIS, y este, anualmente remite la información a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción.

106.- Morbilidad hospitalaria por tabaco, alcohol y drogas (patologías al alta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas)

DEFIINICIÓN: altas hospitalarias por patologías relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco y otras drogas durante un año determinado en los hospitales de Bolivia, según criterio establecido en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) hospitalarios.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: se recoge por parte de los servicios de epidemiologia de hospitales en indicador que es remitido al SNIS, y este, anualmente remite la información a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción. Requiere una elaboración de calculo que es aplicar la fracción atribuible al uso de tabaco, alcohol o drogas a las patologías más habituales para obtener la morbilidad por el uso de esas sustancias.

107.- Muertes relacionadas con el consumo de alcohol

DEFINICIÓN: muertes registradas en Bolivia por enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: los hospitales de referencia realizan la notificación de las defunciones al SNIS por motivo de fallecimiento, que son consolidadas el Registro de Hechos Vitales. De aquí se hace un cálculo de las muertes atribuibles a las patologías atribuibles al tabaco, alcohol y otras drogas. El SNIS remitirá

la información a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, para proceder al cálculo de los fallecidos. Se propone hoja de registro con patologías más frecuentes ANEXO 9

108.- Muertes relacionadas con el consumo de tabaco.

DEFINICIÓN: muertes registradas en Bolivia por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: los hospitales de referencia realizan la notificación de las defunciones al SNIS por motivo de fallecimiento, que son consolidadas el Registro de Hechos Vitales. De aquí se hace un cálculo de las muertes atribuibles a las patologías atribuibles al tabaco, alcohol y otras drogas. El SNIS remitirá la información a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción, para proceder al cálculo de los fallecidos. Se propone hoja de registro con patologías más frecuentes ANEXO 9

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. HOSPITALES DE REFERENCIA. SEDES.

109.- Evolución de la infección por VIH, hepatitis y tuberculosis según categoría de transmisión en consumidores de drogas

DEFINICIÓN: sujetos admitidos a tratamiento por problemas de abuso o dependencia a sustancias psicoactivas en los que, por métodos objetivos, se detecta la presencia de las siguientes infecciones o enfermedades:

- Marcadores de la infección por hepatitis A, B o C.
- Marcadores de la Infección por VIH/SIDA.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Infección tuberculosa.
- Enfermedad tuberculosa

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE. Registros hospitalarios. Programas de Infecciosas SEDES.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: indicador que se puede obtener del reporte que hará los programas de VIH de SEDES, se recopilará la información para ser enviada a unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción. La información que dispone el SNIS también será enviada. El mismo proceso para el resto de infecciosas de interés. Se propone un modelo que amplía la información de enfermedades infecciosas y de salud mental en ANEXO 5.

110.- Numero semestral de actos violentos de pareja con presencia de alcohol y drogas

DEFINICIÓN: El indicador se refiere a actos de violencia notificados en los que se puede determinar que hubo ingesta de alcohol u otras drogas.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, SEDES, SEDEGES, SLIM, DEFENSORIA DEL MENOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Se notificará por parte de todas las SEDEGES y SEDES que dispongan programa de violencia de genero. De igual modo las Defensorías del menor y SLIMS. Se reportará a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción.

111.- Numero semestrales actos violentos intrafamiliar con presencia de alcohol y drogas.

DEFINICIÓN: El indicador se refiere a actos de violencia notificados en los que se puede determinar que hubo ingesta de alcohol u otras drogas.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, SEDES, SEDEGES, SLIM, DEFENSORIA DEL MENOR

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Se notificará por parte de todas las SEDEGES y SEDES que dispongan programa de violencia intrafamiliar. De igual modo las Defensorías del menor y SLIMS. Se reportará a la unidad de salud mental y adicciones de la Dir. de Promoción.

112.- Acceso a poblaciones especificas (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados)

DEFINICIÓN: Indicador sobre las características de poblaciones de más difícil estudio, sus determinantes sociales o culturales para el consumo.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Realización de estudios específicos de campo por métodos cualitativos de abordaje. Las conclusiones de los mismos serán incorporadas al SIISSD.

113.- Determinación de variables a incluir en análisis cuantitativos

DEFINICIÓN: Indicador sobre determinación de variables de interés en estudio de encuesta mediante análisis exploratorios en las poblaciones objeto de estudio

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Realización de estudios específicos de campo por métodos cualitativos de abordaje. Las conclusiones de los mismos serán incorporadas al SIISSD.

114.- Análisis de contextos comunitarios previos a intervención preventiva y asistencial

DEFINICIÓN: Indicador sobre contextos en que se implantan programas de promoción, prevención y de tratamiento de adicciones, que se incorporan a la planificación de acciones que asegure la apropiación de los programas.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Realización de estudios específicos de campo por métodos cualitativos de abordaje. Las conclusiones de los mismos serán incorporadas al SIISSD.

115.- Análisis previo de factores de riesgo en contextos específicos para orientar enfoques epidemiológicos

DEFINICIÓN: Indicador sobre factores de riesgo en contextos específicos de contextos que se incorporan a los estudios epidemiológicos.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Realización de estudios específicos de campo por métodos cualitativos de abordaje. Las conclusiones de los mismos serán incorporadas al SIISSD.

116.- Tendencias de consumos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) Ketamina, cannabinoides sintéticos, LSD, fenciclidinas, catinonas sintéticas, otras.

DEFINICIÓN: Indicador sobre tendencias de consumo de nuevas drogas que no se detectan en encuestas y que su abordaje se hará por métodos cualitativos.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD, Academia y entidades de trabajo en terreno y entidades de investigación.

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DEL INDICADOR: Realización de estudios específicos de campo por métodos cualitativos de abordaje. Las conclusiones de los mismos serán incorporadas al SIISSD.

CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA DE INFORMACION DE IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)

1.- EL SIISSD está pensado como una pieza más del engranaje de los sistemas de información que forman parte del Observatorio Boliviano de seguridad ciudadana y lucha contra las drogas (OBSCD) y debe ser entendido como un todo interrelacionado.

2.- Sin embargo, por la especificidad de los indicadores referidos en gran medida a salud pública y comportamientos de riesgo, se aconseja que el SIISSD, sea dirigido y alimentado por el Ministerio de Salud junto con los SEDES departamentales.

3.- 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 SIISSD, y generando reportes para planificadores y directivos.

4.- La Constitución de la Red de Informantes del SIISSD, 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 SIISSD en cada departamento y a nivel estatal.

5.- Se recomienda una implantación progresiva del SIISSD, de modo que se va 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.

6.- El SIISSD está íntimamente ligado al sistema de información de la atención a la salud mental y adiciones. De modo que el SIAASM dispone de indicadores sobre el impacto en el sistema de salud, en el SIISSD se contempla, pero forma más superficial. Y especialmente, resulta muy útil lo referido a la producción de servicios de salud mental y adicciones del SIISSD.

7.- Se recomienda una mayor socialización con los departamentales y otras entidades informantes, dado que su rol es muy importante para la implementación del SIISSD, y no se ha podido llevar por completo la socialización requerida.

8.- 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.

9.- Evaluar el SIISSD 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 especifica de este sistema de información.

10.- Se recomienda que se cree una unidad para la gestión de SIISSD 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, medio educativo, justicia, fiscalía, prisiones, SEDES y SEDEGES y otros grupos de interés de modo periódico.

11.- 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.

12.- 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 SISSD.

ANEXO 1- HOJA DE RELEVAMIENTO DE INFORMACION.

CUESTIONARIO DE RECOGIDA DE INFORMACION SOBRE FUENTES DE DATOS PARA EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD)

INSTRUCCIONES

Seguidamente se relacionan diferentes tipos de información relativa al impacto social y en salud de las drogas (incluido alcohol y tabaco). Engloban diferentes ámbitos: sanitario, forense, social, judicial, penal, policial, académico y otros.

Por otro lado, diferentes tipos de información: estudios periódicos, informes, estadísticas, registros de datos, encuestas y otros.

Usted pertenece a un sector de trabajo que maneja información que es relevante para conocer la situación del impacto de las drogas en Bolivia. Es nuestro interés conocer qué tipo de información registra en su trabajo, en que formato (papel, digital, otros), con qué periodicidad se registra dicha información y si se pudiera remitir periódicamente al SISTEMA DE INFORMACION DEL IMPACTO SOCIAL Y EN SALUD DE LAS DROGAS (SIISSD) del Ministerio de Salud, dicha información (previo acuerdo institucional entre las partes de formar parte de la RED DE INFORMANTES DEL SIISSD).

Más abajo, se relaciona el tipo de información que creemos que su departamento o unidad podría estar relevando o simplemente disponen de la misma, aunque no se esté registrando sistemáticamente.

Le ruego que lea atentamente y rodee con un círculo si disponen o no de la información relacionada con las drogas, y puede añadir un comentario acerca del tipo de información que dispone y que no está recogida en este cuestionario; así como una persona de contacto para más información. Rodee también la opción sobre la periodicidad con que recogen la información. Y, por último, responda si

pudieran remitir periódicamente información formando parte de la Red de Informantes del SIISSD del Ministerio de salud.

Al final, se deja un espacio blanco para completar, si lo considera oportuno, otros tipos de datos que disponen, estudios, registros que pueden ser de interés en el ámbito de las drogas.

DATOS DE FILIACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS:

LUGAR DE TRABAJO (escriba en qué trabaja: institución o entidad y puesto de trabajo):

_____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TIPO DE INDICADOR	INFORMACIÓN REQUERIDA	Sí, tenemos disponible esta información (es suficiente que se disponga solo alguna de las informaciones que se señalan)	No disponemos de esta información
1) Encuestas y estudios sobre consumo de drogas y alcohol y tabaco. Adultos, universitarios, jóvenes, otros grupos. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ CONALTID ✓ SEDES ✓ MUNICIPIOS (Los más importantes) ✓ Ministerio de salud ✓ Ministerio de educación ✓ Ministerio Gobierno (VDS)	○ Prevalencias de los consumos de alcohol, tabaco, psicofármacos y drogas. ○ Edades de inicio al consumo (tabaco, alcohol otras drogas) ○ Percepción del riesgo asociado al consumo de tabaco, alcohol y drogas. ○ Incidencias de consumo por drogas, tabaco y alcohol. ○ Disponibilidad percibida de las drogas, tabaco y alcohol. ○ Consumo excesivo de alcohol y dependencia y de otras drogas. ○ Consumo de tabaco.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información**	NO

✓ UNODC ✓ CICAD ✓ OPS-OMS ✓ INE	o Problemas asociados al consumo de drogas: accidentes, peleas y agresiones, problemas laborales, problemas económicos por el consumo, problemas familiares, necesidad de atención sanitaria urgente.	**periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique nombre de las encuestas o estudios si los conoce, o persona que pueda informar de ello)	

2. Registros de datos de actividad de <u>programas de promoción, prevención y de reinserción</u>, sobre drogas o alcohol y tabaco.	○ Tipos de programas, tipo de usuarios, datos de usuarios, coberturas (numero, genero, edad, etc.) ○ Indicadores de implementación de los recursos y programas de incorporación social para	SI -**Formato de la información:**	NO

Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a: ✓ Ministerio de Salud ✓ SNIS VE ✓ Ministerio de Educación ✓ SEDES ✓ SEDEGES ✓ MUNICIPIOS (los más importantes) ✓ Ministerio de Gobierno: VDS ✓ ONG (hacer relación de ellas) ✓ OPS	consumidores en riesgo de exclusión social. ○ Beneficiarios de programas de incorporación social consumidores en riesgo de exclusión social.	Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO Comentarios: (especifique nombre de los programas o persona de contacto que pueda informar)	

3. Información sobre variables escolares, y específicas sobre programas escolares sobre drogas, relevantes por ser factores de riesgo de uso de drogas y alcohol. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ Ministerio de Educación ✓ G.A. Departamentales SEDES ✓ G.A. Municipales	◦ Absentismo escolar. ◦ Alumnos repetidores de curso. ◦ Población beneficiaria de los programas de prevención escolar. ◦ Población beneficiaria de los programas de prevención familiar. ◦ Cobertura de los programas de prevención escolar. ◦ Cobertura de los programas de prevención familiar.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO Comentarios: (especifique nombre de los programas o	NO

		persona de contacto que pueda informar)	
4. Información sobre menores en situación de riesgo y uso de drogas. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ Ministerio de salud ✓ Ministerio de justicia ✓ Ministerio de educación. ✓ SEDES ✓ SEDEGES ✓ Defensorías del menor ✓ SLIMS. ✓ INE	◦ Menores con medidas de protección cuyos progenitores presentan problemas con las drogas y/o de alcoholismo ◦ Menores con medidas de protección (tutela o guarda) con consumos alcohol y drogas. ◦ Menores en maltrato, negligencia o abandono. ◦ Menores en situación de riesgo social consumidores de drogas o alcohol.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información**	NO

		periódicamente: SI NO Comentarios: (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
5. Información sobre capacitaciones a profesionales y responsables de salud, educación, SEDES, SEDEGES, SLIMS, ONG y otros en drogas.	○ Profesionales de primer nivel formados en detección y manejo de adicciones. ○ Profesionales de CIAFC formados en programas de adicciones. ○ Profesionales de segundo y tercer nivel formados en programas de adicciones.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:**	NO

Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a: ✓ SNIS-VE. ✓ UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DG DE PROMOCIÓN. ✓ GAD SEDES y GAM. ✓ ONG ✓ ASOCIACION NACIONAL DE LA PRENSA BOLIVIA.	○ Profesionales de ONG y hospitales privados en programas de adicciones. ○ Directivos y mandos intermedios capacitados en salud mental y adicciones. ○ Profesionales de medios de comunicación capacitados en adicciones y su manejo informativo. ○ Profesionales de todos los ámbitos formados en promoción y prevención de adicciones.	Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	

6. Información sobre <u>control de la oferta de drogas ilícitas.</u> **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ Ministerio de gobierno. FLCN ✓ OBSCD	○ Incautaciones de diferentes drogas, desagregadas por zonas. ○ Detenciones por uso, posesión y tráfico ilícito de drogas, desagregadas por zonas. ○ Purezas de las sustancias según unidad de comercialización.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona	NO

		de contacto que pueda informar)	
7. Información sobre <u>control sobre venta de bebidas alcohólicas.</u> **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ SEDES SALUD AMBIENTAL ✓ MUNICIPIOS	◦ Volumen de ventas de bebidas alcohólica. ◦ Volumen del contrabando de bebidas alcohólicas. ◦ Datos sobre adulteración de bebidas.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información**	NO

		periódicamente: SI NO Comentarios: (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
8. Información sobre control de venta y publicidad de productos del tabaco. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ GAM ✓ SEDES	○ Volumen de las ventas globales de labores de tabaco. ○ Datos de contrabando de tabaco. ○ Exposición de jóvenes a la publicidad, ofertas de productos de tabaco gratis. ○ Intención de abandono tras exponerse a advertencias sanitarias.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:**	NO

		Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	

9. Información <u>sobre gasto en bebidas alcohólicas y tabaco en hogares</u> **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ INE	○ Volumen de las compras de bebidas alcohólicas y tabaco, realizadas por los hogares. ○ Volumen del gasto destinado a la adquisición de bebidas alcohólicas y tabaco, realizado por los hogares.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona	NO

		de contacto que pueda informar)	
10. Información sobre <u>conducción de vehículos y uso de alcohol y drogas</u>. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ POLICIA DE TRÁNSTO	○ Diligencias y denuncias por alcoholemias y consumo de drogas positivas, manejando vehículos.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información**	NO

		periódicamente: SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
12. Información sobe <u>medias judiciales y población penitenciaria</u>. (adolescentes y adultos) **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:**	○ Privados de libertad por narcotráfico (ley 1008). ○ Población reclusa incorporada a programas de tratamiento por adicción a drogas o alcohol. ○ Derivaciones a centros comunitarios de tratamiento.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital	NO

✓ Ministerio de Gobierno. D.G. de Régimen Penitenciario. ✓ SIPENBOL: Módulo de gestión de salud. ✓ Módulo bio-psico-social. SEDEGES. ✓ Ministerio de justicia (órganos judiciales)	○ Beneficiarios de medidas alternativas a la privación de libertad. ○ Adolescentes y jóvenes privados de libertad por problemas con drogas (14 a 17 años). ○ Penas no privativas de libertad promovidas en caso de consumo de drogas.	**-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
12. <u>Información sobre el impacto en el sistema de</u>	○ Indicador Admisión a Tratamiento por Consumo de Sustancias Psicoactivas. ○ Indicador Urgencias Hospitalarias en		NO

salud de las adicciones (primer, segundo o tercer nivel de salud general o salud mental y drogas) **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DG DE PROMOCIÓN. UNIDAD DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES. ✓ SNIS-VE ✓ GAD Y GAM ✓ HOSPITALES DE REFERENCIA	Consumidores de Sustancias Psicoactivas. ◦ Indicador admisión a tratamiento. ◦ Volumen asistencial. ◦ Indicador volumen asistencial (pacientes en tratamiento). ◦ Ingresos en unidades hospitalarias de desintoxicación. ◦ Urgencias hospitalarias por consumo de alcohol y drogas.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO Comentarios:	

		(especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
13. <u>Información sobre la morbilidad y mortalidad</u> directa o indirecta por consumo de alcohol y drogas. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ INSTITUTO NACIONAL DE TOXICOLOGÍA Y CIENCIAS FORENSES ✓ Registro de Salud SNIS-VE ✓ Registros hospitalarios. ✓ Registros de salud Pública. ✓ GAD SEDES	◦ Indicador Mortalidad por Reacción Aguda a drogas. ◦ Mortalidad por patologías relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco o drogas. ◦ Morbilidad hospitalaria por tabaco, alcohol y drogas (patologías al alta relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol y drogas). ◦ Conductores fallecidos en los que se detecta la presencia de alcohol u otras drogas.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información**	NO

		periódicamente: SI NO Comentarios: (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
14. Información sobre incumplimiento de la regulación sobre tabaco y bebidas alcohólicas. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ GAM	○ Sanciones por venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores. ○ Sanciones por actividades ilícitas de promoción y publicidad de bebidas alcohólicas y tabaco. ○ Sanciones por adulteración de bebidas alcohólicas.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital	NO

		-Periodicidad de recogida de la información: Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO Comentarios: (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	

15. Información sobre enfermedades infecciosas en usuarios de drogas. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ MINISTERIO DE SALUD. SNIS-VE ✓ Registros hospitalarios. ✓ CDVIR LA PAZ	○ Evolución de la infección por VIH según categoría de transmisión en usuarios de drogas. ○ Evolución de Hepatitis en usuarios de drogas. ○ Evolución de TBC en usuarios de drogas ○ Prevalencia de la infección por VIH/SIDA en pacientes admitidos a tratamiento.	SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO Comentarios: (especifique las fuentes, o persona	NO

16. Indicadores sobre violencia de género e intrafamiliar y consumo de alcohol y drogas. **Fuentes de información. Se debe enviar este grupo de indicadores a:** ✓ MINISTERIO DE SALUD ✓ SEDES ✓ SEDEGES ✓ SLIM	✓ Actos violentos de pareja e intrafamiliar con presencia de alcohol y drogas.	de contacto que pueda informar) SI -**Formato de la información:** Papel Digital **-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:**	NO

		SI NO Comentarios: (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	
18. Informaciones cualitativas sobre variables relevantes para planificación de recursos, prevención y promoción, intervenciones sistémicas en drogas.	○ Conocimiento de consumo de drogas o alcohol en poblaciones especiales (menores vulnerables, población indígena, consumidores no visibilizados) ○ Tendencias de consumos de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) Ketamina, cannabinoides sintéticos,	SI -**Formato de la información:** Papel Digital	NO

	LSD, fenciclidinas, catinonas sintéticas, otras. ○ Estudios de contextos de comunitarios de riesgo para consumo y microtráfico de drogas. ○ Tipologías y modos de consumo. ○ Estudios de riesgos con enfoque de genero	**-Periodicidad de recogida de la información:** Diaria semanal mensual anual Sin periodo fijo **- Disponibilidad de envío de la información periódicamente:** SI NO <u>Comentarios:</u> (especifique las fuentes, o persona de contacto que pueda informar)	

INFORMACION ADICIONAL

AÑADA AQUÍ INFORMACIONES, DATOS O ESTUDIOS DISPONIBLES EN SU LUGAR DE TRABAJO SOBRE ALCOHOL, TABACO O DROGAS, NO REFERIDAS MAS ARRIBA.

NECESIDADES EN MATERIA DE INFORMACION SOBRE DROGAS

¿Qué tipo de problemas hay actualmente en la información que su institución registra actualmente?:

1. no se registra la variable uso de drogas	SI	NO
2. no es fácil usar la fuente de datos	SI	NO
3. falta de comunicación o coordinación entre organismos	SI	NO (
4. falta de ítems para realizar la tarea	SI	NO
5. carencia de capacitación para registrar.	SI	NO
6. Otras (diga cuáles)		

ANEXO 2. ESTADÍSTICA DE MENORES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CUYOS PROGENITORES PRESENTAN PROBLEMAS DE ADICCIÓN A LAS DROGAS POR DEPARTAMENTOS DE BOLIVIA

AÑO:

Persona con adicción	**BENI**	**CHUQUISACA**	**COCHABAMBA**	**LA PAZ**	**ORUO**	**PANDO**	**POTOSI**	**STA. CRUZ**	**TARIJA**	**TOTAL**
Padre										
Madre										
Ambos progenitores										
Pareja del padre										
Pareja de la madre										
TOTAL										

NOTA: durante el proceso de recogida de datos se registrará en SEDEGES de residencia de los menores beneficiarios de las medidas de protección, con independencia de que las estadísticas se agrupen por zonas.

ANEXO 3. ESTADÍSTICA DE MENORES CON MEDIDAS DE PROTECCIÓN CON CONSUMOS PROBLEMÁTICOS DE DROGAS

AÑO:

SUSTANCIAS CONSUMIDAS CON UN PATRÓN PROBLEMÁTICO	**Nº MENORES CONSUMIDORES**
Alcohol	
marihuana	
Cocaína	
Pasta Base	
MDMA	
Alucinógenos	
Inhalables volátiles	
Heroína, opiáceos sintéticos	
Otras (especificar)	
TOTAL	

ANEXO 4: HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

1 N º de identificación del centro

2 N º historia clínica

3 Fecha admisión a Tratamiento — Día / Mes / Año

4 Dos primeras letras de los dos apellidos

5 Sexo
1. Hombre 2. Mujer 9. Desconocido

6 Fecha nacimiento — Día / Mes / Año

7 Lugar de nacimiento

7a España: Provincia nacimiento

7b Extranjero: .....
(Escribir nombre del país)

8 Nacionalidad: .....
(Escribir nombre del país)

9 Provincia de residencia
(códigos en hoja de instrucciones)

10 Municipio de residencia:.
.....
(Escribir nombre del municipio)

11 Droga principal por la que es admitido a tratamiento .....
(escribir el nombre de la sustancia)

12 Frecuencia de consumo de la droga principal, en los 30 días previos a la admisión a tratamiento
1. Todos los días
2. 4-6 días/semana
3. 2-3 días/semana
4. 1 día/semana
5. Menos de 1 día/semana
6. No consumió
9. Desconocido

13 Año de inicio del consumo de la droga principal
9999 Desconocido

14 Tratamiento previo por la misma droga por la que va a tratarse actualmente
1. Sí 2. No 9. Desconocido

15 Vía más frecuente de administración de la droga principal en los últimos 30 días de consumo
01. Oral
02. Pulmonar o fumada (aspiración de gases o vapores, chinos)
03. Intranasal o esnifada (aspiración de polvo por la nariz)
04. Parenteral o Inyectada
05. Otra (especificar).....
99. Desconocida

16 Otras drogas consumidas en los últimos 30 días previos a la admisión a tratamiento (escribir el nombre de la sustancia)
16a .....
16b .....
16c .....
16d .....

17 Tiempo transcurrido desde que se inyectó por última vez cualquier sustancia psicoactiva
01. Menos de una semana
02. Menos de un mes
03. Menos de seis meses
04. Menos de un año
05. Uno o dos años
06. Tres o cuatro años
07. Cinco a nueve años
08. Diez o más años
09. Nunca se ha inyectado

18 Estado serológico objetivo frente al **VIH**
1. Positivo
2. Negativo con análisis últimos 6 meses
3. Negativo sin análisis últimos 6 meses
4. Negativo sin saber fecha análisis
5. Con análisis, pendiente de resultado
6. No se ha realizado análisis
9. Desconocido

19 Situación laboral principal en el momento de la admisión a tratamiento
01. Contrato o relación laboral indefinida o autónomo
02. Contrato o relación laboral temporal (aunque esté de baja)
03. Trabajo sin sueldo para familia
04. Parado, nunca trabajó
05. Parado, trabajó antes
06. Incapacidad permanente o pensionista
07. Estudiante / opositor
08. Labores del hogar exclusivamente
09. Otro .....
99. Desconocido

20 Máximo nivel de estudios completado
01. No sabe leer ni escribir
02. Enseñanza primaria incompleta
03. Enseñanza primaria completa
04. E. secundaria 1ª etapa, EGB, ESO, FPI o de grado medio
05. E. secundaria 2ª etapa, BUP, COU, FP-2
06. Estudios universitarios medios
07. Estudios universitarios superiores
08. Otros .....
99. Desconocido

21 Fuente de referencia principal

01. Otro servicio de tratamiento de drogodependencias
02. Médico general, atención primaria de salud
03. Hospital u otros servicios de salud
04. Servicios Sociales
05. Prisión, centro de reforma o internamiento cerrado de menores
06. Servicios legales o policiales
07. Empresa o empleador
08. Familiares o amigos/as
09. Iniciativa propia
10. Otra .....
99. Desconocido

22 Convivencia en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

01. Solo/a
02. Únicamente con pareja
03. Únicamente con hijos/as
04. Con pareja e hijos/as
05. Con padres o familia de origen
06. Con amigos/as
07. Otros .....
99. Desconocido

23 Lugar donde ha vivido en los 30 días previos a la admisión a tratamiento

01. Casa, piso, apartamento
02. Prisión, centro de reforma o internamiento cerrado para menores
03. Otras instituciones
04. Pensiones, hoteles, hostales
05. Alojamiento inestable / precario
06. Otro lugar .....
99. Desconocido

24 Número de hijos menores de 18 años

ANEXO 5: AMPLIACIÓN DE VARIABLES DE TIPO SANITARIO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE ADMISIÓN A TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

25 **Hepatitis**	Marcadores infección			Vacunación		
	1. Sí	2. No	9.Desconocido	3. Sí	4. No	9. Desconocido
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Hepatitis C						
Otra ……						

26 **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

1. Sí 2. No 9. Desconocido

27 **Enfermedad de transmisión sexual**

1. Sí 2. No 9. Desconocido

En caso afirmativo, especificar ……

28 **Infección tuberculosa**

28a Reciente (últimos 12 meses)

1. Diagnóstico de certeza 3. No
2. En estudio 9. Desconocido

28b Antigua (> 12m)

1. Diagnóstico de certeza 3. No
2. En estudio 9. Desconocido

29 **Enfermedad tuberculosa**

29a Reciente (últimos 12 meses)

29b Antigua (> 12m)

1. TB pulmonar 3. No
2. TB extrapulmonar o sistémica 9. Desconocido

30 **Tratamiento psiquiátrico alguna vez en la vida**

	1. No 2. Una vez 3. Varias veces en una sola temporada 4. Varias veces en distintos momentos 9. Desconocido	
31	**Tratamiento psiquiátrico actual**	
	1. SI 2. No 9. Desconocido	

ANEXO 6: ESTADÍSTICA ANUAL DE MUERTES POR REACCIÓN AGUDA AL CONSUMO DE SUSTANCIA PSICOACTIVAS BOLIVIA

CARACTERÍSTICAS DE LOS FALLECIDOS	NÚMERO DE CASOS	%
Sexo		
• Hombres		
• Mujeres		
Edad		
• > 18 años		
• 18-24 años		
• 25 a 29 años		
• 30 a 34 años		
• 35 a 40 años		
• 41 o más		
• Edad media		
•		
Sustancias detectadas		
• Heroína		
• Cocaína		
• Pasta base		
• MDMA		
• Metanfetaminas		
• Benzodiacepinas		
• Alcohol		
• Otras		
Sustancia responsable de la muerte		
• Heroína, opiáceos sintéticos		
• Cocaína		

- Pasta base
- MDMA
- Metanfetaminas
- Benzodiacepinas
- Alcohol
- Otras

TOTAL FALLECIDOS

ANEXO 7: ESTADÍSTICA ANUAL CON LOS RESULTADOS TOXICOLÓGICOS PRACTICADOS A LOS CONDUCTORES FALLECIDOS EN ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN EN BOLIVIA

CARACTERÍSTICAS DE LOS FALLECIDOS	NÚMERO DE CASOS	%
Sexo		
• Hombres		
• Mujeres		
Edad		
Día del accidente		
• Día laborable		
• Fin de semana		
Resultados de la alcoholemia		
• Alcoholemias positivas		
• Alcoholemias negativas		
Nivel de alcohol etílico detectado		
• 0 gr/l		
• 0,10 -0,30 gr/l		
• 0,31- 0,50 gr/l		
• 0,51-0,80 gr/l		
• 0,81-1,50 gr/l		
• 1,51-2,50 gr/l		
• 2,51 o más gr/l		
Asociaciones de drogas, psicofármacos o medicamentos que afectan a la conducción con alcohol		

- Alcohol y psicofármacos/medicamentos
- Alcohol y drogas
- Alcohol, psicofármacos/medicamentos y drogas

Asociaciones de drogas y psicofármacos o medicamentos que afectan a la conducción sin alcohol

- Sólo psicofármacos/medicamentos
- Sólo drogas
- Psicofármacos/medicamentos y drogas

ANEXO 8: ESTADÍSTICA ANUAL DE MORTALIDAD POR CAUSAS RELACIONADAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN BOLIVIA

CAUSA DE LA MUERTE	Nº DE MUERTES
• Tumor maligno de faringe	
• Tumor maligno de laringe	
• Psicosis alcohólica	
• Síndrome dependencia alcohólica	
• Abuso del alcohol	
• Polineuropatía alcohólica	
• Cardiomiopatía alcohólica	
• Hepatopatía crónica	
• Pancreatitis aguda	
• Pancreatitis crónica	
TOTAL	

ANEXO 9: ESTADÍSTICA ANUAL DE MORTALIDAD POR CAUSAS RELACIONADAS POR EL CONSUMO DE TABACO EN BOLIVIA

• CAUSA DE LA MUERTE	• Nº DE MUERTES
• T. Maligno de labio, cavidad oral y faringe	•
• T. Maligno de esófago	•
• T. Maligno de páncreas	•
• T. Maligno de laringe	•
• T. Maligno de tráquea, bronquios y pulmón	•
• T. Maligno de cérvix uterino	•
• T. Maligno de vejiga	•
• T. Maligno de riñón	•
• Trastorno por abuso de tabaco	•
• Cardiopatías reumáticas	•
• Enfermedad hipertensiva	•
• Cardiopatía isquémica	•
• Enfermedad cerebrovascular	•
• Arteriosclerosis-aneurisma de aorta	•
• E. pulmonar obstructiva crónica y enf. asociadas	•
• Neumonía y gripe, asma	•
• **TOTAL**	•

SUBPRODUCTO 2: DISEÑO DE PROPUESTA DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS ADICCIONES Y LA SALUD MENTAL (SIAASM)

INTRODUCCIÓN

¿Qué es un sistema de información en salud mental y adicciones?

Un sistema de información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM) es un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre una red de salud mental y las necesidades de salud mental y adicciones de la población a la que atiende.
El SIAASM aspira a mejorar la eficacia y la eficiencia de una red de salud mental y adicciones y a asegurar prestaciones más equitativas, por permitir a los gestores y proveedores de servicios tomar decisiones más informadas para mejorar la calidad de la atención. En resumidas cuentas, un SIAASM es un sistema para la actuación: existe no sólo con el objeto de recoger datos, sino también para permitir la toma de decisiones en todos los terrenos del sistema de salud mental.

Etapas de un Sistema de Información de la Atención de Adicciones y Salud Mental (SIAASM)

Dentro de un SIAASM la información atraviesa diversas etapas:
(i) Recogida: obtención de los datos. (ii) Procesamiento: movimiento de los datos desde el punto donde fueron recogidos hasta aquél donde pueden cotejarse y prepararse para el análisis. (iii) Análisis: examen y estudio de los datos. (iv) Difusión: comunicación de los resultados del análisis. (v) Utilización: aplicación de los datos para mejorar la prestación, planificación, desarrollo y evaluación de los servicios.
Es importante destacar que no es necesario procesar toda la información a nivel central. Parte de la misma puede retenerse en un determinado dispositivo de atención para su análisis y utilización dentro del propio dispositivo.

Obtención de la información de las variables que forman parte del SIAASM.

La información se obtiene de los diferentes centros y servicios de la red de salud mental y adicciones. Para que esto sea posible, dichos servicios deben disponer de los sistemas adecuados.
A efectos de esta propuesta la información proviene del primer nivel de salud, seguidamente los servicios comunitarios de salud mental prestados por el personal especializado; a continuación, se sitúan los servicios de psiquiatría ubicados en los hospitales generales y en otros servicios comunitarios formales de salud mental y, por último, los servicios especializados de salud mental de segundo y tercer nivel. En lo que concierne a esta propuesta de sistema de información SIAASM, nos centramos sólo en la atención primaria de primer nivel, los servicios psiquiátricos ubicados en hospitales generales, los servicios comunitarios formales de salud mental y adicciones (CAIFC) y los servicios especializados de salud mental (Unidades de hospitalización y Hospitales psiquiátricos).

Tipo de información que forma parte de SIAASM.

Aunque la información a recoger debe ser fruto de un análisis de necesidades entre profesionales y gestores sanitarios como se verá más adelante, los tipos de información necesarios habitualmente son:

> La información a nivel del episodio es necesaria para gestionar un episodio individual de contacto con el servicio.

> La información a nivel de caso es necesaria para atender a un usuario individual del servicio.

> La información a nivel de dispositivo asistencial es necesaria para gestionar el dispositivo asistencial específico (ya sea una institución especializada, una unidad de salud mental y adicciones en un hospital general, un equipo de salud mental y adicciones en la comunidad o un dispositivo de primer nivel de salud (PNS).

> La información a nivel de sistemas es necesaria para desarrollar una política y un plan para el sistema de salud mental y adicciones en su conjunto.

Beneficios de disponer de un SIAASM

El Sistema de Información SIAASM, una herramienta de planificación esencial: es una fuente de información precisa y consistente sobre cualquier servicio de salud mental y adicciones, ayudan a que exista una planificación coherente y, finalmente, son esenciales para la implementación y posterior evaluación de una política.
También una herramienta de prestación de servicios que ayuda a los proveedores de servicios a registrar y supervisar las necesidades de cada usuario individual, al mismo tiempo que proporcionan un medio para informar acerca de las intervenciones que se emplean, pudiendo así vincularse a la mejora constante de la calidad del servicio.
El sistema de información mejora la eficacia permitiendo la medición de aquellos indicadores explícitamente descritos por la política del servicio de salud mental y adicciones. Permiten también un seguimiento eficaz de las intervenciones clínicas que se realizan. Además, mejora la eficiencia, al medir cómo está empleando sus recursos un determinado servicio. Al ser una herramienta para la evaluación de las necesidades y su cobertura, el SIAASM encara uno de los principales retos a los que se enfrentan los servicios de salud mental y adicciones, a saber, proporcionar una atención equitativa con unos recursos escasos.

Problemas comunes en los sistemas de información sanitaria.

Aunque los sistemas de información aportan diversos beneficios, muchos de estos sistemas adolecen de problemas que es posible detectar en cada una de las etapas (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización). En el caso del SIAASM, sobre todo en países en vías de desarrollo como Bolivia, las personas involucradas en el diseño y mantenimiento del sistema nacional de información de salud (SNIS) no poseen a menudo una comprensión adecuada de la salud mental.
Estos problemas se ven agravados por los cambios que afectan en conjunto al sistema de salud, tanto en términos de estructura como de rotación de personal. Por lo tanto, se hace necesaria una planificación cuidadosa en el diseño e implementación de los sistemas de información para superar estos problemas tan comunes.

¿Por qué es necesario un módulo sobre Sistemas de información para la atención en adicciones y salud mental SIAASM?

Los sistemas de información para la salud mental y adicciones son esenciales en para todos los aspectos del sistema de salud mental y adicciones. A los gestores políticos y a los planificadores les proporcionan un método de fijar metas y objetivos para el país o región, así como de evaluar si esas metas y objetivos se están alcanzando.
A los trabajadores de la salud mental en la primera línea de la prestación de los servicios, estos sistemas de información les ayudan a evaluar las necesidades de los usuarios del servicio y a hacer un seguimiento de su respuesta a las intervenciones. A las personas que utilizan los sistemas de salud mental y a la población general, el SIAASM les aporta un medio de mantenerse informados sobre los servicios que pueden recibir y sus posibles resultados.
Las necesidades de salud mental suelen estar desatendidas en la gestión de los servicios de salud y en los sistemas de información de salud (SNIS). Existen en todo el mundo numerosos ejemplos de sistemas de información que ni recogen, ni utilizan de manera rutinaria los datos relativos a la salud mental. Esto ocurre pese a la evidencia de la carga significativa de enfermedad que suponen los trastornos mentales y a la clara interdependencia entre los trastornos mentales y los somáticos.

Aunque muchos puntos relativos a los sistemas de información son semejantes en los SNIS y en el SIAASM, también existen muchas diferencias. Los dispositivos de salud mental suelen atender a menos pacientes que los dispositivos de salud, pero cada una de esas personas necesita acceder a más servicios (o a más días de estancia hospitalarias) durante un periodo más largo. Los trastornos mentales suelen ser de naturaleza crónica, no aguda. Como resultado, los datos clínicos suelen revisarse a largo plazo más que a corto.
La organización de los servicios de salud mental puede ser distinta en algunos aspectos a la de los servicios de salud, y puede ser necesario que exista una mayor relación o intercambio de información con otros sectores ajenos al de la salud, como los de justicia, educación y vivienda, así como con ONGs.

Hay otras diferencias importantes entre el SIAASM y los SNIS en temas como el ingreso involuntario, las revisiones de la gestión de casos y el carácter cualitativo de algunos datos relativos a la salud mental. Todos estos temas suelen requerir estructuras de datos diferentes a las utilizadas en los sistemas de salud.

Es importante señalar que no vamos a considerar el SIAASM como un sistema separado del SNIS. La propuesta que se hace aquí es que sea un sistema, no solo compatible, sino integrado dentro del SNIS. De esta forma, este módulo de información sobre adicciones y salud mental no debe emplearse aisladamente sino formando parte de la salud general.

Beneficios de la incorporación del SIAASM al SNIS

- La planificación de las necesidades sanitarias de la comunidad puede llevarse a cabo de forma holística mediante la recogida de datos relevantes tanto para la salud física como para la salud mental y adicciones.
- Los sistemas de información de salud mental y adicciones pueden hacer uso de la infraestructura del SNIS existente para la recogida, procesamiento, análisis y utilización de los datos. Esto incluye compartir la infraestructura técnica (software y hardware) así como el tiempo del personal.
- Los gestores del SNIS pueden beneficiarse del conocimiento especializado que proporcionan los planificadores y los clínicos de salud mental y adicciones a la hora de recopilar y utilizar datos relativos a la salud mental.
- La búsqueda de compatibilidad de los sistemas de información es coherente con el principio de integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud fomentado por la OMS. Se trata de la perspectiva biopsicosocial de la salud.

ANÁLISIS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN SANITARIA Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (SNIS-VE) EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE)

En esta propuesta se ha tomado como referencia que sea el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), el lugar donde se va a integrar la información de salud mental y adicciones, mediante la ampliación de campos y módulos de registro de información, así como la creación de otros nuevos. Para poder desarrollar esta tarea se cuenta con un grupo de trabajo con el SNIS-VE y

Promoción de la salud (salud mental y adicciones) que es el que ha trabajado en esta propuesta. Para conocer cómo va a funcionar el SIAASM es necesario conocer el SNIS, el alcance de su funcionamiento y limitaciones, así como los procedimientos de captación, sistematización y consolidación de la información, que serán los mismo que utilizará el SIIAASM.

El Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), fue creado en año 1990 con la finalidad de proporcionar información sectorial y extra sectorial de los recursos existentes en la red de servicios en los diferentes niveles del sistema de salud, que permita el análisis contextual de las condicionantes y determinantes de la situación de salud.

El SNIS-VE es el único órgano rector de información en salud, que almacena, procesa y difunde información oportuna, útil, confiable y estratégica del sector en el marco del Sistema Único de Información en Salud, promoviendo momentos y espacios de análisis, reflexión y procesos de investigación, con el apoyo tecnológico de sistemas de información y comunicación.

El objetivo principal del SNIS-VE es el de proporcionar información en salud de los servicios del Sistema Nacional de salud, producida en sus tres niveles de atención, en el marco del modelo de atención, que engloba lo Público, Seguridad Social y Privado; con enfoque intercultural, intersectorial e interinstitucional, que contribuya a la adecuada toma de decisiones en todos los niveles, en el marco del Sistema Único de Información en Salud (SUIS)

Para cumplir con los objetivos se establecieron diversos instrumentos, entre los que se encuentran el de producción de servicios, vigilancia epidemiológica, laboratorios, el módulo de información básica, hechos vitales, factores determinantes, morbilidad, mortalidad y enfermedades no transmisibles, carpeta familiar, y los instrumentos del Comité de Análisis de la Información.

Posteriormente con la evolución del SNIS-VE, se clasificaron en instrumentos de captación de datos, sistematización y consolidación, los mismos que son actualizados en función a las nuevas normas nacionales del sector salud.

Organización funcional del SNIS-VE para la gestión de información en Salud

El SNIS-VE se halla organizada en varias áreas funcionales:

A. Producción de Servicios:

- Nivel I.- Se considera como información de producción de servicios de los establecimientos de salud de 1er. nivel de atención, a todas aquellas acciones sustantivas y/o complementarias desarrolladas por el personal de salud.

- Nivel II y III.- La gestión de información de producción de servicios de II y III nivel, se constituye en todas las acciones sustantivas y/o complementarias desarrolladas por el personal de salud, las mismas incurren en un tiempo determinado para su realización, con el objetivo de establecer procesos y procedimientos, que apoyen y faciliten el manejo de información en establecimientos de salud de II y III nivel

B. Vigilancia Epidemiológica:

1) Morbilidad. - La vigilancia epidemiológica es el proceso de compilación comparación y análisis de datos de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con las patologías y eventos que están bajo vigilancia y la difusión oportuna, para su evaluación y pronta respuesta.

2) Hechos Vitales. - Las estadísticas vitales están compuestas por los registros de nacimientos, defunciones, muertes fetales.

3) Sistema Vigilancia Nutricional Comunitaria. - Es un proceso sistemático y continuo de recolección periódica de datos, relacionados con los conocimientos y prácticas de nutrición por parte de las madres o cuidadores de niñas y niños menores de 2 años; secundariamente, incluyen otros elementos que tienen que ver con la organización de la comunidad y la capacidad de la red de salud, para enfrentar la desnutrición y promover la nutrición adecuada.

C. Estructura, Demografía y Determinantes:

1) Recursos Humanos. - Es la información relacionada a los recursos existentes por categorías de funcionarios y por subsectores

2) Estructura. - Es la información que se captura de la cantidad, característica, nivel, tipo, sector, ámbito, ubicación, de establecimientos de salud.

3) Determinantes de Salud. - Son factores que, en diferentes grados de interacción, determinan el estado de salud individual y colectiva de la población. Entre ellos están los factores sociales, políticos, jurídicos, educativos, de género, económicos, culturales y ambientales.

4) Módulo de Información Básica (MIB). - es un instrumento diseñado para sistematizar información anual sectorial y extra sectorial de los establecimientos de salud de 1er y 2do Nivel de atención en Salud.

La gestión de la información del SNIS-VE tiene un alcance nacional, departamental y municipal, en los tres niveles de atención y en todos los subsectores (Público, Privado y Seguridad Social) tanto en al ámbito rural como el urbano.

A nivel nacional el Área Tecnológica del SNIS-VE cuenta con un responsable y personal de apoyo informático para la gestión de la información en salud.

A nivel Regional se cuenta con un responsable de la gestión de información en salud con el cual se establece una relación funcional. La responsabilidad regional es la de operativizar el flujo de la información, coordinar con otras instituciones para integrar la información extra-sectorial y ampliar e integrar a los otros prestadores a través de un relacionamiento permanente, con el propósito de recabar información de las otras instituciones.

A nivel de Red, existe un responsable del SNIS-VE, cuyas funciones abarcan todas las actividades en la gestión de la información, asimismo es responsable de fortalecer la planificación con la provisión de la información íntegra de todas las áreas que ha desarrollado el SNIS–VE.

A nivel de Establecimiento de Salud, existe un responsable de la gestión de la información en salud, cuyas actividades son la captación, sistematización y

consolidación. Algunos establecimientos cuentan con la capacidad de procesamiento de la información.

Organización funcional del SIAASM en el SNIS-VE para la gestión de información en Salud Mental y adicciones.

Dado que el SIAASM se propone integrado dentro del SNIS-VE del Ministerio de Salud, la información del mismo es coincidente con la del SNIS: información sobre producción de servicios, la información sobre vigilancia epidemiológica, y estructura y determinantes de salud.

La producción de servicios de salud mental y adicciones en el primer nivel de salud tiene que ver con aquellas actividades de los profesionales de dicho nivel que son de promoción, prevención e intervención dentro de esta área de intervención. Consultas de detección de problemas de este tipo, consejos para reducir riesgos, intervenciones y referencias.
La producción en el primer nivel de salud, segundo escalón de atención específica de salud mental es novedosa en el SNIS. Se trata de la puerta de entrada para la salud mental y adicciones, que se realiza desde el primer nivel de salud.

La producción en centros de atención específicos de salud mental y adicciones en CAIFC de este tipo de programas tiene unas peculiaridades propias de estas patologías, entre ellas:

- Los procesos son largos y conllevan intervenciones profesionales durante tiempos más amplios que las patologías somáticas normalmente.

- El paciente puede entrar y salir del sistema de atención varias veces por el mismo problema, dado que la efectivización de la mejoría es fluctuante y muchas veces es crónico.
- Los tiempos de consulta son más amplios de lo normal tanto para psiquiatría como psicología y enfermería. La razón es que la herramienta fundamental de trabajo es por medio de la palabra, incluso para la aplicación de pruebas diagnósticas.
- Es muy habitual que la consulta no sea individual, como es más frecuente en patologías somáticas. Las consultas pueden ser de pareja, en familia.

La producción en este nivel de CAIFC tiene un aspecto novedoso respecto al registro de salud general, y es gran peso de las producciones que tienen que ver con el trabajo de intervención comunitaria. Hay en primer nivel de salud registro sobre las producciones en la comunidad, pero en este nivel de segundo escalón de salud mental y adicciones esta mucho más detallado y ampliado.

La producción en segundo y tercer niveles de atención en salud mental y adicciones presenta las mismas características que la atención en otros servicios especializados, aunque la atención hospitalaria es más cerrada al acceso de consultas externas y la presencia de familias. Interesa que se registren los diferentes tipos de programas de tratamientos para conocer que consume la mayor parte de recursos.

El bloque de información sobre la **Vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones** es uno de los objetivos más importantes del SIAASM, ya que la carencia de datos es realmente notoria. El SNIS-VE recoge la morbilidad atendida que es muy poco recogida, la mortalidad que no aparece en lo referido a uso de alcohol, tabaco y otras drogas. Es interesante que en Determinantes de la salud hay indicadores de unos de drogas ilegales, alcohol y tabaco. Y otros denominados de funcionalidad familiar que recoge violencia intrafamiliar, uso de sustancias en el hogar en presencia de la familia y se habla de tabaquismo pasivo.

La vigilancia epidemiológica en primer nivel de salud es prácticamente inexistente porque realmente la política pública no se ha dirigido hacia ello. Por esto, la recogida de una información básica de datos que nos permitan saber qué llega a este nivel, y sobre todo si se hacen esfuerzos por la detección es esencial. Nos centraremos en patologías de salud mental más prevalentes según la literatura, y los problemas de uso de alcohol, tabaco y otras drogas ilegales. Estos trastornos se presentan de modo voluntario en consulta en una cantidad mucho menor de la real, ya que a pesar de ser incapacitante no se genera de modo automático la solicitud de ayuda. Por otro lado, muchas veces aparecen comportamientos de uso de sustancias que no revisten inicialmente la gravedad suficiente como para ser diagnosticadas, pero si anticipan el problema futuro. En salud mental un distrés psicológico y comportamientos bizarros anticipan problemas más graves futuros.

La vigilancia en el segundo escalón de atención en salud mental y adicciones no tiene antecedentes en la SNIS ya que no existe este tipo de atención comunitaria. Por esto, se propone el registro de las patologías de salud mental y adicciones de cualquier

naturaleza que se presenten. Por eso, se debe poder registrar conforme a la clasificación de los trastornos mentales de la CIE-10 de OMS, cualquiera de los diagnósticos.
Por primera vez se podrá tener una idea de la prevalencia atendida de Salud mental y de trastornos por uso de sustancias psicoactivas en Bolivia.

En relación a la vigilancia epidemiológica en segundo y tercer niveles en salud metal y adicciones, ya existe una fuente de recogida de información de hospitales de referencia, pero hay gran dispersión de la información porque no hay un sistema unificado para todo, o al menos un conjunto mínimo de datos comunes. De aquí que la propuesta vaya en este sentido.

En lo referido a Estructura, Demografía y Determinantes de salud, para esta propuesta, no se le da el peso que se merece, pero solo por una gradación de aplicación del SIAASM. Es importante conocer los recursos destinados a salud mental y adicciones que están en el sistema de atención. Del mismo modo los determinantes de salud que nos pueden dar una clasificación de riesgos de salud mental y adicciones.

El ciclo de la información del SIAASM en el SNIS-VE

A nivel nacional, el SIAASM utiliza el mismo ciclo que el SNIS - VE. Este considera al ciclo de la información como una serie de momentos dispuestos en forma secuencial y enlazadas entre sí, que van desde el momento del registro de los datos de las actividades que cumplen los servicios, hasta el uso final de la información por parte del Sistema de Salud.

Estos momentos son: la captación de los datos, su sistematización, su posterior consolidación, el procesamiento estadístico, el análisis, y finalmente su difusión para su uso.

El Flujo de la información en el SIAASM

Los datos generados, por los establecimientos de salud de salud mental y adicciones, siguen una ruta que pasa por diferentes niveles en lapsos determinados de tiempo, en este ámbito se aplican los instrumentos manuales de captación, sistematización y

consolidación de la información del SNIS-VE. La información es enviada hasta el quinto día del mes posterior al periodo consignado de información a la coordinación de la red de servicios de salud para su acopio en el Software del SNIS, su consolidación y posterior envío mediante archivo de transferencia al SNIS-VE departamental entre los días séptimo y decimo de cada mes.

Una vez consolidada la información departamental se efectúa la transferencia final a los módulos de información sobre salud mental y adicciones ubicados en el SNIS-VE Nacional, entre los días décimo sexto a décimo octavo para la respectiva consolidación nacional y publicación en la página web hasta el día vigésimo segundo de cada mes.

Cabe destacar que cada uno de los niveles por los que transcurre la información se constituye en un filtro de control de calidad del dato que debe traducir la confiabilidad de la información generada que es enviada de nivel a nivel.

La información desagregada de salud mental y adicciones se envía directamente del archivo de transferencia * wak al SNIS-VE nacional a través del portal web (Sistema de consolidación Web) desde el mismo establecimiento de salud. Desde donde se cuente con acceso a servicios de internet o en su defecto desde la coordinación de la red de servicios de salud correspondiente. De esta manera el SNIS-VE departamental, la red municipal como la red de servicios de salud mental y adicciones y la red general, podrá tener acceso a esta información vía web de modo más ágil que el modelo manual.

Sistema Único de Información en Salud

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

El sistema actual presenta deficiencias en la respuesta a las necesidades emergentes de información debido a la estructura, procesos y flujos instituidos, no permitiendo la generación de datos, información e indicadores con la oportunidad, congruencia y consistencia a sus diferentes usuarios para el análisis de la situación de salud de las personas y la toma de acciones de planificación de la política de salud y la de salud mental y adicciones en concreto. Siendo conscientes de las limitaciones de SNIS-VE en

este aspecto, la propuesta del SIAASM integrado se ha valorado la mas adecuada para un medio largo plazo de los sistemas de información.

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

En consecuencia, el SUIS establece el nuevo esquema de funcionamiento del Sistema de Información, bajo criterios de unicidad basado en la creación de una estructura organizacional funcional, flexible y dinámica, con carácter articulador e integrador que a través de la implantación de nuevos procesos de información, interoperabilidad de los sistemas e incorporación de actores de gestión de información basados en la aplicación de TIC (Tecnologías de Información y Comunicación) oferte y proporcione información para la adecuada toma de decisiones.

Calidad de la información

Uno de los aspectos de un Sistema de Información es la calidad del dato e información disponible desde su obtención en el establecimiento de salud, como su consiguiente verificación al pasar por el nivel municipal, redes de servicios de salud y Servicios Departamentales de Salud (SEDES), filtros de control de calidad establecidos en la norma funcional del ciclo y flujo de la información, hasta su llegada al Ministerio de Salud.

Desde la gestión 2016 se ha venido desarrollando en el SNIS-VE, una nueva modalidad para la realización del control de calidad de los datos y revisión de la información desplegada en los nueve departamentos del país, a través de la verificación de concordancia y consistencia de registros digitales de fuente primaria y secundaria, además de la utilización de los recursos tecnológicos disponibles.

Estos procesos de control de calidad se aplican en las supervisiones que se realizan a nivel nacional a las instancias departamental, coordinación de red y establecimiento de salud.

- **Incorporar el control de la calidad**

Es necesario incorporar al SIAASM el control de la calidad para poder tratar muchos de los obstáculos a los que se enfrenta la implementación. El control de la calidad es esencial para los sistemas de información rutinaria, sobre todo si se pretende que las decisiones de la planificación se realicen a partir de la información que el sistema genere. Este control puede incorporarse a todas las etapas del SIAASM (recogida, procesamiento, análisis, utilización y distribución).

Tener en cuenta algunas fuentes de error incluyen (Centre for Health Policy, 1998)[10]:

> Error de informe: la persona que elabora las estadísticas lo hace de forma incorrecta y no se percata de su error.
> Error de inserción: se produce un error cuando se introducen los datos en el ordenador a partir del formulario.
> Error de mantenimiento: la información de la base de datos es incorrecta, o está incompleta o desactualizada.

La pérdida de datos es un problema habitual de los SISM, y puede deberse a un error de generación de informes o de inserción de datos.
Cada una de las personas responsables puede tener incorporado una rutina de comprobación de datos en su descripción de puesto de trabajo por lo que se puede solicitar que solucionen estos errores. Se pueden utilizar comprobaciones en el acto para detectar datos contradictorios o fallos en su captura. También se pueden utilizar campos obligatorios para evitar la omisión de datos. Estas medidas facilitarán la detección del origen de errores continuados.
Además, la retroalimentación es esencial para mejorar la calidad de los datos. Los médicos, los gestores y el personal que trabaja con los archivos médicos se mostrarán más proclives a introducir los datos exhaustivamente si son capaces de extraer (u obtener) informes regulares que sean beneficiosos a nivel local.

[10] Centre for Health Policy (1998). Department of Health, Gauteng provincial government mental health information system. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand.

Se puede emplear un proceso de auditoría formalizado en el que los auditores comparan la información enviada con la contenida en las notas archivadas utilizando un procedimiento aleatorizado. Esta auditoría ayuda a mejorar la recogida de datos del proveedor de la información. El proceso es continuado, puesto que existen rotaciones regulares de las auditorías de los proveedores. Además, se monitorizan los datos, y toda carencia o cambio importante de los datos entrantes se discute con los proveedores mensualmente, completando así el ciclo de retroalimentación.

Sobre la seguridad y el desarrollo y mantenimiento del SIAASM.

En lo referido a el aspecto esencial de la seguridad de la información y lo referido a la protección de los datos de carácter personal, tan sensibles como son los referidos a la salud mental y uso de sustancias psicoactivas, el SIASM se atiene a lo establecido en el Manual de Normas, procesos y procedimientos para el desarrollo del SNIS-VE[11]. En concreto lo referido a las normas de seguridad, desarrollo de sistemas y flujo de la información; a la organización de la seguridad de la información; al desarrollo y mantenimiento de sistemas informáticos; y al flujo de la información.

Definición de Responsabilidades.

La siguiente tarea, después de analizar el flujo de información y ubicarlo temporalmente, es identificar las tareas y responsabilidades de todas las partes implicadas en cada una de las etapas del sistema de información: recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización. Una aproximación de responsabilidades-tareas-cargas de trabajo-competencias que se asumen aparece en la tabla de abajo.

Además, es importante elaborar una lista exhaustiva de todo el personal que participa en el sistema de información y de las tareas, el tiempo y las competencias que se les exige (ver tabla). Esta tarea ayudará a identificar lagunas y necesidades formativas. Por ejemplo, puede que el personal clínico deba proporcionar información a nivel del caso acerca de sus entrevistas clínicas, por lo que es necesario especificar la información precisa y el tiempo necesario para esta tarea. Para asegurar el cumplimiento de este

[11] MANUAL DE NORMAS, PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE SISTEMAS INFORMÁTICOS PARA LA GESTIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD DEL SNIS-VE. Ministerio de Salud. 2018

requisito, deberá consignarse "proporcionar datos sobre las entrevistas clínicas" como una función obligatoria en la descripción del empleo.

Para definir esta tabla al completo es necesario identificar en primer lugar los procesos implicados en todos los niveles de atención, el flujo de la información, y las personas y su cargo en lo referido al SIAASM. Con esto elaborar una tabla completa que permita realizar las oportunas capacitaciones si es necesario.

Ejemplo de tareas y funciones del personal en un SIAASM comunitario

CATEGORIA DE ITEMS	TAREAS	CARGA DE TRABAJO % DE JORNADA COMPLETA	COMPETENCIAS REQUERIDAS
Enfermera de atención primaria	>Recopilar y compilar datos a partir de formularios clínicos rutinarios >Interpretar los resultados para la prestación del servicio	5%	>Recogida de datos >Interpretación de los resultados para la práctica clínica
Administrativos	>Recopilar y compilar datos a partir de formularios clínicos rutinarios	25%	>Recogida de datos
Enfermera jefa	>Compilar y comprobar la calidad >Revisar y difundir el resumen de actividad	10%	>Recogida de datos >Comprobación de calidad >Interpretar

			resultados para la gestión clínica
Coordinador regional de SM	>Compilar datos y comprobar la calidad >Revisar y difundir el resumen de actividad	10%	>Recogida de datos >Comprobación de calidad >Interpretar resultados para la gestión clínica
Coordinador Regional de SNIS	>Introducir, resumir y gestionar los datos >Remitir los datos a Min salud y el resumen a los coordinadores de salud mental	15%	>Captura de datos >Resumir los datos y algo de análisis
Director de SNIS Min Salud	>Elaborar sumario regional >Remitir sumario al Directorado de SM	5%	>Resumir los datos >Analizar los datos
Director Salud mental/adicciones Min Salud	>Revisar y analizar los resúmenes >Difundir los hallazgos >Utilizar los datos para la planificación	15%	>Resumir datos >Analizar datos >Difundir datos >Planificación

Vínculo entre el desarrollo del SIAASM y el desarrollo de los servicios de los servicios de salud mental y adicciones.

El desarrollo del SIAASM que se propone tiene la virtud de incardinarse dentro del desarrollo de la salud mental comunitaria, y la creación de dispositivos públicos de atención a este nivel, que son inexistentes en Bolivia.
Esto presenta dos grandes ventajas; por un lado, el diseño del SIAASM se sustenta sobre las funciones específicas del servicio y de la gestión de los recursos comunitarios. La mejor manera de optimizar los sistemas de información y la forma en que se usan es centrándose en mejorar el sistema de gestión y los procesos en los que se va a emplear la información.
En segundo lugar, y en el contexto de unos cambios más amplios del servicio, el SIAASM puede aprovecharse de la inercia política y del apoyo recabados para el desarrollo del Sistema Comunitario de atención a las salud mental y adicciones.

De hecho, la propuesta de indicadores que se hace tiene en cuenta un nivel de atención para la salud mental y adicciones que se denomina CAIFC (Centro de Atención Integral Familiar y Comunitaria) que se va a ubicar dentro del primer nivel de atención en salud, pero en un segundo escalón de atención específica de salud mental y adicciones.

La interrelación del Sistema de Información del Impacto social y en salud de las Drogas (SIISSD) y el Sistema de Información sobre la Atención en Adicciones y Salud Mental (SIAASM)

La primera cuestión relevante es que los dos sistemas de información esta diseñados a la vez y previsiblemente nacerán a la par. Por ello se alimentan uno del otro, de modo que la información de uno es utilizada por el otro, en parte. El SIISSD dispone de un conjunto de indicadores que son también parte del SIAASM ya que se refieren a la producción de servicios de salud mental y conseguir información sobre la prevalencia atendida de salud mental en todos los niveles.

Los datos epidemiológicos del SIISSD son difíciles de emplear en un SIAASM por varias razones.

- En primer lugar, los datos epidemiológicos sobre las tasas de trastornos mentales y adicciones en la comunidad tienen poco que ver tanto con la utilización de los servicios de salud mental como con la necesidad de tratamiento (muchas personas con trastornos adictivos no hacen uso de los servicios mientras que algunas personas sin trastornos sí lo hacen).
- En segundo lugar, los estudios epidemiológicos psiquiátricos y de adicciones son tareas complejas que requieren muchos medios y que por tanto pueden absorber muchos de los recursos más necesarios para planificar y desarrollar los servicios y los sistemas de información prioritarios, en especial en los países de bajos ingresos.
- En tercer lugar, la incidencia de algunos trastornos (p. e. trastornos por uso de cocaína) puede no ser sensible al cambio de la misma forma que lo son para las enfermedades infecciosas, aunque esos trastornos puedan tratarse.

Como norma general, para propósitos de planificación los datos epidemiológicos deberían emplearse en conjunción con otros datos en los sistemas de información. En ausencia de datos epidemiológicos puede ser necesario emplear otros procedimientos alternativos (p. e. Evaluaciones rápidas, encuestas centinela y la obtención de información epidemiológica de otros países similares) en lugar de utilizar los limitados y valiosos recursos disponibles para realizar costosas y complejas encuestas que además consumen mucho tiempo.
Puede haber situaciones en las que la vigilancia epidemiológica sea un componente necesario de un SIAASM, pero en la mayoría de los casos la ausencia de estos datos no comprometerá la función del sistema. En la mayoría de los países en vías de desarrollo lo más urgente es desarrollar sistemas de información precisos que faciliten el seguimiento de la prestación de servicios y su impacto.

Este ha sido justamente el objetivo de esta propuesta del SIAASM, crear una propuesta sencilla pero efectiva para conocer la carga asistencial de las adicciones y la salud mental en el sistema de salud; y conocer qué es lo que se está atendiendo, qué patologías. Referido a esto último aspecto, hay que señalar que se ha priorizado que sea posible integrar en el SNIS el módulo referido a datos del SIAASM. Por ello, en nivel de concreción de los trastornos no será completo, ya que en este momento sería inviable. Se ha optado por una propuesta realista con más datos, de mejor calidad, más útiles y algo más específicos que los que ahora se obtienen.

Creo de mucho interés señalar la importancia del desarrollo de estudios cualitativos sobre adicciones y salud mental, ya que puede enriquecer enormemente al SIAASM dando claves para introducir nuevos indicadores en el sistema tanto de primer nivel como de segundo y tercero. Como antes se dijo, el coste de tiempo y esfuerzos para hacer estudios cuantitativos es muy grande, y, a veces, y no se pueden realizar. El coste de los estudios cualitativos es mucho menor y puede ser el método de elección para los estudios.

Programa de capacitación para en el SIAASM

La capacitación en el sistema de información conlleva dos objetivos diferenciados, el primero referido el manejo del sistema de información en la práctica por parte de los responsables de recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización; el segundo referido a la formación de los profesionales que alimentan el sistema.

En el primer caso, se trata de clarificar las responsabilidades, establecer temporalidad de envío de la información, determinar el formato de recopilación de la misma, tratar el método de manejo de los diferentes softwares del sistema, establecer el modo remisión de la información cuando no es posible digitalmente, establecer los procedimientos de control de la calidad de la información, y establecer los mecanismos de aseguramiento de la confidencialidad de los datos.
Es necesario que los gestores, los administradores, y personal encargado en procesar la información, reciban formación para la recopilación, el análisis y el empleo de la información. Una de las misiones importantes de la capacitación es también mostrar la importancia de un sistema de información en salud mental y adicciones, y trabajar las posibles resistencias a empezar un proceso continuado de registro. Las fallas en la calidad del procesamiento de la información son determinantes de un buen o malo sistema de información.

Quizás el reto más importante para tener un buen sistema de información es que los clínicos que son la puerta de entrada el SIAASM, hagan su tarea de notificación y registro. Por ello, es esencial una capacitación específica para ellos que permita mostrar la importancia de esta tarea. Hay problemas de tiempo necesario para la implementación de los registros, determinar el mejor modo de hacerlo, cual es el rol de la enfermería o el trabajo social en esta tarea. Es muy importante que los clínicos reciban

una retroalimentación de la información reportada, lo que hará que aumente la percepción de la utilidad de alimentar correctamente el sistema. Esto se debe tratar en la capacitación. Idealmente se debe elaborar un conjunto de datos de retro alimentación que sean de interés para los clínicos, por ello se recomienda definir ese conjunto de datos juntamente con ellos.

Vencer resistencias a la recogida de la información.

A lo largo de la puesta en práctica del SIAASM será inevitable encontrarse con varias barreras que se debe trabajar para in venciéndolas mediante diferentes estrategias.

- **La oposición del personal**

Es probable que se produzca la oposición del personal a la reforma del SIAASM o a la introducción de un nuevo sistema por diversas razones; entre ellas los cambios en los patrones establecidos de trabajo, las exigencias de nuevas habilidades, más responsabilidades y más demandas de tiempo laboral adicional, así como la percepción que el personal tenga de la utilidad de los datos para su carga diaria de trabajo clínico.
La oposición puede mostrarse de forma directa (como protestas de viva voz o la negativa a cumplir tareas) o de forma indirecta (como una baja calidad de los datos o un retraso en la entrega de los mismos).
Para tratar estas formas de oposición es esencial consultar con el personal lo antes posible, durante el análisis de situación y de evaluación de las necesidades al elaborar el SIAASM. Es más probable que el personal contribuya de forma constructiva con el funcionamiento actual del sistema de información cuando se consigue una participación activa del personal, esto favorece la apropiación del proceso.
La capacitación de un lugar idóneo para hacer partícipes de lo que se quiere hacer, dejar la puerta abierta a que el SIAASM en un sistema abierto a cambios y mejoras continuas que solo se pueden hacer son su participación.
Es también importante crear unos sistemas de comunicación y apoyo para tratar las quejas o los problemas sobre los datos de poca calidad durante el funcionamiento rutinario del sistema. Es probable que la calidad de los datos recibidos en el SIAASM afecte a la calidad de las decisiones que se tomen sobre la planificación. Es, por tanto, en interés de todos los que gestionan los sistemas de información el tomar todas las medidas necesarias para asegurar el funcionamiento fluido de los mismos. El uso de

incentivos positivos, como premios por la buena calidad de los datos, ha demostrado tener éxito.

- **Tecnología inadecuada: la cuestión de la informatización**

Para gestionar el SIAASM es esencial desarrollar una tecnología adecuada. En nuestro caso, se aprovecha la tecnología ya existente de SNIS-VE, lo que es una ventaja porque lleva en funcionamiento de muchos años. También se va a heredar los problemas del mismo, como ya se comentó más arriba, y que se quieren resolver con la puesta en marcha de SUIS.

En muchos países no se presta la atención suficiente a los beneficios potenciales y ahorros a largo plazo que se pueden obtener de una inversión en tecnologías de la información (IT). En muchos países la falta de financiación, de recursos técnicos y de habilidades impide la consecución de esta meta.

Es importante destacar, no obstante, que automatizar un sistema no equivale necesariamente a reformarlo. Si no se presta atención al propósito y meta del SIAASM, la automatización puede conducir a una simple repetición de los mismos errores que se cometían cuando los datos se recopilaban y procesaban manualmente.

La mayoría de los usuarios de la información en países en vías de desarrollo no tienen acceso a tecnología informática, así que el objetivo principal debe ser la creación y mejora de sistemas manuales para la recogida y análisis de los datos.

En un sistema informatizado, la planificación del sistema y un cuidadoso desarrollo del software son de importancia capital, mucho más que en los sistemas manuales. Los sistemas informatizados son difíciles de reemplazar una vez instalados debido a lo complicado que resulta modificar el "código" del ordenador y cambiar las interfaces y las bases de datos. La implementación y comprobación de todas estas tareas llevan tiempo y, en muchas ocasiones, es necesario transformar las viejas bases de datos al nuevo formato. Todo esto requiere tiempo, habilidad y pericia con los ordenadores para que se pueda poner en marcha satisfactoriamente.

Esto es así especialmente en relación con la gestión de los recursos humanos. Conseguir la aceptación del personal es esencial, particularmente porque pueden mostrarse nerviosos al tener que emplear ordenadores. El personal precisará de una formación adicional, una atención directa y apoyo continuo, así como disponer de oportunidades continuas de retroalimentación.

Uno de los asuntos importantes cuando se desarrolla un SIAASM que afecta a diversos hospitales/ proveedores es que puede contarse dos veces a la misma persona cuando

visita más de un dispositivo asistencial. Esto causa un grave error en la tasa de acceso. Este problema puede tratarse creando un identificador único para cada usuario del servicio para facilitar así la precisión de los datos recogidos y mantener la calidad.
El control continuado de la calidad es esencial para los sistemas de información rutinaria. Pueden producirse errores en la generación de informes, durante la inserción de datos y en el mantenimiento. La retroalimentación es esencial para mejorar la calidad de los datos. El problema del doble conteo puede tratarse creando un identificador único para cada usuario del servicio.

Un tema más amplio, relativo a la calidad, es que siempre tiene que haber un compromiso entre lo que es deseable recopilar y lo que es viable recopilar. Dado que emplear demasiados campos de datos tiende a reducir la calidad de éstos, será necesario sopesar qué es lo absolutamente esencial cuando se creen indicadores. Esto tiene que ver con la discusión sobre la creación del conjunto mínimo de datos.

PASOS PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El diseño del **Sistema de Información sobre la Atención Adicciones y Salud mental (SIAASM)** se puede entender como un proceso paso a paso por los hitos necesarios para poder implementar el sistema; a saber: determinar las necesidades de información, analizar los sistemas de información actuales, implementar los sistemas de información que se hayan planificado y a evaluarlos. Este proceso paso a paso puede reducirse a un esquema de cuatro preguntas:

- ¿Qué información necesitamos? (Evaluación de necesidades)
- ¿De qué información disponemos? (Análisis de situación)
- ¿Cómo podemos obtener la información necesaria? (Implementación)
- ¿Cómo están funcionando los sistemas de información? (Evaluación)

Es importante señalar que se trata de un proceso continuo de mejora, evaluación e introducción de medias correctoras. Las etapas de la planificación descritos en este módulo están estructuradas en forma de ciclo. Esto implica que la etapa final, la evaluación del SIAASM, conduce de forma natural a la identificación de nuevas informaciones necesarias para el mismo y la mejora de los indicadores existentes.

En esta propuesta se ha optado por desarrollar casi a la vez el análisis de necesidades y el análisis de la situación actual. Es más, creemos más adecuado disponer primero de un mapa de recogida de datos actual, porque las necesidades se derivarán de ese mapa inicial. De hecho, hay un factor determinante, como se verá, en conseguir un equilibrio entre lo que se necesita y lo que es factible por el propio desarrollo del sistema de información de salud

Paso 1. Evaluación de necesidades de información para el SIAASM.

La evaluación de necesidades debe realizarse mediante una serie de estrategias que van a armar un mapa de información.

1.1. Creación un equipo de trabajo.

La primera tarea en una evaluación de necesidades es crear un equipo que se haga responsable del diseño y puesta en marcha del SIAASM. El equipo debería debe ser liderado por el Ministerio de Salud, a través de su unidad de salud mental y adicciones que es actualmente cabeza de sector. Idealmente es conveniente que un rango directivo sea parte de la comisión que hace seguimiento del SIAASM. De igual modo, es necesario que haya un representante del personal clínico de base, un representante del personal técnico a cargo de SNIS-VE, un técnico administrativo del área de estadística de primer segundo o tercer nivel, un experto en sistemas de información y, si fuera posible, a los usuarios del servicio. Es importante que un miembro del SNIS esté implicado en el desarrollo del SIAASM, ya que el sistema necesita desarrollarse en el contexto del SNIS. Si es posible, se puede recurrirse a personas con experiencia en SIAASM e informatizaciones ajenas a la organización.
Dado que el desarrollo o reforma de un SIAASM conlleva un proceso de cambio, es posible que encuentre oposición, y por ello es importante que un directivo de alto nivel lo defienda. Este proceso de cambio se refiere a la modificación de las variables sobre salud mental y adicciones o incluir nuevos apartados no considerados hasta el momento.

Dentro del grupo de tareas deberá crearse un **subgrupo que lidere el proceso**, que reúna la información entre las reuniones y que se asegure de que la reforma siga su curso. En

este caso, se ha constituido un grupo técnico formado por dos técnicos de salud mental de salud pública (promoción), la técnica de referencia del SNIS del Ministerio de Salud, los técnicos del SNIS de SEDES en los departamentos y el consultor que suscribe.

La composición del grupo de tareas es un reflejo de la necesidad de diseñar un sistema que responda a las necesidades del Ministerio de salud y los entes territoriales. Hay que señalar que es prioritario que el equipo de trabajo se cree con vistas a asegurar la sostenibilidad a largo plazo del sistema de información. Esto incluye el diseño local y, en su caso, programas informáticos locales a fin de garantizar la autosuficiencia nacional y la capacidad de modificar y mantener el sistema.
Dado que el desarrollo o reforma de un SIAASM es un proceso que tiene que ver con la política en salud mental y adicciones, debe estar alienado con ella. Si la posición institucional no está muy definida, es posible que encuentre resistencias al cambio. De aquí la importancia de que un Directivo apoye y defienda los cambios que se propongan.

1.2. Revisión los objetivos actuales de la política y de la planificación.

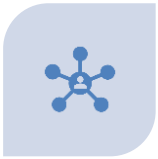
Una vez creado el equipo, su primera tarea será efectuar una revisión de los objetivos de la política y la planificación de salud mental y adicciones. Los sistemas de información que sean coherentes con la política tienen más posibilidades de producir la información mínima necesaria con los recursos limitados disponibles. Esta tarea exige desarrollar el sistema de información desde una visión de conjunto: ¿qué es lo que pretende lograr el SIAASM y qué objetivos estratégicos y de planificación deben medirse?
La política de salud mental y adicciones actual en el Ministerio de Salud, está alineada con la Salud Mental Comunitaria como mejor estrategia a largo plazo de prevención y tratamiento de las adicciones y la salud mental todo ello desde una perspectiva de desarrollo.

El Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental recoge los conocimientos asociados a los avances experimentados en tecnologías, estrategias psicosociales y enfoque de derechos humanos, todo lo cual ha contribuido significativamente a superar la lógica de la reclusión manicomial, el aislamiento y desarraigo social. Este modelo propone
una reorganización de servicios de salud mental integrados al sistema general de salud, organizados en niveles de intervención, con recursos especializados, diversificados,

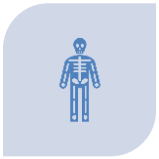
desconcentrados y territorializados, que otorguen atención integral, con énfasis en los servicios ambulatorios más que cerrados, reconociendo y utilizando las complejas conexiones con el resto de estructuras no sanitarias que son absolutamente imprescindibles para la atención integral y dar respuestas satisfactorias a las necesidades específicas y especiales de las personas que padecen trastornos mentales.

El Modelo Integral de Salud Familiar Comunitario y el Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud mental. En la convergencia, ambos modelos reconocen a las personas como parte de un grupo familiar y de una comunidad, donde existen determinantes que condicionan su salud y su calidad de vida; son parte de un sistema de salud integrado que aborda los problemas de salud bajo principios compartidos de integralidad, territorialización, ejercicio de los derechos humanos y continuidad de los cuidados.
Desde el enfoque centrado en la persona con trastorno mental, el Modelo Comunitario de Salud Mental se hace cargo de cómo el grupo familiar y el entorno comunitario contribuyen a la recuperación de la persona, favoreciendo la inclusión social y proveyendo condiciones que contribuyan al pleno ejercicio de sus derechos y mejora en su calidad de vida.

El sistema de tratamiento de adicciones y salud mental es un conjunto de dispositivos de atención y de prevención y promoción y de interrelaciones entre ellos conforme a unos criterios de derivación. El sistema tiene como eje de intervención la comunidad.
El concepto central del Sistema Nacional de tratamiento de las adicciones y la salud mental es la intervención Comunitaria. Desde el punto de vista de Bolivia el punto de apoyo a esta estrategia comunitaria es el Decreto Supremo N° 29601, 11 de junio de 2008, cuyo objeto es: Establecer el Modelo de Atención y el Modelo de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural — SAFCI.
El modelo se sustenta en los Principios del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI. Estos son:



INTERSECTORIALIDAD: A TRAVÉS DEL TRABAJO EN RED Y COMPLEMENTARIO ENTRE LOS DIFERENTES ACTORES, SEAN ESTOS PÚBLICOS O PRIVADOS.



INTEGRALIDAD: POR UN LADO, CONCIBIENDO A LA PERSONA COMO UN SER BIO-PSICO-SOCIAL Y ESPIRITUAL; Y POR OTRO PROCURANDO LA ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS.



INTERCULTURALIDAD: RESPETANDO LOS USOS Y COSTUMBRES DE TODAS LAS NACIONES.



PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: PROMOVER LA PARTICIPACIÓN INDIVIDUAL Y COLECTIVA DE LA POBLACIÓN DESDE EL DISEÑO, ELABORACIÓN, GESTIÓN, CONTROL SOCIAL Y EVALUACIÓN DEL PNPTA, PROMOVIENDO SU VINCULACIÓN EFECTIVA PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE SUS NECESIDADES, FORTALECIENDO Y REFORZANDO SUS REDES E INICIATIVAS.

Estos principios entroncan directamente con el concepto de la salud mental comunitaria: trabajo en red con recursos de la comunidad, enfoque integral de la salud desde la salud pública, atención a la diversidad y la participación de la sociedad civil a través de redes de colaboración.

El modelo SAFCI prevé la acción en forma de ejes transversales que son:

EQUIDAD DE GÉNERO: A PARTIR DE ESTE PRINCIPIO SE DEBE PROFUNDIZAR LA COMPRENSIÓN DE LOS FACTORES FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES DE HOMBRES Y MUJERES EN SU RELACIÓN CON LA REALIDAD DE LA SALUD MENTAL Y LAS DROGAS Y ELIMINAR LAS DESIGUALDADES QUE EL GÉNERO ESTABLECE EN LO QUE RESPECTA AL ACCESO A LOS SERVICIOS Y ESTRATEGIAS PREVENTIVAS.

TERRITORIALIDAD: PARA LOGRAR UN DISEÑO GLOBAL CON IMPLEMENTACIÓN LOCAL DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MENTAL Y DROGAS ES NECESARIO QUE EL GOBIERNO CENTRAL Y LAS ENTIDADES TERRITORIALES AUTÓNOMAS TRABAJEN DE COMÚN ACUERDO HACIA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN TODO EL TERRITORIO DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA.

La consideración del Género de modo especifico en las adicciones y la salud mental y la implantación del modelo en todo el territorio son también ejes considerados esenciales en la política de salud mental.

Desde la perspectiva del marco internacional de referencia para el SIAASM, tenemos los siguientes documentos y planes:

- Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), OMS, 2008; Guía de intervención del mhGAP (mhGAP-IG), OMS, 2010.
- Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol, OMS, 2011; Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol, OPS, 2010.
- Estrategia sobre uso de sustancias y salud pública, OPS, 2011; Plan de acción sobre uso de sustancias psicoactivas y salud pública, OPS, 2010.
- Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020, OMS. Plan de Acción de Salud Mental 2015-2020, OPS

En relación con la planificación en Bolivia en salud mental y adicciones, en este momento se está en un periodo de transición en el que se van a dar pasos muy significativos en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y adicciones con la reciente aprobación de la nueva "ESTRATEGIA NACIONAL CONTRA EL

NARCOTRÁFICO Y LA ECONOMÍA ILÍCITA DE LAS DROGAS"; en ella se expondrá el nuevo paradigma de salud mental de base comunitaria y la importancia de los sistemas de información en todo ello, para saber el impacto de la política en las personas.

Son importantes las dos leyes vigentes en relación con el tabaco y el alcohol que son registrados en el SIAASM: LEY N ° 259 DEL CONTROL AL EXPENDIO Y CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS. Y la LEY N ° 1280, LEY DE 13 DE FEBRERO DE 2020, LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL AL CONSUMO DE LOS PRODUCTOS DE TABACO. En ellas se establecen medias de prevención y de control de la oferta que forman para esencial del Sistema de Información de la Atención de las Adicciones y las Salud Mental (SIASSM).

También se está trabajando en un nuevo Plan de salud Mental porque la referencia del plan último plan vigente es de 2011. Pero se sabe que los lineamientos del mismo serán la salud mental y adicciones con enfoque comunitario y perspectiva de desarrollo.

1.3. Consultar con todas las partes implicadas relevantes.

Este proceso se llevó a cabo mediante reuniones presenciales y telemáticas con las entidades más relevantes dentro de lo que es la recogida de información sobre drogas: Estas fueron:

- Observatorio Boliviano sobre seguridad ciudadana y lucha contra las drogas (OBSCD).
- Dirección de Promoción de la salud. Unidad de promoción. Programa de salud mental y adicciones.
- Viceministerio de Defensa social y sustancias controladas.
- Sistema Nacional de Información Sanitaria y vigilancia epidemiológica (SNIS-VE).
- Gobiernos Departamentales. Sistemas Departamentales de Información sanitaria (SDIS).
- SEDES departamentales.
- SEDEGES departamentales.
- IDIF de Fiscalía General.
- OPS Bolivia

Mediante este proceso de consultas, se estableció una relación más estrecha con el SNIS-VE ya que el objetivo del SIAASM es poder integrarse dentro del sistema general de información sanitaria, no generar un sistema aparte.

Fruto de dichas reuniones se ha podido obtener un mapa sobre las necesidades en materia de información sobre la atención en salud mental y adicciones. Hay que señalar que el relevamiento de información para el SIISSD (Sistema de Información del impacto social y en salud de las drogas) ha permitido identificar una gran parte de las necesidades de información en detección, tratamiento y reinserción de adicciones y salud mental.

1.4. Identificar indicadores para medir los objetivos de la política y de la planificación.

Teniendo en cuenta los objetivos de la política de salud mental y adicciones vamos a identificar los indicadores más relevantes para poder medir el impacto de esa política. De aquí se va a extraer las acciones más relevantes y factibles (sea de una vez o de modo progresivo) en este nivel de atención.

A. Objetivos de la política y planificación de la atención en salud mental y adicciones en el primer nivel de salud:

Aquí se relacionan las acciones de servicios de primer nivel de salud en salud mental y adicciones, que son la expresión concreta de la política sobre esta área en la práctica:

SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención en salud, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.
Las actividades en el ámbito de la Salud mental y adicciones comprenderán la promoción de la salud mental, la educación sanitaria en salud mental y adicciones, la prevención de la enfermedad mental y del uso de drogas, detección de los problemas

de salud mental y adicciones, valoración e intervención breve, y seguimiento de los procesos llevados juntamente con los CAIFC. Además de acciones de trabajo social desde este nivel de atención.

Todas estas actividades, todas ellas desde la perspectiva de género, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un
enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinares, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios de salud mental y adicciones y la coordinación entre todos los sectores implicados.

La atención primaria, en el abordaje de los problemas de salud mental y adicciones y los factores y conductas de riesgo, comprende:

1 Atención sanitaria (detección, manejo y referencia) a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio de los problemas de salud mental y adicciones.

2. Indicación o prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos de detección, y manejos básicos para los trastornos de salud mental y adicciones.

3. Actividades en materia de prevención, promoción de la salud mental y hábitos nocivos, atención familiar y atención comunitaria en la materia. Comprende las actividades de promoción de la salud mental, educación sanitaria en salud mental y adicciones y prevención de dichos trastornos, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, en coordinación con otros niveles o sectores implicados. Las actividades de prevención y promoción de la salud se prestan, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por el Ministerio de salud en el ámbito de la salud pública en salud mental y adicciones, en relación con las necesidades de salud de la población de su ámbito geográfico.

4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud mental y el consumo de drogas.

Comprende las siguientes actividades:

4.1 Información para el análisis y valoración de la situación de salud mental de la comunidad y para la evaluación de los servicios sanitarios de salud mental y adicciones.

4.2 Vigilancia epidemiológica, que incluye: 4.2.1 Participación en los sistemas de alerta epidemiológica para los trastornos de salud mental y adicciones. 4.2.2 Participación en el sistema de farmacovigilancia para para psicofármacos, mediante la comunicación de efectos adversos.

5 Programas específicos de promoción y prevención de la salud mental y adicciones dirigidos a la mujer (violencia de genero), la infancia, la adolescencia, los adultos (familias), y los grupos de riesgo.

5.1 Programas de atención de salud mental y hábitos nocivos a la infancia y familia:

5.1.1 Consejos generales sobre desarrollo intelectual y psico afectivo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables. 6.1.2 Programas de dejar de fumar para embarazadas. 6.1.3 Programas de uso y abuso del alcohol. 6.1.4 Programas de juego patológico y uso de TICs.

5.2 Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la adolescencia:

5.2.1 Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes. 5.2.2 Valoración y consejo en relación con la conducta alimentaria y a la imagen corporal. 5.2.3 Promoción de conductas saludables con relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

5.3 Programas de atención a la salud mental y uso de drogas para la mujer (perspectiva de género):

5.3.1 Programa de violencia de género; 5.3.2 programas de promoción de la salud mental de la mujer, 5.3.3 Programas de detección precoz de abuso de alcohol en la mujer; 5.3.4 Anamnesis y consejo sobre hábitos de uso de tabaco, alcohol y otras drogas.

5.4 Atención al adulto, familia y grupos de riesgo de salud mental y adicciones.

5.4.1 Atención a personas con conductas de riesgo: a) Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.
Incluye la valoración del fumador, la información sobre riesgos, el consejo de abandono y el apoyo sanitario y, en su caso, la intervención con ayuda conductual individualizada. b) Atención al consumidor excesivo de alcohol. Incluye la detección y cuantificación del consumo y frecuencia de la ingesta, la valoración de la dependencia, el consejo de limitación o eliminación de consumo, la valoración de patologías provocadas por el consumo y la oferta de asistencia sanitaria para abandono en caso necesario. c) Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas. 5.4.2 Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.

5.5 Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades, especialmente en menores, ancianos y personas con discapacidad. 5.5.1 Detección de situaciones de riesgo. 5.5.2 Anamnesis, y en su caso exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante sospecha de malos tratos. 5.5.3 Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales. 5.5.4 Establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso.

6. Atención específica a la salud mental en coordinación con los CAIFC y los servicios de segundo nivel y tercero.
Incluye: 6.1 Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital. 6.2 Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria. 6.3 Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental. 6.4 Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en

general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente. 6.5 Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Teniendo en cuenta las actividades más relevantes de los servicios de primer nivel en salud mental y adicciones; siendo conscientes de que en la práctica no se realizan muchos de los servicios que se proponen; hemos seleccionado el **Conjunto mínimo de Datos** que se deberían registra para obtener un cuadro suficientemente bueno de lo que pasa por este nivel como puerta de entrada al sistema de atención

INDICADORES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (conjunto mínimo de datos de primer nivel)

DE PRODUCCION:

- Volumen de consultas a demanda, programada y urgente de salud mental y adicciones al año
- Volumen de consultas a demanda, programada y urgente de violencia de genero.
- Número de referencias de casos de violencia de genero a otros programas.
- Número de casos de adicciones detectados (consumidores de riesgo) en un periodo
- Número de casos de salud mental detectados en un periodo.
- Número de consejos antitabaco en un periodo.
- Número de consejos antialcohólico en un periodo.
- Número de valoraciones de riesgo de fumadores en un periodo.
- Número de valoraciones de riesgo alcohólico en un periodo.
- Número de referencias a centro específico comunitario de Salud mental y adiciones (CAIFC)
- Número de seguimientos (consultas programadas) de problemas de salud mental
- Número de seguimientos (consultas programadas) de problemas de uso de sustancias

DE PREVALENCIA ATENDIDA (criterio CIE-10) (anual)

- F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
- F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES
- F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES
- F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS
- F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA
- F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)
- F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS
- F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO
- F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES (INHALABLES)
- F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS
- F30-39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)
- F41.0 TRASTORNO DE PÁNICO
- F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
- F41.2 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO
- F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO
- F43.0 REACCIÓN AL STRESS AGUDO
- F43.1 TRASTORNO POST-TRAUMÁTICO DEL STRESS
- F50 TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS

B. Objetivos de la política y planificación de la atención en salud mental y adicciones en el primer nivel de salud, segundo escalón de atención comunitaria en Salud Mental y adicciones:

Aquí se relacionan las acciones de servicios de primer nivel de salud y segundo escalón en salud mental comunitaria y adicciones, que son la expresión concreta de la política sobre esta área en la práctica:

SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE DISPOSITIVOS COMUNITARIOS

Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC)

. - Este dispositivo tiene como Objetivo General abordar de manera integral la prevención, tratamiento y Reinserción de personas con problemas de salud mental y adicciones, con un abordaje Comunitario y con enfoque en RED.

. - Son dispositivos comunitarios de salud que trabajarán con programas conjuntos con los Gobiernos Autónomos departamentales y Municipales, con participación social y basado en el enfoque de salud pública.

Las funciones de Reinserción de personas con salud mental y adicciones en este nivel estarán íntimamente ligadas a los SEDEGES por su competencia en la gestión de recursos sociales y de empleo.

. - Los usuarios de los CIAFC son derivados de los médicos y enfermería de primer nivel de atención, no pudiendo tener una entrada directa, si no es previamente visto y atendido por el primer nivel y en su caso derivado al CAIFC para dar entrada al sistema.

. - La población destinataria del CAIFC serán, no de modo excluyente, ya que se podrá modificar la cartera de servicios en función de priorizaciones o situación de actuación urgente:

1.- Pacientes con trastornos por uso de sustancias, incluido el alcohol y el tabaco. Y todos los síndromes asociados. Excepto patologías orgánicas por uso de drogas y alcohol.
2.- Atención a la salud mental. Excepto patologías de índole mental por causas orgánicas.
3.- Niños, adolescentes y familias en riesgo social.
4.- Programa comunitario de prevención del delito en adolescentes consumidores de drogas y alcohol.

5.- Atención de las adicciones y el proceso de reinserción para egresados de la privación de libertad.
6.- Atención a las Personas Privadas de Libertad con programas de tratamiento intrapenitenciarios a fin de dar continuidad de tratamiento
a la salida en libertad, y como forma de posibilitar cumplimientos de penas alternativos en centros de tratamiento extra penitenciarios.

Atención a la mujer víctima de violencia de género.

La atención en este nivel de atención básicamente consiste en dos procesos: uno de ellos y el principal, es la acción con enfoque comunitario en promoción y prevención de la salud mental y adicciones; en la coordinación de programas con los recursos comunitarios (ONG, prisiones, SEDES, SEDEGES, empleo, deportes …); acción comunitaria para impulsar mejoras estructurales que revierten en la salud mental y uso de drogas. El segundo proceso tiene que ver con el tratamiento de los problemas de salud mental y adicciones, y dentro de ello los procesos de rehabilitación y reinserción.

Conforme a esto, la cartera de servicios que se ofrecen en la intervención comunitaria comprende:
1.- Actividades de promoción y prevención de la salud mental comunitarios, con perspectiva de género.
2.- Actividades de salida a la comunidad para realizar diagnósticos de vulnerabilidad y definir prioridades de trabajo.
3.- Registro de actividad comunitaria.
4.- Actividades de evaluación de impacto de programas, un desglose por impacto en género.
5.- Reuniones de coordinación para crear y dinamizar redes de trabajo.
6.- Intervenciones comunitarias.

Respecto al tratamiento y rehabilitación y reinserción psicosocial comprende:

1.- Psicoterapia individual, familiar y grupal. Teniendo en cuenta las exclusiones en técnicas de eficacia no probada o de un coste excesivo: terapias alternativas, psicoanálisis, homeopatía, hipnosis clínica, y otras
que deben ser evaluadas por la Agencia Estatal de Medicamentos y de Tecnologías en Salud y emitir informes sobre ello.

2.- Consejo psicológico e intervenciones breves.

3.- Trabajo formalizado en perspectiva de género de los tratamientos, y emisión de informes de seguimiento.

4.- Programas de mejora de habilidades sociales y manejo de los estreses psicosociales.

5.- Programas de mejora de habilidades laborales.

Programas de rehabilitación y reinserción comunitarios.

La función básica de los dispositivos y programas de rehabilitación y reinserción es la recuperación de capacidades biopsicosociales de los afectados por un problema de salud mental y adicciones, y la facilitación de la adquisición o recuperación de hábitos laborales.
Se traba en componentes como lo siguientes:
- Auto cuidados y habilidades básicas para la vida.
- Actividades instrumentales para la vida diaria.
- Psicomotricidad.
- Educación para la salud y psicoeducación.
- Autocontrol y manejo del estrés.
- Habilidades sociales.
- Rehabilitación de déficits cognitivos.
- Educación en el uso del Ocio y Tiempo libre.

Ejes de la atención comunitaria en salud mental y adicciones

A. Promoción de salud mental comunitaria.

La promoción de la salud mental consiste en desplegar acciones que generen entornos y condiciones de vida que resguarden el desarrollo integral de las personas, comunidades o barrios, para favorecer modos de vida saludables. La promoción entonces debe reconocer dimensiones previas a la posibilidad de la emergencia de una enfermedad, siendo esencial la participación de otros sectores del Estado: educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda, municipios, ONG, entre otros actores que, con sus prácticas y políticas públicas, impactan en la calidad de vida de

las personas y sus comunidades. Trabajar con ellos permitirá encauzar acciones intersectoriales que contribuyan a favorecer la salud mental de la población, resguardando no moldear, desde lo sanitario, la esencia de la comunidad.

B. Prevención en Salud Mental y adicciones.

La prevención en el contexto del modelo comunitario y de determinantes sociales constituye un esfuerzo por conocer, promover y apoyar las capacidades de autogestión de las personas, familias y comunidades frente a aquellas condiciones y riesgos, especialmente aquellos que configuran entornos con altos niveles de vulnerabilidad, marginación y exclusión social.

Con la prevención se busca fortalecer, por un lado, aquellas condiciones protectoras identificadas en una comunidad y por otro, contrarrestar los efectos que tienen los determinantes sociales desfavorables sobre la salud de grupos, familias y comunidades.

Las estrategias preventivas deben identificar aquellos condicionantes que moldean los estilos de vida y producen crisis recurrentes asociadas a hábitos y conductas que predisponen la ocurrencia de trastornos mentales y adicciones en las personas. Esto supone buscar estrategias y acciones colectivas basadas en la intersectorialidad, que impacten en esos condicionantes del daño.

Con esta visión, se deben desarrollar estrategias de prevención desde salud y desde los servicios locales, pensadas y gestionadas con una lógica comunitaria e intersectorial, impulsando el potencial de colaboración entre los equipos y la comunidad misma, y que se basen en las características específicas de las comunidades territorializadas, respetando sus sentidas necesidades.

C. Atención y cuidados en salud mental y adicciones.

La atención y cuidados en salud mental y adicciones en y con la comunidad se centran en que la persona, que presenta una enfermedad mental o problema con las drogas, mantenga o recupere su capacidad de relacionarse con los otros y participar de la vida en comunidad, así también debe considerar a la familia y su entorno como parte fundamental del proceso de recuperación de la persona. Esto adquiere un profundo sentido terapéutico, en tanto el trastorno mental es una fuerza que empuja a la persona a aislarse de su grupo y su comunidad, siendo las condiciones subjetivas para vivir con los otros, soportar los conflictos de la vida en común,

desarrollarse y mantener habilidades para generar vínculos satisfactorios, lo primero que se pierde como consecuencia de la enfermedad.
Debe ir más allá del control de los síntomas en las personas y orientarse a propiciar un cambio en las relaciones de ese sujeto con su entorno, y las condiciones sociales. Esto demanda la articulación en red con otros
servicios que otorguen las condiciones básicas que requieren las personas para su bienestar: trabajo, vivienda, educación, lazos afectivos, relaciones sociales, etc., consideración de su cosmovisión para comprender y vivir su trastorno, derechos básicos, cuya ausencia o insuficiencia contribuyen al malestar subjetivo y generan trastornos mentales.
Por tanto, incorporar en la atención y el cuidado, el entorno y su cosmovisión en el que, las personas con trastornos de salud mental y adicciones y sus familias se desenvuelven, hace necesario contar con servicios organizados en red que faciliten la participación de la comunidad; la eliminación de la estigmatización y la discriminación; la mejora de la legislación y de las actitudes públicas con miras a eliminar barreras a la integración en la comunidad.

La atención desde el modelo comunitario se basa en tres elementos centrales interrelacionados [12]:

a) **El trabajo en red:** La constitución de la red no reside en los dispositivos que la forman, sino fundamentalmente en las relaciones entre las instituciones y entre profesionales de estas.
Cada profesional del equipo debe aportar a una tarea común dirigida a un sujeto concreto con necesidades de cuidados, en una red de salud coordinada con otros sectores de manera horizontal.
La red de salud mental no solo es parte del sistema sanitario, sino de un sistema social más amplio, dónde el sujeto se construye.

b) **El abordaje de la psicopatología, basada en un modelo de sujeto de relación:** la atención en salud mental y adicciones debe trascender la psicopatología de los síntomas y entender al sujeto en un entramado
de vínculos con los otros, a través de los cuales se construye. En este sentido, los síntomas no pueden separarse de la persona que los experimenta en un momento dado de su historia, su curso de vida y su entorno.

[12] Manuel Desviat , Ana Montero, "Reseña de 'Acciones de Salud Mental en la Comunidad,'" Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012

c) **Gestión clínica:** Es la descentralización de la toma de decisiones, esto se traduce en mayores niveles de autonomía de profesionales y personas usuarias, generando una institucionalidad más flexible y participativa. La gestión clínica, así entendida, debe buscar la consecución de objetivos de eficiencia y eficacia por medio de la conformación de equipos en base a perfiles de competencia.

Teniendo en cuenta las actividades más relevantes de los servicios comunitarios de salud mental y adicciones; hemos seleccionado el **Conjunto mínimo de Datos** que se deberían registra para obtener un cuadro suficientemente bueno de lo que pasa por este nivel como puerta de entrada al sistema de atención específico de salud mental y adicciones.

INDICADORES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGUNDO ESCALON ESPECIFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

(conjunto mínimo de datos de primer nivel segundo escalón CAIFC)

DE PRODUCCION:

- Volumen total de consultas a demanda, programada y urgente de salud mental y adicciones al año
- Volumen de primeras consultas por año por salud mental o uso de drogas.
- Número de primeras consultas de Personas ex Privadas de liberad
- Número de casos totales activos a fin de año
- Numero de inicios de programas de intervención por tipología
- Número de altas en un año
- Volumen total de consultas a demanda, programada y urgente de violencia de genero.
- Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (primeras consultas) por consumo de sustancias psicoactivas por droga consumida anual.
- Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (primeras consultas) por trastornos de salud mental (no los TUS) anual
- Volumen de primeras consultas de violencia de género.
- Número de referencias de casos de violencia de genero a otros programas.

- Número de referencias a segundo nivel de atención
- Número de referencias a tercer nivel de atención
- Número de contrarreferencias del segundo nivel de atención
- Número de contrarreferencias del tercer nivel de atención
- Número de referencias a otros dispositivos de atención por tipología (privados, ONG, otros)
- Volumen de consultas de rehabilitación/reinserción

INDICADORES DE TRABAJO COMUNITARIO

- Número de actuaciones en la comunidad en el año
- Número de programas comunitarios nuevos en el año
- Número de programas comunitarios activos a fin de año
- Número de actividades de promoción y prevención de la salud mental comunitarios al año
- Número de actividades de diagnósticos de vulnerabilidad y abordajes cualitativos en la comunidad al año
- Número de actividades de evaluación de impacto de programas al año
- Número de reuniones de coordinación para crear y dinamizar redes de trabajo al año
- Número de acciones comunitarias de rehabilitación/reinserción al año.

INDICADORES DE PERSPECTIVA DE GÉNERO

- Indicador de desagregación por genero de todos los indicadores anual.
- Número de intervenciones comunitarias para accesibilidad de la mujer a los programas al año
- Indicador de acciones de género en promoción y prevención anuales
- Indicador de acciones de género en tratamientos anual
- Indicador de acciones de género en rehabilitación y/o reinserción anual.

DE PREVALENCIA ATENDIDA (criterio CIE-10) (anual)

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Se relacionan a continuación los grupos de trastornos sin desglosar. En ANEXO 1 se presentan el conjunto completo de trastornos de la CIE-10 por uso de sustancias psicotrópicas. Un dispositivo específico de Salud Mental y Adicciones debe poder registra cualquier trastorno de salud mental y adicciones previsto en la CIE-10

- F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
- F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES
- F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES
- F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS
- F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA
- F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)
- F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS
- F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO
- F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES (INHALABLES)
- F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS

Seguidamente está la relación de trastornos mentales y del comportamiento, en el que se excluyen los trastornos por uso de sustancias psicotrópicas por estar ya expuestos en el apartado anterior. Ver especificación de cada subgrupo de trastornos en ANEXO 2

(F00-F09) TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS

(F20-29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES

(F30-39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

(F40-49) TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(F50-59) SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS

(F60-69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

(F70-79) RETRASO MENTAL

(F80-89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

(F90-F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ O EN LA ADOLESCENCIA

(F99) TRASTORNOS MENTALES SIN ESPECIFICAR

C. Objetivos de la política y planificación de la atención en salud mental y adicciones en segundo y tercer niveles de salud.

Aquí se relacionan las acciones de los servicios del segundo y tercer nivel de atención en salud mental comunitaria y adicciones, que son la expresión concreta de la política sobre esta área en la práctica:

SERVICIOS COMUNES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Atención a la salud mental en este nivel comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis, la hipnosis y terapias alternativas), la terapia
electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:
7.0 Desintoxicaciones hospitalarias por uso de alcohol y otras drogas.
7.1 Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios de salud mental y adicciones de otros niveles de atención sanitarios y no sanitarios. 7.2 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise. 7.3 Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
7.4 Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
7.5 Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/ adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables. 7.6 Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7.7 Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

Tipología de servicios de segundo y tercer nivel

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

1.- Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) (segundo nivel)

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

- Realizan programas de Interconsulta y Psiquiatría de enlace con otros Servicios del Hospital de referencia.

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

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA/LARGA ESTANCIA (tercer nivel)

2.- Unidad de Media Estancia (UME)

La finalidad de ellas es atender a pacientes procedentes de la Unidades de Hospitalización Breve que precisan ingresos más prolongados de los previstos en estos dispositivos para su estabilización y recuperación y en los que se persigue, junto con la mejoría sintomática, la rehabilitación funcional y social del paciente.

3.- Clínica de Rehabilitación (CR)

- Es un centro suprasectorial destinado a la rehabilitación de la enfermedad mental grave, diseñado para
media-larga estancia entre 6 y 18 meses. Atiende a toda la población mayor de 16 años con sintomatología cronificada, que afecta significativamente al funcionamiento general del paciente y es
susceptible de un programa de rehabilitación
- Ofrece tratamiento multidisciplinar de alta intensidad básicamente en torno a dos programas:
    - Centro de Día: recurso de hospitalización parcial, de 10:00 a 17:00, de lunes a viernes
    - Programa de Hospitalización de 24 h. de lunes a viernes.

SERVICIOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (segundo nivel)

Estos servicios se dirigen a la población de 16 años o menos.

4.- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ)

- La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil.
- El acceso se realiza desde el resto de los programas y/o dispositivos de salud mental infanto-juvenil o desde Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias.

5.- Hospital de día Infanto Juvenil (HDIJ)

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

Dispositivos específicos de adicciones:

. - **Los dispositivos específicos de atención a las adicciones que se encuadran en el segundo nivel son:**

- Hospitales de segundo nivel del SUS con programas de desintoxicación de alcohol y otras drogas,
- Hospitales de segundo nivel del SUS con programas hospitalarios de tratamiento de deshabituación y estabilización de las adicciones de corta duración,
- Consultas externas Hospitalarias de segundo nivel de salud mental y adicciones con mayor nivel de intensidad.

Centros de Día para personas con problemas de adicciones.

. - Los dispositivos específicos de atención a las adicciones que se encuadran en el tercer nivel son:

. - El tercer nivel de atención son dispositivos de tratamiento de adicciones de mayor complejidad técnica y dotación de personal de alta especialización.

. - La vía de entrada al tercer nivel se realiza a través del protocolo de referencia del CAIFC (segundo nivel), por ser el eje del sistema de tratamiento específico.

Los dispositivos de tercer nivel que forman parte de este nivel son:

1.- **Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA) (Comunidades Terapéuticas intra y extrapenitenciarias).** Programas de tratamiento de adicciones en régimen cerrado, con objetivos de reconstrucción personal y social, y programas de preparación para el alta e itinerarios individualizados de reinserción.

. - Las Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones intra penitenciarias también formaran parte del S.U.S de modo que se le aplicaran los mismos requisitos de acreditación (con especificidades), y tendrán régimen de conciertos o acuerdos con los recursos extrapenitenciarios para no interrumpir los programas terapéuticos a la salida en libertad, y el proceso de reinserción.

. - En su caso para cumplimientos de penas en comunidades extra penitenciarias, Ministerio de Salud y Régimen Penitenciario firmaran convenios al efecto.

. - Se propone ayudar vía subvención a ONG con programas de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones, para el cumplimiento de los criterios de acreditación para su funcionamiento que les permitirá colaborar con el SUS., teniendo en cuenta la perspectiva de género en la convocatoria.

. - En régimen de Conciertos, se propone acordar con entidades privadas que disponen de Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA) la utilización de plazas de ingreso para permitir cubrir necesidades en este tipo de programas.

. - Promover y crear si es preciso Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA) mixtas o para mujeres específicamente, o con módulos específicos para mujeres. Del mismo UNICRA intrapenitenciarias.

INDICADORES PARA SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

(conjunto mínimo de datos de segundo y tercer nivel)

DE PRODUCCION:

- Volumen total de consultas por año.
- Volumen de admisiones a tratamiento por trastornos por uso de drogas (primer diagnóstico) por año
- Volumen de admisiones a tratamiento por trastornos mentales (excluido TUS) por año

- Numero de desintoxicaciones por alcohol por año
- Numero de desintoxicaciones por uso de drogas ilegales por año
- Número de contrarreferencias por dispositivos de origen (hospital general, urgencias generales, urgencias psiquiátricas, CAIFC, centros de segundo nivel, centros de tercer nivel, otros)
- Numero de referencias a otros dispositivos por año (CAIFC, centros de día, unidad de corta estancia, unidad de larga estancia, desintoxicación, centros de rehabilitación, programas de reinserción, Otros)
- Número de casos totales activos a fin de año.
- Numero de inicios de programas de intervención por tipología.
- Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (admisiones a tratamiento) por consumo de sustancias psicoactivas por droga consumida anual.
- Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (admisiones a tratamiento) por trastornos de salud mental (excluido TUS) anual.
- Numero de interconsultas hospitalarias (psiquiatría de enlace) por año
- Número de admisiones a tratamiento en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ) por año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de admisiones en Hospital de día Infanto Juvenil (HDIJ) por año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de admisiones a tratamiento en Unidad de Media Estancia (UME) por año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de admisiones a tratamiento en Centro de Rehabilitación (CR), pacientes activos a fin de año y numero de altas al año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de admisiones a tratamiento en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de hospital general; pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de admisiones a tratamiento en Hospitales de Día (HD), pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de admisiones a tratamiento en Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA), pacientes activos a fin de año y número de altas al año.
- Numero de inicios de programas de reinserción sociolaboral por año.
- Número de pacientes activos en programas de reinserción a fin de año.
- Número de derivaciones a otros recursos de reinserción por tipo de recurso al año.

INDICADORES DE PERSPECTIVA DE GÉNERO

- Indicador de desagregación por genero de todos los indicadores anual.
- Indicador de acciones de género en promoción y prevención anuales
- Indicador de acciones de género en tratamientos anual
- Indicador de acciones de género en rehabilitación y/o reinserción anual.

DE PREVALENCIA ATENDIDA ANUAL (criterio CIE-10)

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS

Se relacionan a continuación los grupos de trastornos sin desglosar. En ANEXO 1 se presentan el conjunto completo de trastornos de la CIE-10 por uso de sustancias psicotrópicas. Un dispositivo especializado de salud mental de segundo y tercer nivel debe poder registra cualquier trastorno de salud mental y adicciones previsto en la CIE-10

- F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
- F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES
- F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES
- F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS
- F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA
- F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)
- F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS
- F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO
- F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES (INHALABLES)

- F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS

Seguidamente está la relación de trastornos mentales y del comportamiento, en el que se excluyen los trastornos por uso de sustancias psicotrópicas por estar ya expuestos en el apartado anterior. Ver especificación de cada subgrupo de trastornos en ANEXO 2

(F00-F09) TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS

(F20-29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES

(F30-39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)

(F40-49) TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(F50-59) SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS

(F60-69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

(F70-79) RETRASO MENTAL

(F80-89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO

(F90-F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ O EN LA ADOLESCENCIA

(F99) TRASTORNOS MENTALES SIN ESPECIFICAR

Paso2. Análisis de situación inicial: ¿de qué información disponemos?

2.1 Revisión de la situación actual.

Como se señaló anteriormente, se constituyó un grupo de trabajo para analizar el estado actual del relevamiento de la información referida a salud mental y adicciones en el SNIS-VE (Sistema Nacional de Información en Salud- Vigilancia Epidemiológica), compuesto por un Técnico de SNIS-VE, representantes del SNIS en tres gobernaciones, dos técnicos de programa de salud mental y adicciones de Dir. De promoción.

Como fruto de su trabajo se estableció la situación de la información en salud mental y adicciones en el momento actual que se resumen en los siguientes puntos:

1. Existen cuatro sistemas diferenciados de recogida sistemática de información en salud de los dispositivos de atención que pueden afectar a la información de salud mental y adicciones:

- **Sistema Nacional de Información en Salud – SNIS.**

  El Sistema Nacional de Información en Salud - SNIS, tiene por objetivo principal, el proporcionar información de salud en forma oportuna y confiable de los servicios del Sistema Nacional de Salud, producida en los establecimientos de sus tres niveles de atención.

  El SNIS está pensado para que funcione las Gerencias de Red y en los SEDES departamentales, con el objeto de proporcionar información de salud.

- **El Software de Atención Primaria en Salud – SOAPS**

  Este debe funcionar en el establecimiento de salud, esta herramienta está diseñada para puestos y centros de salud en un primer nivel de atención.
  Principalmente el Software está pensado para que funcione en cada uno de los consultorios del establecimiento de salud, sustituyendo los cuadernos del SNIS y también para el manejo de la carpeta familiar, que en la actualidad se llenan en forma manual. Según zonas se usa digital o en papel, en especial las zonas más alejadas o aisladas no disponen del método digital.

También permite consolidar toda esta información del centro de salud a nivel Nacional para mejorar las políticas de salud.

El SOAPS está diseñada para puestos y centros de salud en un primer nivel de atención.
Es una herramienta pensada para agilizar el trabajo del personal de salud, generando reportes especializados y generando información consolidada para los niveles. El SOAPS genera Información clínica estadística por paciente, lo que permite tener
hacer el seguimiento y monitoreo a los pacientes.
Genera información de Morbilidad, registra los medicamentos y servicios complementarios prescritos, es un sistema que se integra a otros sistemas de información como el SALMI, SNIS, etc.
Apoya en proceso de atención con la generación de gráficos de estados nutricionales, generando indicadores nutricionales, el software agiliza el proceso de administrativo en el consultorio.
Ayuda a determinar en movimiento del personal dentro del establecimiento.

Registro clínico en el SOAPS

El sistema dispone de una introducción de datos clínicos que son la consolidación de la historia clínica. La historia clínica oficial del Sector público para centros de salud, reconocida por el SNIS y catalogada como registro administrativo por el Instituto Nacional de Estadística es la Historia Clínica Única R. A 101. (ver anexo historia clínica 101). No existe una Historia Clínica única para los Hospitales de segundo y tercer nivel, teniendo cada Hospital sus propios instrumentos de captación.
La información que dispone relacionada con Salud mental y uso de drogas se recoge en un apartado denominado FACTORES DE RIESGO. En el mismo aparecen los epígrafes: ABUSO DE ALCOHOL, HÁBITO DE FUMAR, TRASTORNOS DEL SNC Y DROGAS (sin más especificación). En el apartado central se escribe manualmente los apartados de anamnesis, diagnósticos, signos y síntomas, análisis clínicos y un plan de acción (tratamientos, orientaciones, seguimientos, exámenes complementarios necesarios).

La información sobre factores de riesgo en primer nivel que contemple el uso de alcohol, tabaco y drogas es muy interesante para mejorar la información

recogida, y en especial para promover la recogida de este tipo de información. No hay referencia ninguna a salud mental por otro lado, cuando puede ser considerado como un factor de riesgo para la salud en general.

De aquí que la primera propuesta de mejora de datos de salud mental y adicciones para el primer nivel será orientada hacia mejorar las acciones de detección, manejo y referencia. Para ello, se ha elaborado un conjunto de datos que sería oportuno poner en marcha progresivamente, para poder monitorear la aplicación del enfoque de salud mental comunitaria que se va a potenciar en el medio plazo.

- **Sistema de Información Clínico Estadístico - SICE**

El SICE es un sistema de información Integrado Clínico Estadístico cuyo objetivo principal es integrar en un solo lugar todos los registros médicos de un establecimiento de salud.

Otros objetivos del SICE son:

• Organizar, revisar, mantener al día, archivar y custodiar los registros médicos y otros documentos hospitalarios de acuerdo a las normas establecidas.
• Convertirse en una herramienta informática que permita administrar de manera óptima el Archivo de Historia Clínica.
• Recolectar, procesar y presentar la información estadística hospitalaria necesaria.
• Apoyar a los estudios de investigación desarrollados por otras áreas del hospital.
• Brindar facilidades para realizar estudios de investigación.
• Brindar facilidades de análisis a los niveles gerenciales (dirección, planificación, comités de asesoramiento, etc.)

El SICE, es un instrumento informático de uso administrativo y operativo, pero puede servir como instrumento gerencial a través de sus reportes y su módulo de análisis de información. Por lo tanto, el uso concierne en primera instancia a quienes tienen la responsabilidad de registrar la información clínica y estadística, en segundo lugar, concierne al departamento de estadística del

establecimiento que debe validar la información y finalmente concierne a los niveles de decisión del establecimiento que usarán los reportes emitidos por el módulo.

Los procesos principales que apoya son:

• Admisión de Consulta Externa
• Admisión Hospitalaria
• Archivo Clínico
• Registró de Consulta Externa desde el servicio de consulta externa y/o en estadística.
• Registro de Emergencias en el servicio de Emergencia o desde estadística.
• Internaciones y Altas hospitalarias.
• Servicios auxiliares como Rayos X, Ecografía, Laboratorio, Mamografía, Nutrición, etc. (Se puede configurar para que soporte otros servicios auxiliares y de apoyo al diagnóstico).
• Registro de Hechos Vitales.
• Impresión y Generación de formularios de consolidación definidos por el SNIS.
• Envió de información de Hechos vitales al sistema SIAHV.
• Generación de archivo desagregado atención por atención a plataforma web de consolidación del SNIS-VE.

1.2 ¿Qué aporta el SICE al Ministerio de Salud?

Con el SICE logra que la información clínica y estadística se registre en un solo lugar y esté almacenada para que pueda ser usada por el establecimiento, uno de los principales problemas de la información clínica y estadística es que se utilizan muchos tipos de registros y cada registro es solo propiedad del servicio que lo llena, evitando así que la información sea útil a toda la institución.

Con la implementación del SICE se obliga a estandarizar los registros médicos y se obliga a revisar todo el flujo de información de estadística y su procesamiento de datos.
Con la implementación del SICE se obliga a organizar el archivo clínico, y se obliga también a revisar los flujos de información e
instrumentos de registro de consulta externa, hospitalización, emergencias y servicios auxiliares.

El sistema permite tener la información clínica y estadística del establecimiento en línea, por ejemplo, en el momento en que laboratorio emita y registre el resultado de un análisis, el médico de consulta externa puede ingresar desde su consultorio a dicho
análisis.

1.3 ¿En qué instituciones puede utilizarse el SICE?

El SICE puede aplicarse en establecimientos de salud II Y III nivel siempre y cuando exista personal que pueda realizar el registro.

El SICE tiene la posibilidad de ampliar campos, al igual que el SOAPS, de modo que se pueden introducir nuevas variables que puedan dar más información sobre diagnósticos de salud mental más precisos. Todos ellos se registran conforme a la clasificación de la CIE-10 de la OMS[13], e introducir nuevos parámetros de recogida de información sobre procesos de atención médica y de enfermería.

El SICE es el lugar para mejorar el registro de problemas de salud mental de segundo y tercer nivel, conforme nueva menta a una propuesta progresiva conforme a la referida en el apartado de necesidades de información.

- **Sistema de Administración de Hechos Vitales – SIAHV**

El Sistema de Administración de Hechos Vitales - SIAHV, es la herramienta orientada al registro, análisis y distribución de la tendencia de la mortalidad en Bolivia. El registro y análisis de esta información servirá para orientar políticas y estrategias tendentes a la reducción de las principales causas de muerte en el país.
El Sistema está pensado para que funcione en las Gerencias de Red Rural y en el establecimiento de salud de Nivel II y III, con el objeto de registrar y analizar la distribución y tendencia de la mortalidad en Bolivia.
En lo referido a Salud mental y adicciones puede ser una herramienta muy útil para determinar las muertes debidas a problemas de Salud mental y uso de alcohol tabaco y otras drogas.

[13] Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. — 10a. revisión. Washington, D.C. : OPS, © 1995

2.2 Proceso de Consolidación de la Información

El proceso de reporte de información hacia el SNIS se realiza conforme a un proceso de **consolidación de la información.** Este consiste en formularios que consolidan los datos estadísticos de cada establecimiento al final de cada periodo determinado de tiempo para su envío al siguiente centro de acopio que es la red de salud. Los formularios de consolidación oficiales implementados por el SNIS y codificados como registros administrativos por el INE son los siguientes:

Formulario 301a: Informe Mensual de Producción de Servicios, I Nivel. (anexo: formulario 301a)
Formulario 301b: Informe Mensual de Producción de Servicios, II y III Nivel. (por especialidades) (anexo: formulario 301b)
Formulario 302a: Notificación para la Vigilancia Epidemiológica, I Nivel. (anexo: formulario 302a)
Formulario 302b: Notificación para la Vigilancia Epidemiológica, II y III Nivel.
Formulario 303: Informe Mensual de Laboratorios.

Todos los formularios son de interés para salud mental y adicciones salvo el 303. El 301a, que se registran las producciones de los servicios, es decir actividad de los mismos, y que puede albergar un apartado de Salud mental y adicciones que en este momento no dispone. El 301b, que registra la producción de servicios del segundo y tercer nivel de atención, y que alberga datos de mucho interés como las consultas externas, ingresos y egresos por servicios, referencias y contrarreferencias, fallecimientos hospitalarios, y ocupación de cama ocupada. También es un lugar interesante para introducir la producción de servicios de salud mental y adicciones. El 302b para el registro de trastornos que acuden a tratamiento, que es el lugar idóneo para el registro más completo de trastornos de salud mental y por uso de sustancias psicotrópicas.
En el **formulario 301a**, se registran las siguientes variables relevantes para la salud mental y adicciones. En todos estos bloques de información se hará una propuesta para adaptarla a las necesidades de Salud mental y adicciones, en conjunto con los técnicos del SNIS

REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

Pacientes referidos recibidos por el establecimiento
Pacientes referidos a otros establecimientos
Pacientes contrarreferidos al establecimiento
Pacientes referidos de la comunidad y/o medicina tradicional
Pacientes referidos del establecimiento a la medicina tradicional

ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO Y CON LA COMUNIDAD

N.º de actividades realizadas con participación de la comunidad
N.º de CAI (Comités de Análisis de establecimiento)
N.º de comunidades que participaron en el CAI de establecimiento
N.º de familias nuevas carpetizadas durante el período
N.º de visitas familiares planificadas
N.º de familias carpetizadas con seguimiento durante el período
N.º de visitas familiares realizadas
N.º de reuniones realizadas con Comités Loc. de Salud
N.º de reuniones realizadas con autoridades locales de salud
N.º de actividades de la comunidad con participación del establecimiento
N.º de auditorías internas en salud en aplicación de norma técnica
N.º de autoevaluaciones para acreditación del establecimiento
N.º de quejas y reclamos realizadas por los usuarios
N.º de sugerencias y agradecimientos realizados por los usuarios
N.º de actividades educativas en Salud

INTERNACIONES

Ingresos referidos de otros establecimientos de salud
Ingresos espontáneos
Egresos
Fallecidos antes de las 48 hrs.
Fallecidos a partir de las 48 hrs.
Contra referidos
Días camas ocupadas otros servicios
Días camas disponibles otros servicios

VIH

N.º de Personas con Prueba Rápida

TUBERCULOSIS Y LEPRA (epígrafe literal)

N.º de Sintomáticos Respiratorios
N.º de TBP BAAR (+) nuevos
N.º de TBP BAAR (-) nuevos
N.º de Personas con TB en TSF con prueba rápida
N. º de pacientes con Coinfección TB/VIH

Hay que señalar en este apartado que es de mucho interés la producción referida a medicina tradicional que puede ser especificada para problemas de salud mental y uso de drogas. Sin embargo, es muy limitada la información sobre producción de los servicios, y de igual modo en lo referido a salud mental y adicciones. Se hará propuesta de ampliación en este sentido.
El otro punto de mucho interés actual es el referido a la información sobre actividades en la comunidad. De tal modo que se pueden incorporar con alguna modificación para el centro específico de atención comunitaria CAIFC, y su enfoque esencial en lo comunitario. Este enfoque debe ser monitoreado.

Por último, es de gran interés lo referido a enfermedades infecciosas ya que se registran el VIH, TB y la coinfección.

En el **formulario 302a** de vigilancia epidemiológica, se informa semanalmente, y es relevante para nuestro ámbito de salud mental y adicciones los siguientes apartados:

VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES

51. Violencia en la Familia
52. Violencia Sexual (familiar, doméstica y/o en otros ámbitos)
53. Otras violencias por lesiones autoinfligidas y colectivas
54. N.º de casos presentados por Hechos de Tránsito
55. N.º de casos presentados por otros Accidentes

Es un lugar oportuno para varias propuestas como:

1.- Desdoblar la violencia en intrafamiliar y de género.

2.- Matizar el concepto de violencia sexual y hacer un desglose más amplio: violación en el matrimonio o en citas amorosas; violación por desconocidos o conocidos; insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.); violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo, fecundación forzada); abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas; violación y abuso sexual de niños; y formas "tradicionales" de violencia sexual, como matrimonio o cohabitación forzados y "herencia de viuda". Violencia sexual por internet.
3.- Registrar la conducta suicida (consumada e intento).
4.- Atenciones por accidentes de tránsito.

En este momento, en el **formulario 302b** se están registrando los siguientes grupos diagnósticos y actuaciones referidas a alcohol, tabaco y otras drogas:

En factores de riesgo se registra:

1. Hábito de fumar
2. Abuso de Alcohol

Es interesante registra factores de riesgo que tienen que ver con el uso de alcohol y tabaco. Se podría valorar introducir el factor de riesgo de abuso de marihuana porque es la droga ilícita de mayor uso.

En el apartado de trastornos se registra:

1. Episodios depresivos
2. Estados de ansiedad
3. Episodios psicóticos/esquizofrenias
4. Epilepsia (convulsiones/ataques)
5. Trastornos del comportamiento por el uso de sustancias psicotrópicas.
6. Trastornos de Conducta.
7. Alzheimer
8. Parkinson

En este caso aparece un apartado específico sobre salud mental que ha sido identificado como un lugar idóneo para mejorar los registros de diagnósticos. Sin embargo, actualmente adolece del uso de un código internacional de clasificación

como la CIE-10; y, por otro lado, la agrupación de trastornos en esos epígrafes es demasiado amplia.
Por ello aquí se propone:

1. Utilizar una clasificación Internacional de trastornos mentales y del comportamiento como la CIE-10 de OMS,
2. Desagregar los grupos diagnósticos propuestos y ampliar a un número mayor que sea de interés por su prevalencia y otros factores.

Paso3. Preselección de los indicadores que integrarán en el Sistema de Información de la atención a las adicciones y la salud mental (SIAASM)

A la vista de la nueva política de salud mental de enfoque comunitario que es novedosa en Bolivia, se presenta una oportunidad única de que el nuevo sistema de tratamiento de las adicciones y la salud mental se ponga en marcha con un sistema de información "ad hoc" para las nuevas necesidades de monitorización de la política.
El otro elemento que nos ayuda a definir que indicadores se van a proponer es la ausencia de registros de actividad y casos de salud mental de modo que se desconoce la prevalencia atendida de este tipo de problemas. Justamente esta ausencia de datos es lo que hace aún más imperioso iniciar un cambio progresivo en el sistema de indicadores de salud mental y adicciones.

Por otro lado, las reuniones con el grupo de trabajo han sido muy favorables por parte del SNIS, tanto a nivel nacional como de las gobernaciones, a realizar esta ampliación de la información. El ministerio de salud a través de sus técnicos de salud mental y adicciones ven también una gran oportunidad para esta iniciativa.

Por todo ello se va a proponer el conjunto de indicadores de producción de los servicios, por un lado. Dicha producción se va a referir tanto a centros que ya existen ahora, como de otros que en medio plazo se van a crear como es el caso de los Centros de Atención Integral Familiar y Comunitaria (CAIFC), referente de la salud mental y adicciones. Del mismo modo se habla de indicadores de dispositivos de atención de salud mental y adicciones que aún no existen pero que dentro de una reforma de la salud mental en Bolivia será una realidad en un futuro.

El otro gran grupo de indicadores tiene que ver con el registro de casos con sus diagnósticos que nos va a proporcionar un panorama de qué problemas presenta la sociedad boliviana en salud mental y adicciones.

INDICADORES PROPUESTOS PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (conjunto mínimo de datos de primer nivel)	INDICADORES SELECCIONADOS	OBSERVACIONES
INDICADORES DE PRODUCCION DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD		
Volumen de consultas a demanda, programada y urgente de salud mental y adicciones al año	✓	
Volumen de consultas a demanda, programada y urgente de violencia de genero.	✓	
Número de referencias de casos de violencia de genero a otros programas.	✓	
Número de referencias de casos de violencia de genero a otros programas.	✓	
Número de casos de adicciones detectados (consumidores de riesgo) en un periodo	✓	
Número de casos de salud mental detectados en un periodo.	✓	
Número de consejos antitabaco en un periodo.	✓	
Número de referencias a centro específico comunitario de Salud mental y adiciones (CAIFC)	✓	
Número de seguimientos (consultas programadas) de problemas de salud mental	✓	

Número de seguimientos (consultas programadas) de problemas de uso de sustancias	✓	
Número de valoraciones de riesgo alcohólico en un periodo	✓	
INDICADORES DE CASOS POR DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PRIMER NIVEL DE ATENCION EN SALUD (criterio CIE-10) anual		
F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	✓	
F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES	✓	
F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES	✓	
F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	✓	
F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA	✓	
F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)	✓	

F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	✓	
F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	✓	
F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES (INHALABLES)	✓	
F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS	✓	
F30-39 TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	✓	
F41.0 TRASTORNO DE PÁNICO	✓	
F41.1 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	✓	
F41.2 TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO	✓	
F42 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	✓	
F43.0 REACCIÓN AL STRESS AGUDO	✓	
F43.1 TRASTORNO POST-TRAUMÁTICO DEL STRESS	✓	
F50 TRASTORNOS DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS	✓	

INDICADORES PARA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (SEGUNDO ESCALON) ESPECIFICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (conjunto mínimo de datos de primer nivel segundo escalón CAIFC)

INDICADORES DE PRODUCCION DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (SEGUNDO ESCALÓN) CAIFC		
Volumen total de consultas a demanda, programada y urgente de salud mental y adicciones al año	✓	
Volumen de primeras consultas por año por salud mental o uso de drogas.	✓	
Número de primeras consultas de Personas ex Privadas de liberad	✓	
Número de casos totales activos a fin de año	✓	
Numero de inicios de programas de intervención por tipología	✓	
Número de altas en un año	✓	
Volumen total de consultas a demanda, programada y urgente de violencia de genero.	✓	
Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (primeras consultas) por consumo de sustancias psicoactivas por droga consumida anual.	✓	
Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (primeras consultas) por trastornos de salud mental (no los TUS) anual	✓	
Volumen de primeras consultas de violencia de género.	✓	
Número de referencias de casos de violencia de genero a otros programas.	✓	

Número de referencias a segundo nivel de atención	✓	
Número de referencias a tercer nivel de atención	✓	
Número de contrarreferencias del segundo nivel de atención	✓	
Número de contrarreferencias del tercer nivel de atención	✓	
Número de referencias a otros dispositivos de atención por tipología (privados, ONG, otros)	✓	
Volumen de consultas de rehabilitación/reinserción	✓	
INDICADORES DE TRABAJO COMUNITARIO		
Número de actuaciones en la comunidad en el año	✓	
Número de programas comunitarios nuevas en el año	✓	
Número de programas comunitarios activos a fin de año	✓	
Número de actividades de promoción y prevención de la salud mental comunitarios al año	✓	

Número de actividades de diagnósticos de vulnerabilidad y abordajes cualitativos en la comunidad al año	✓	
Número de actividades de evaluación de impacto de programas al año	✓	
Número de reuniones de coordinación para crear y dinamizar redes de trabajo al año	✓	
Número de acciones comunitarias de rehabilitación/reinserción al año.	✓	
Número de acciones de construcción o fortalecimiento de redes de recursos comunitarios: casos manejados juntamente con otros recursos	✓	
Número de acciones de cuidados: salud, albergue, aseo personal, alimentación, financiera, seguridad y otras.	✓	
Número de acciones de educación formal y no formal: en salud y cuidados, educación básica, profesional o vocacional.	✓	
INDICADORES DE PERSPECTIVA DE GÉNERO		
Indicador de desagregación por genero de todos los indicadores anual.	✓	
Número de intervenciones comunitarias para accesibilidad de la mujer a los programas anual	✓	

Indicador de acciones de género en promoción y prevención anuales	✓	
Indicador de acciones de género en tratamientos anual	✓	
Indicador de acciones de género en rehabilitación y/o reinserción anual.	✓	
Indicador de acciones comunitarias con perspectiva de género.	✓	
INDICADORES DE CASOS POR DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES CIE-10 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (SEGUNDO ESCALÓN) CAIFC		
F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS		
F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	✓	
F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES	✓	
F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES	✓	
F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	✓	

F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA	✓	
F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)	✓	
F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	✓	
F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	✓	
F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES (INHALABLES)	✓	
F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS	✓	
(F00-F09) TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS		
(F00) Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (F01) Demencia Vascular (F02) Demencia en otras enfermedades clasificadas (F03) Demencia sin especificar	✓	

(F04) Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos (F05) Delírium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos (F06) Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas (F07) Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones (F09) Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar		
(F20-29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES		
(F20) Esquizofrenia (F21) Trastorno esquizotípico (F22) Trastornos delirantes persistentes F23) Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F24) Trastorno de ideas delirantes inducidas (F25) Trastornos esquizoafectivos (F28) Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F29) Psicosis no orgánica sin especificar	✓	
(F30-39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)		

(F30) Episodio maníaco (F31) Trastorno bipolar afectivo (F32) Episodio depresivo (F33) Trastorno depresivo recurrente (F34) Trastornos afectivos persistentes (F38) Otros trastornos afectivos (F39) Trastorno afectivo sin especificar	✓	

(F40-49) TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(F40) Trastornos fóbicos de ansiedad (F41) Otros trastornos de ansiedad (F42) Trastorno obsesivo-compulsivo (F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación (F44) Trastorno de conversión disociativo (F45) Trastorno somatomorfo (F48) Otras neurosis	✓	

(F50-59) SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS

	✓	

(F50) Trastornos de la ingestión de alimentos (F51) Trastornos del sueño no orgánicos (F52) Disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas (F53) Trastornos mentales y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados (F54) Factores psicológicos y de comportamiento asociados con los desórdenes o enfermedades clasificados (F55) Abuso de sustancias que no producen dependencia (F59) Síndromes de comportamiento sin especificar asociados con perturbaciones psicológicas y factores físicos		

(F60-69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

(F60) Trastorno de personalidad específico (F61) Trastornos de personalidad mixtos y otros (F62) Cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a enfermedades o daños cerebrales (F63) Trastornos impulsivos y de hábito (F66) Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual	✓	

(F68) Otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos (F69) Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos sin especificar		
(F70-79) RETRASO MENTAL		
(F70) Retraso mental leve (F71) Retraso mental moderado (F72) Retraso mental severo (F73) Retraso mental profundo (F78) Otros retrasos mentales (F79) Retrasos mentales sin especificar	✓	
(F80-89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO		
(F80) Trastornos específicos del lenguaje y del habla (F81) Trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas (F82) Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras (F83) Trastornos de desarrollo específicos mixtos	✓	

(F84) Trastorno generalizado del desarrollo (F88) Otros trastornos del desarrollo psicológico (F89) Trastornos del desarrollo psicológico sin especificar		

(F90-F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ O EN LA ADOLESCENCIA

(F90) Trastornos hipercinéticos (F91) Trastornos de conducta (F92) Trastornos mixtos de conducta y emociones (F93) Trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez (F94) Trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia (F95) Tics (F98) Otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia	✓	

(F99) TRASTORNOS MENTALES SIN ESPECIFICAR

(F99) Trastorno mental no especificado en otra parte	✓	
INDICADORES PARA SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES (conjunto mínimo de datos de segundo y tercer nivel de atención)		
INDICADORES DE PRODUCCION DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION EN SALUD		
Volumen total de consultas por año	✓	
Volumen de admisiones a tratamiento por trastornos por uso de drogas (primer diagnóstico) por año	✓	
Volumen de admisiones a tratamiento por trastornos mentales (excluido TUS) por año	✓	
Numero de desintoxicaciones por alcohol por año	✓	
Numero de desintoxicaciones por uso de drogas ilegales por año	✓	
Número de contrarreferencias por dispositivos de origen (hospital general, urgencias generales, urgencias psiquiátricas, CAIFC, centros de segundo nivel, centros de tercer nivel, otros)	✓	
Numero de referencias a otros dispositivos por año (CAIFC, centros de día, unidad de corta	✓	

estancia, unidad de larga estancia, desintoxicación, centros de rehabilitación, programas de reinserción, Otros)		
Número de casos totales activos a fin de año.	✓	
Numero de inicios de programas de intervención por tipología	✓	
Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (admisiones a tratamiento) por consumo de sustancias psicoactivas por droga consumida anual	✓	
Número de niños adolescentes y jóvenes atendidos (admisiones a tratamiento) por trastornos de salud mental (excluido TUS) anual	✓	
Numero de interconsultas hospitalarias (psiquiatría de enlace) por año	✓	
Número de admisiones a tratamiento en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil (UHPIJ) por año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	
Numero de admisiones en Hospital de día Infanto Juvenil (HDIJ) por año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	
Numero de admisiones a tratamiento en Unidad de Media Estancia (UME) por año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	

Numero de admisiones a tratamiento en Centro de Rehabilitación (CR), pacientes activos a fin de año y número de altas al año, pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	
Numero de admisiones a tratamiento en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) de hospital general; pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	
Numero de admisiones a tratamiento en Hospitales de Día (HD), pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	
Numero de admisiones a tratamiento en Unidades de Internamiento en Régimen Cerrado para Adicciones (UNIRCA), pacientes activos a fin de año y número de altas al año	✓	
Numero de inicios de programas de reinserción sociolaboral	✓	
Número de pacientes activos en programas de reinserción a fin de año	✓	
Número de derivaciones a otros recursos de reinserción por tipo de recurso al año	✓	
INDICADORES DE PERSPECTIVA DE GÉNERO		
Indicador de desagregación por genero de todos los indicadores anual	✓	
Indicador de acciones de género en promoción y prevención anuales	✓	

Indicador de acciones de género en tratamientos anual	✓	
Indicador de acciones de género en rehabilitación y/o reinserción anual	✓	
INDICADORES DE CASOS POR DIAGNÓSTICOS ATENDIDOS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION EN SALUD (criterio CIE-10) anual		
F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS		
F10 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL	✓	
F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES	✓	
F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES	✓	
F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOTICOS	✓	
F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA	✓	

F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)	✓	
F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS	✓	
F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO	✓	
F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES (INHALABLES)	✓	
F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS	✓	

(F00-F09) TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS SINTOMÁTICOS

(F00) Demencia en la Enfermedad de Alzheimer (F01) Demencia Vascular (F02) Demencia en otras enfermedades clasificadas (F03) Demencia sin especificar (F04) Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos	✓	

(F05) Delírium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos (F06) Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas (F07) Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones (F09) Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar		
(F20-29) ESQUIZOFRENIA, TRASTORNOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES		
(F20) Esquizofrenia (F21) Trastorno esquizotípico (F22) Trastornos delirantes persistentes F23) Trastornos psicóticos agudos y transitorios (F24) Trastorno de ideas delirantes inducidas (F25) Trastornos esquizoafectivos (F28) Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F29) Psicosis no orgánica sin especifica	✓	
(F30-39) TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)		
(F30) Episodio maníaco	✓	

(F31) Trastorno bipolar afectivo (F32) Episodio depresivo (F33) Trastorno depresivo recurrente (F34) Trastornos afectivos persistentes (F38) Otros trastornos afectivos (F39) Trastorno afectivo sin especificar		

(F40-49) TRASTORNOS NEURÓTICOS, TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y TRASTORNOS SOMATOMORFOS

(F40) Trastornos fóbicos de ansiedad (F41) Otros trastornos de ansiedad (F42) Trastorno obsesivo-compulsivo (F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación (F44) Trastorno de conversión disociativo (F45) Trastorno somatomorfo (F48) Otras neurosis	✓	

(F50-59) SÍNDROMES DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS CON ALTERACIONES FISIOLÓGICAS Y FACTORES FÍSICOS

(F50) Trastornos de la ingestión de alimentos	✓	

(F51) Trastornos del sueño no orgánicos (F52) Disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas (F53) Trastornos mentales y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados (F54) Factores psicológicos y de comportamiento asociados con los desórdenes o enfermedades clasificados (F55) Abuso de sustancias que no producen dependencia (F59) Síndromes de comportamiento sin especificar asociados con perturbaciones psicológicas y factores físicos		

(F60-69) TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS

(F60) Trastorno de personalidad específico (F61) Trastornos de personalidad mixtos y otros (F62) Cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a enfermedades o daños cerebrales (F63) Trastornos impulsivos y de hábito (F66) Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual	✓	

(F68) Otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos (F69) Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos sin especificar		
(F70-79) RETRASO MENTAL		
(F70) Retraso mental leve (F71) Retraso mental moderado (F72) Retraso mental severo (F73) Retraso mental profundo (F78) Otros retrasos mentales (F79) Retrasos mentales sin especificar	✓	
(F80-89) TRASTORNOS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO		
(F80) Trastornos específicos del lenguaje y del habla (F81) Trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas (F82) Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras (F83) Trastornos de desarrollo específicos mixtos (F84) Trastorno generalizado del desarrollo	✓	

(F88) Otros trastornos del desarrollo psicológico (F89) Trastornos del desarrollo psicológico sin especificar		

(F90-F98) TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ O EN LA ADOLESCENCIA

(F90) Trastornos hipercinéticos (F91) Trastornos de conducta (F92) Trastornos mixtos de conducta y emociones (F93) Trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez (F94) Trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia (F95) Tics (F98) Otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia	✓	

(F99) TRASTORNOS MENTALES SIN ESPECIFICAR

(F99) Trastorno mental no especificado en otra parte

Evaluación del funcionamiento del Sistema de Información de la Atención a las Adicciones y la salud Mental (SIAASM)

La puesta en marcha de un SIAASM no estaría completa sin una evaluación. En este último paso el equipo de trabajo debe encargarse de evaluar el SIAASM ahora que ya esté en funcionamiento. Es importante destacar que la evaluación es parte integral del diseño e implementación de un SIAASM y por lo tanto no puede añadirse como una idea de última hora. Es necesario considerar los criterios para la evaluación desde el principio, durante la evaluación de necesidades y el análisis de situación. De hecho, el análisis de situación es en sí mismo una forma de evaluación, y puede proporcionar valiosas lecciones para evaluaciones futuras.
La evaluación es esencial para asegurar la calidad continuada del sistema. Una evaluación es un proceso que aúna a varias partes implicadas para medir hasta qué punto está alcanzando el SIAASM los objetivos establecidos.

Tarea 1: definición de los criterios para evaluar el SIAASM

La primera tarea es fijar los criterios para evaluar el SIAASM. Es esencial disponer de unas definiciones claras para cada criterio para que no haya dudas sobre qué aspecto del sistema está tratando de cuantificar dicho criterio.
Un ejemplo de criterios que se pueden utilizar para evaluar el SIAASM pueden ser estos:

Criterios de evaluación	**Definiciones**
Validez	Medida de hasta qué punto los datos recogidos reflejan la situación verdadera
Fiabilidad	Medida de hasta qué punto los datos proporcionan una medida consistente
Sensibilidad	Medida de hasta qué punto es capaz el sistema de detectar cambios en los

	servicios prestados, así como de hacer un seguimiento de tendencias
Precisión	Medida de la precisión de los datos Integridad Medida de hasta qué punto los datos recogidos están completos
Integridad	Medida de hasta qué punto los datos recogidos están completos
Puntualidad	Medida de hasta qué punto está la información disponible para la toma de decisiones en un periodo de tiempo debidamente adecuado para asegurar que las decisiones se toman a partir de los datos
Relevancia	Medida de hasta qué punto es importante el sistema para todos los niveles del servicio de salud
Utilidad	Medida de hasta qué punto el SIAASM ayuda a los gestores y los clínicos en su toma de decisiones y actuaciones y hasta qué punto ayuda el SAAISM en el proceso de planificación
Administración sencilla	Medida de hasta qué punto el sistema es accesible al usuario y puede ejecutarse sin un apoyo logístico excesivo

Aceptabilidad	Medida de hasta qué punto es aceptable para los usuarios finales
Viabilidad	Medida de hasta qué punto el sistema es viable y asequible
Flexibilidad	La capacidad de adaptar el ritmo del avance y las áreas de apoyo a las necesidades y recursos locales manteniendo la estructura general

Fuente: Lee & Dartnall, 1998.[14]

Para llevar a cabo la evaluación debemos saber que aspectos vamos a evaluar. La siguiente tarea consiste en crear un modelo o estructura para la evaluación. En esta estructura hacemos las preguntas que va a responder la evaluación.

1. ¿Qué aspectos principales y aspectos específicos del SIAASM es necesario evaluar? Los aspectos principales incluyen:

> Las etapas del SIAASM (recogida, procesamiento, análisis, difusión y utilización).

> El funcionamiento del SIAASM en los diferentes niveles de servicio (atención primaria, servicios comunitarios de salud mental, servicios de psiquiatría en hospitales generales e instituciones especializadas).

> Efectividad del SIAASM: ¿permite la toma de decisiones?

> Eficiencia del SIAASM: ¿superan los beneficios a los costes?

Los aspectos específicos se refieren a los métodos de operativización de estos aspectos principales (consultar tabla, a continuación).

2. ¿Qué perspectiva es la necesaria, o la más útil?

[14] Lee T, Dartnall E (1998). Gauteng mental health services information system for hospitals: General principles and preliminary guidelines. Johannesburg, Centre for Health Policy, University of the Witwatersrand.

Por ejemplo, obtener información sobre si se produce una retroalimentación de información a nivel de dispositivo es mejor desde el punto de vista de los médicos, no de los administradores.

3. ¿Qué herramienta de investigación es la más adecuada?
Por ejemplo, al evaluar las dificultades en la recogida y procesamiento de datos puede ser más adecuado distribuir cuestionarios entre una muestra representativa de dispositivos en lugar de efectuar entrevistas que llevan mucho tiempo.

Propuesta de estructura para la evaluación del sistema de información de salud mental **(ejemplo de variables a medir y herramientas) (signo + es valoración positiva – rellenado a modo de ejemplo)**

		HERRAMIENTAS DE LA EVALUACION Y PERSPECTIVAS					
Aspectos principales del SISM	Aspectos específicos	En	En	En	OB	RA	CU
		Médi-ico, enfermera	Técnicos del SNIS	Otros			
ETAPAS DE LA EVALUACIÓN							
Recogida	Actitudes hacia la recogida	+	+				
	Disponibilidad de formularios	+	+				
Procesamiento	Trasmisión	+	+				
	Cotejo						
	Preparación de datos						
Análisis	¿Se analizan todos los datos?						

	Agregación de los datos de los diferentes niveles						
Difusión	Constructiva						
	Pertinente	+	+				
	Inmediata	+	+				
	Selectiva						
	Presentable						
	Adecuada						
	Precisa						
	Fiable						
	Completa						
	Puntual (actual)						
	Estandarizada						
	Accesible al usuario						
	Participación local						
Utilización	En los diferentes niveles del SIAASM						
Funcionamiento en los diferentes niveles del servicio							
Dispositivo	Integrado y coordinado						
Área de coordinación	Suma y análisis en cada nivel	+	+				
Departamental	Personal formado	+	+				
Local							
Nacional							
Efectividad: permite la toma de decisiones en diferentes etapas del ciclo de planificación							

Evaluación							
Objetivos de la Planificación	Específicos Medibles Adecuados Realistas Limitados temporalmente	+	+				
Implementación							
Revisión							
Eficiencia del SIAASM: utilizando un enfoque sistémico							
Recursos	Presupuesto, personal						
Proceso	Trasmisión Cotejo Preparación de datos						
Resultados	Informes						

Clave: En = entrevista; OB = observación; RA = revisión de archivo; CU = cuestionario autoadministrado; + = herramienta y perspectiva adecuada para recoger datos sobre aspectos específicos del SIAASM

El progreso del SIAASM puede evaluarse repitiendo mediciones tomadas con valores de referencia iniciales. Por ejemplo, pueden evaluarse las etapas de recogida de datos, procesamiento, análisis, difusión y utilización de cada subsistema y compararlas con las mediciones de referencia o estándares de calidad previamente prefijados. El propósito es comparar el desarrollo en cada una de las etapas del SIAASM a lo largo del tiempo. En el caso de esta propuesta del SIAASM, dado que es un sistema nuevo se puede partir de la medición inicial de variables de evaluación cuando esté todo funcionando correctamente, y en un tiempo realizar una nueva medición comparativa. En cualquier caso, conviene tener una línea base de referencia de un estándar adecuado.

Respecto a la frecuencia de las evaluaciones, como norma general es esencial llevar a cabo evaluaciones periódicas del SIAASM. La frecuencia de estas evaluaciones dependerá de aspectos tales como la disponibilidad de recursos, las dificultades halladas durante el diseño y puesta en marcha del sistema, y la complejidad y magnitud del mismo. Cada tipo de indicadores puede tener una frecuencia distinta dependiendo también de si se trata de registros rutinarios o requieren una encuesta para obtenerlos. El

volumen de datos también determina la frecuencia, ya que un volumen alto de datos aconseja u reporte mensual, bimensual o semestral. Normalmente el reporte anual es la frecuencia más habitual.
Para maximizar los recursos puede ser útil llevar a cabo evaluaciones rutinarias del SIAASM al mismo tiempo que se efectúan las del SNIS-VE a mayor escala.

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

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 especifico 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.- 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.

7.- 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.

8.- 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.

9.- 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.

10.- 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.

11.- 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 especifica de este sistema de información.

12.- 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.

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

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 la sostenibilidad del SIAASM.

ANEXO 1: LISTADO DE CODIGOS CIE-10 DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS.

F10-F19 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOTROPAS (CIE-10)

F10	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL
F10.0	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.00	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.01	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F10.02	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F10.03	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.04	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F10.05	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.06	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.07	INTOXICACIÓN AGUDA POR ALCOHOL PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.1	CONSUMO PERJUDICIAL POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.2	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR...)
F10.20	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F10.21	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (TRASTORNO
F10.22	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITUCIÓN
F10.23	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVERSIVAS
F10.24	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO)
F10.25	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F10.26	SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALCOHOL CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F10.3	SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F10.30	SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.31	SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALCOHOL CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.4	SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMP
F10.40	SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR ALCOHOL SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F10.41	SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR ALCOHOL CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F10.5	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F10.50	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL ESQUIZOFRENIFORME.
F10.51	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F10.52	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F10.53	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F10.54	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F10.55	TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.

F10.56 TRASTORNO PSÍCOTICO POR ALCOHOL TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F10.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F10.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL (TRASTORN
F10.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL CON REVIVISCENCIAS (
F10.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
F10.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL, TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL.
F10.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL, DEMENCIA INDUCIDA POR ALCOHOL
F10.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL ,OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO
F10.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL, TRASTORNO PSÍCOTICODE COMIEMEZO
F10.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR ALCOHOL (TRASTORNOS
F10.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR ALCOHOL (TRASTORNOS MENTALES
F11 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OPIOIDES
F11.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F11.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F11.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F11.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR OPIOIDES PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F11.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

F11.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (TRASTORN
F11.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIMIENTO O SUSTI
F11.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS A
F11.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL C
F11.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F11.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OPIOIDES CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F11.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F11.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OPIOIDES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR)
F11.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F11.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR OPIOIDES SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPOR
F11.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR OPIOIDES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPOR
F11.5 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F11.50 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES ESQUIZOFRENIFORME.
F11.51 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F11.52 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F11.53 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F11.54 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F11.55 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F11.56 TRASTORNO PSÍCOTICO POR OPIOIDES TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F11.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR OPIOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F11.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OPIOIDES (TRASTOR
F11.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OPIOIDES CON REVIVISCENCIAS (
F11.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
F11.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL POR OPIOIDES, TRASTORNO AFECT
F11.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OPIOIDES, DEMENCIA.
F11.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OPIOIDES, OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO
F11.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OPIOIDES, TRASTORNO PSÍCOTICODE COMI
F11.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR OPIOIDES (TRASTORNO

F11.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN INDUCIDO POR OPIOIDES (
F12 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE CANNABINOIDES
F12.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F12.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F12.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F12.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENTALES Y D
F12.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F12.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F12.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F12.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR)
F12.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABINOIDES PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F12.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F12.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIE
F12.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL
F12.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (TRA
F12.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIMIENTO O
F12.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON SUSTANC
F12.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MENTALES Y
F12.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMI
F12.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR CANNABINOIDES CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENTALES Y D
F12.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIE
F12.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR CANNABINOIDES NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F12.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR CANNABINOIDES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F12.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DE
F12.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR CANNABINOIDES SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL C
F12.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR CANNABINOIDES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL C
F12.5 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F12.50 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES ESQUIZOFRENIFORME.
F12.51 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F12.52 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F12.53 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F12.54 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F12.55 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F12.56 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR CANNABINOIDES TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F12.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR CANNABINOIDES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F12.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES (TR
F12.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES CON REVIVISCENCIAS (
F12.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES, TRASTORNO DE LA PERSON
F12.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES, TRASTORNO AFECTIVO RES
F12.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES, DEMENCIA.
F12.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES, OTRO DETERIORO COGNOSC
F12.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR CANNABINOIDES, TRASTORNO PSÍCOTICODE
F12.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR CANNABINOIDES (TRAS
F12.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN INDUCIDO POR CANNABINOI
F13 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE SEDANTES O HIPNOT
F13.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F13.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F13.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES
F13.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENT
F13.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F13.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES
F13.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR)
F13.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIE
F13.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F13.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT

F13.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F13.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTAL
F13.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEG
F13.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIM
F13.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON
F13.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MEN
F13.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F13.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA) (TRASTORNOS MEN
F13.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F13.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTA
F13.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR SEDANTES O HIPNÓTICOS SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES
F13.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES
F13.5 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F13.50 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS ESQUIZOFRENIFORME.
F13.51 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F13.52 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F13.53 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F13.54 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F13.55 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F13.56 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR SEDANTES O HIPNÓTICOS TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F13.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL
F13.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPN¾T
F13.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS CON REVIVISCENC
F13.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS, TRASTORNO DE L
F13.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS, TRASTORNO AFEC
F13.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS, DEMENCIA.
F13.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS, OTRO DETERIORO
F13.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR SEDANTES O HIPNÓTICOS.
F13.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR SEDANTES O HIPN¾TIC
F13.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN INDUCIDO POR SEDANTES O
F14 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE COCAÍNA
F14.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F14.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F14.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F14.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F14.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPO
F14.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (TRASTORNO
F14.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIMIENTO O SUSTIT
F14.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AV
F14.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F14.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F14.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR COCAÍNA CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F14.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F14.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR COCAÍNA NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR COCAÍNA CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMP
F14.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR COCAÍNA SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F14.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR COCAÍNA CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT

F14.5 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F14.50 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA ESQUIZOFRENIFORME.
F14.51 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F14.52 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F14.53 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F14.54 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F14.55 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F14.56 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR COCAÍNA TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F14.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR COCAÍNA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F14.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA (TRASTORN
F14.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA CON REVIVISCENCIAS (
F14.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
F14.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA, TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL.
F14.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA, DEMENCIA.
F14.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA, OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO
F14.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR COCAÍNA, TRASTORNO PSÍCOTICODE COMIE
F14.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR COCAÍNA (TRASTORNOS
F14.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN INDUCIDO POR COCAÍNA (T
F15 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE OTROS ESTIMULANTE
F15.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)(TRASTORNOS MEN
F15.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES
F15.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL
F15.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÚ
F15.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES
F15.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN
F15.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DE
F15.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTA
F15.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y
F15.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)(TRASTORNOS ME
F15.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)(TRASTORNO
F15.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENC
F15.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENC
F15.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) EN LA ACTUALIDAD EN UN RÚGIME
F15.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENC
F15.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUST
F15.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON CONSUMO CONTINUO (TRASTOR
F15.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOM
F15.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)(TRASTORNO
F15.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) NO COMPLICADO (TRASTORNOS MEN
F15.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)CON CONVULSIONES (TRASTORNOS M
F15.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÝ
F15.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA) SIN CONVULSIONES
F15.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)CON CONVULSIONES
F15.5 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)(TRASTORNOS ME
F15.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEÍNA)(TRASTO
F15.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTE
F15.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA
F15.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA
F15.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA
F15.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA
F15.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPA
F15.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR OTROS ESTIMULANTES (INCLUYENDO LA CAFEINA
F15.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR OTROS ESTIMULANTES
F15.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN INDUCIDO SIN ESPECIFICA
F16 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE ALUCINÓGENOS

F16.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F16.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F16.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F16.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENTALES Y DE
F16.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F16.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F16.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F16.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F16.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR ALUCINÓGENOS PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPOR
F16.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F16.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIEN
F16.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL
F16.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (TRAS
F16.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIMIENTO O S
F16.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON SUSTANCIA
F16.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MENTALES Y D
F16.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIE
F16.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR ALUCINÓGENOS CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENTALES Y DE
F16.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIEN
F16.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALUCINÓGENOS NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR
F16.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR ALUCINÓGENOS CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F16.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL
F16.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR ALUCINÓGENOS SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F16.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR ALUCINÓGENOS CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F16.5 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO P
F16.50 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS ESQUIZOFRENIFORME.
F16.51 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F16.52 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F16.53 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F16.54 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F16.55 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F16.56 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR ALUCINÓGENOS TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F16.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAM
F16.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS (TRA
F16.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS CON REVIVISCENCIAS (
F16.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS, TRASTORNO DE LA P ERSONA
F16.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS, TRASTORNO AFECTIVO RESI
F16.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS, DEMENCIA.
F16.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS, OTRO DETERIORO COGNOSCI
F16.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALUCINÓGENOS, TRASTORNO PSÍCOTICODE
F16.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR ALUCINÓGENOS (TRAST
F16.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO SIN ESPECIFICACIÓN INDUCIDO POR ALUCIN¾GEN
F17 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE TABACO
F17.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAM
F17.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMP
F17.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAM
F17.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR TABACO PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR
F17.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPOR

F17.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEGIDO (TRASTORNOS
F17.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIMIENTO O SUSTITU
F17.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON SUSTANCIAS AVE
F17.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F17.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F17.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR TABACO CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMP
F17.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR
F17.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR TABACO NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR TABACO CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPO
F17.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR TABACO SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F17.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR TABACO CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F17.5 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR).
F17.50 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO ESQUIZOFRENIFORME.
F17.51 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F17.52 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F17.53 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F17.54 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F17.55 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F17.56 TRASTORNO PSÍCOTICOPOR TABACO TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F17.6 SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR TABACO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F17.7 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO (TRASTORNO
F17.70 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO CON REVIVISCENCIAS (
F17.71 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO, TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD
F17.72 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO, TRASTORNO AFECTIVO RESIDUAL.
F17.73 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO, DEMENCIA.
F17.74 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO, OTRO DETERIORO COGNOSCITIVO P
F17.75 TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR TABACO, TRASTORNO PSÍCOTICODE COMIEN
F17.8 OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR TABACO (TRASTORNOS
F17.9 TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PS
F18 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE DISOLVENTES VOLATILES
F18.0 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTA
F18.00 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES NO COMPLICADA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F18.01 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON TRAUMATISMO O LESIÓN CORPORAL (TRASTORNOS MENTALES
F18.02 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON OTRA COMPLICACIÓN DE ÍNDOLE MÉDICA (TRASTORNOS MENT
F18.03 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON DELIRIUM (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F18.04 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON DISTORSIONES DE LA PERCEPCIÓN (TRASTORNOS MENTALES
F18.05 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON COMA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO POR)
F18.06 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIE
F18.07 INTOXICACIÓN AGUDA POR DISOLVENTES VOLÁTILES PATOLÓGICA (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO PO
F18.1 CONSUMO PERJUDICIAL POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F18.2 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F18.20 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA (TRASTORNOS MENTAL
F18.21 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN UN MEDIO PROTEG
F18.22 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES EN LA ACTUALIDAD EN UN RÉGIMEN CLÍNICO DE MANTENIM
F18.23 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES EN LA ACTUALIDAD EN ABSTINENCIA EN TRATAMIENTO CON
F18.24 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON CONSUMO ACTUAL DE LA SUSTANCIA (TRASTORNOS MEN
F18.25 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON CONSUMO CONTINUO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL CO
F18.26 SÍNDROME DE DEPENDENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON CONSUMO EPISÓDICO (DIPSOMANÍA)(TRASTORNOS MENT
F18.3 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COM
F18.30 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES NO COMPLICADO (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAM
F18.31 SÍNDROME DE ABSTINENCIA POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPOR
F18.4 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTA
F18.40 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR DISOLVENTES VOLÁTILES SIN CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES
F18.41 SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON CONVULSIONES (TRASTORNOS MENTALES

F18.5	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORT
F18.50	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES ESQUIZOFRENIFORME.
F18.51	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES.
F18.52	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES CON PREDOMINIO DE ALUCINACIONES.
F18.53	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS POLIMORFOS.
F18.54	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS.
F18.55	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES CON PREDOMINIO DE SÍNTOMAS MANÍACOS.
F18.56	TRASTORNO PSÍCOTICOPOR DISOLVENTES VOLÁTILES TRASTORNO PSÍCOTICOMIXTO.
F18.6	SÍNDROME AMNÉSICO INDUCIDO POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTORNOS MENTALES Y DEL
F18.7	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR DISOLVENTES VOLATILES
F18.70	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR DISOLVENTES VOLÁTILES CON REVIVISCENC
F18.71	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR DISOLVENTES, VOLÁTILES TRASTORNO DE L
F18.72	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR DISOLVENTES, VOLÁTILES TRASTORNO AFEC
F18.73	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR ALCOHOL U OTRAS SUSTANCIAS PSICOTROPA
F18.74	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR DISOLVENTES VOLÁTILES, OTRO DETERIORO
F18.75	TRASTORNO PSÍCOTICORESIDUAL Y DE COMIENZO TARDÍO INDUCIDO POR DISOLVENTES, VOLÁTILES TRASTORNO PSIC
F18.8	OTROS TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDOS POR DISOLVENTES VOLÁTIL
F18.9	TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR DISOLVENTES VOLÁTILES (TRASTO
F19	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS

ANEXO 2: LISTADO DE CODIGOS CIE-10 DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO (excluidos los Trastornos por uso de sustancias psicótropas en ANEXO 1)

(F00-F09) Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos

(F00) Demencia en la enfermedad de Alzheimer
(F01) Demencia vascular
(F01.1) Demencia multi-infartica
(F02) Demencia en otras enfermedades clasificadas
(F02.0) Demencia en la enfermedad de Pick
(F02.1) Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
(F02.2) Demencia en la enfermedad de Huntington
(F02.3) Demencia en la enfermedad de Parkinson
(F02.4) Demencia en el VIH
(F03) Demencia sin especificar
(F04) Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos
(F05) Delírium, no inducido por alcohol o por otros psicotrópicos
(F06) Otros trastornos mentales debidos a daños neuronales, disfunciones y enfermedades físicas
(F06.0) Alucinosis Orgánica
(F06.1) Trastorno catatónico, Orgánico
(F06.2) Trastorno delirante [esquizofreniforme], Orgánico.
(F06.3) Trastornos del humor [afectivos], Orgánico
(F06.4) Trastorno de ansiedad, Orgánico
(F06.5) Trastorno disociativo, Orgánico
(F07) Trastornos de personalidad y comportamiento debido a enfermedades neuronales, daños y disfunciones
(F08) Trastorno narcisista de la personalidad.
(F09) Trastornos mentales orgánicos o sintomáticos sin especificar

(F20-29) Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes

(F20) Esquizofrenia
(F20.0) Esquizofrenia paranoide
(F20.1) Esquizofrenia hebefrénica
(F20.2) Esquizofrenia catatónica
(F20.3) Esquizofrenia indiferenciada
(F20.4) Depresión post-esquizofrénica
(F20.5) Esquizofrenia residual
(F20.6) Esquizofrenia simple
(F20.8) Otras esquizofrenias
(F20.9) Esquizofrenia no especificada
(F21) Trastorno esquizotípico
(F22) Trastornos delirantes persistentes
(F22.0) Trastorno delirante
(F23) Trastornos psicóticos agudos y transitorios
(F23.0) Trastorno psicótico polimórfico agudo sin síntomas de esquizofrenia
(F23.1) Trastorno psicótico polimórfico agudo con síntomas de esquizofrenia
(F23.2) Trastorno psicótico agudo estilo esquizofrenia
(F23.3) Otros trastornos psicóticos agudos predominantemente delirantes
(F23.8) Otros trastornos psicóticos agudos y transitorios
(F23.9) Trastornos psicóticos agudo y transitorios sin especificar
(F24) Trastorno de ideas delirantes inducidas
(F25) Trastornos esquizoafectivos
(F25.0) Trastorno esquizoafectivo, tipo maníaco
(F25.1) Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo
(F25.2) Trastorno esquizoafectivo, tipo mixto
(F25.8) Otros trastornos esquizoafectivos
(F25.9) Trastorno esquizoafectivo sin especificar
(F28) Otros trastornos psicóticos no orgánicos
(F29) Psicosis no orgánica sin especificar

(F30-39) Trastornos del humor (afectivos)

(F30) Episodio maníaco
(F30.0) Hipomanía
(F31) Trastorno bipolar afectivo
(F32) Episodio depresivo
(F32.0) Episodio depresivo leve

(F32.1) Episodio depresivo moderado
(F33) Trastorno depresivo recurrente
(F33.0) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve
(F33.1) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado
(F33.2) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos
(F33.3) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos
(F33.4) Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión
(F34) Trastornos afectivos persistentes
(F34.0) Ciclotimia
(F34.1) Distimia
(F38) Otros trastornos afectivos
(F39) Trastorno afectivo sin especificar

(F40-49) Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos

(F40) Trastornos fóbicos de ansiedad
(F40.0) Agorafobia
(F41) Otros trastornos de ansiedad
(F41.0) Trastorno de pánico (ansiedad episódica paroxismal)
(F41.1) Trastorno de ansiedad generalizada
(F41.2) Trastorno mixto ansioso-depresivo
(F42) Trastorno obsesivo-compulsivo
(F43) Reacción al stress grave y trastornos de adaptación
(F43.0) Reacción al stress agudo
(F43.1) Trastorno post-traumático del stress
(F43.2) Trastorno de adaptación
(F44) Trastorno de conversión disociativo
(F44.0) Amnesia disociativa
(F44.1) Fuga disociativa
(F45) Trastorno somatomorfo
(F45.0) Trastorno de somatización
(F48) Otras neurosis
(F48.0) Neurastenia

(F50-59) Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos

(F50) Trastornos de la ingestión de alimentos
(F50.0) Anorexia nerviosa
(F50.2) Bulimia nerviosa
(F50.3) Bulimia nerviosa atípica
(F50.4) Hiperfagia asociada a otros trastornos psicológicos
(F50.5) Vómitos asociados a otros trastornos psicológicos
(F50.8) Otros trastornos de la conducta alimentaria
(F50.9) Trastornos de la conducta alimentaria no especificado
(F51) Trastornos del sueño no orgánicos
(F51.0) Insomnio no orgánico
(F51.1) Hipersomnio no orgánico
(F51.2) Trastorno del reloj biológico no orgánico
(F51.3) Sonambulismo
(F51.4) Terror nocturno
(F51.5) Pesadillas
(F52) Disfunción sexual no ocasionada por trastornos ni enfermedades orgánicas
(F52.4) Eyaculación precoz
(F52.8) Hipersexualidad
(F53) Trastornos mentales y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados
(F53.0) Trastornos mentales suaves y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados
(F53.1) Trastornos mentales severos y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados
(F54) Factores psicológicos y de comportamiento asociados con los desórdenes o enfermedades clasificados
(F55) Abuso de sustancias que no producen dependencia
(F59) Síndromes de comportamiento sin especificar asociados con perturbaciones psicológicas y factores físicos

(F60-69) Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos

(F60) Trastorno de personalidad específico
(F60.0) Trastorno paranoide de la personalidad
(F60.1) Trastorno esquizoide de la personalidad
(F60.2) Trastorno disocial de la personalidad
(F60.3) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad
(F60.4) Trastorno histriónico de la personalidad
(F60.5) Trastorno anancástico de la personalidad
(F60.6) Trastorno ansioso o por evitación de la personalidad
(F60.7) Trastorno dependiente de la personalidad
(F60.8) Otros trastornos de personalidad específicos
(F60.9) Trastorno de personalidad, sin especificar
(F61) Trastornos de personalidad mixtos y otros
(F62) Cambios de personalidad duraderos, no atribuibles a enfermedades o daños cerebrales
(F63) Trastornos impulsivos y de hábito
(F63.0) Ludopatía patológica
(F63.1) Piromanía patológica
(F63.2) Cleptomanía patológica
(F63.3) Tricotilomanía
(F65.0) Fetichismo
(F65.2) Exhibicionismo
(F65.3) Voyeurismo
(F65.4) Pedofilia
(F65.5) Sadomasoquismo
(F65.6) Múltiples trastornos de preferencia sexual
(F65.8) Otros trastornos de preferencia sexual
(F66) Trastornos psicológicos y de comportamiento asociados con el desarrollo y la orientación sexual
(F66.0) Trastorno de maduración sexual
(F66.1) Orientación sexual egodistónica
(F66.2) Trastorno relacional sexual
(F66.8) Otros trastornos de la pulsión
(F66.9) Trastornos de la pulsión, sin especificar
(F68) Otros trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos
(F68.0) Elaboración de síntomas físicos por razones psicológicas

(F68.1) Producción intencionada o ficción de síntomas o incapacidades, físicas o psicológicas
(F68.8) Otros trastornos específicos de personalidad o comportamiento en adultos
(F69) Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos sin especificar

(F70-79) Retraso mental

(F70) Retraso mental leve
(F71) Retraso mental moderado
(F72) Retraso mental severo
(F73) Retraso mental profundo
(F78) Otros retrasos mentales
(F79) Retrasos mentales sin especificar
(F80-89) Trastornos del desarrollo psicológico
(F80) Trastornos específicos del lenguaje y del habla
(F80.0) Trastorno específico de la articulación del habla
(F80.1) Trastorno expresivo del lenguaje
(F80.2) Trastorno receptivo del lenguaje
(F80.3) Afasia adquirida con epilepsia (Landau-Kleffner)
(F80.8) Otros trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla
(F80.9) Trastornos del desarrollo del lenguaje y el habla sin especificar
(F81) Trastornos de desarrollo específicos de habilidades académicas
(F81.0) Trastorno específico de la lectura
(F81.1) Agrafía
(F81.2) Trastornos específicos de habilidades aritméticas
(F81.3) Trastornos mixtos de habilidades escolares
(F81.8) Otros desórdenes del desarrollo de habilidades escolares
(F81.9) Trastorno de desarrollo de habilidades escolares sin especificar
(F82) Trastornos de desarrollo específicos de funciones motoras
(F83) Trastornos de desarrollo específicos mixtos
(F84) Trastorno generalizado del desarrollo
(F84.0) Autismo en la niñez
(F84.1) Autismo atípico
(F84.2) Síndrome de Rett
(F84.4) Trastorno asociado a hiperactividad con retraso mental y movimientos estereotipados

(F84.5) Síndrome de Asperger
(F88) Otros trastornos del desarrollo psicológico
(F89) Trastornos del desarrollo psicológico sin especificar

(F90-F98) Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia

(F90) Trastornos hipercinéticos
(F90.0) Trastorno de la actividad y la atención
(F90.1) Trastorno hiperquinético de la conducta
(F91) Trastornos de conducta
(F91.0) Trastorno de conducta confinado al entorno familiar
(F91.1) Trastorno de conducta desocializado
(F91.2) Trastorno de conducta socializado
(F91.3) Trastorno negativista desafiante
(F92) Trastornos mixtos de conducta y emociones
(F92.0) Trastornos de conducta depresivos
(F93) Trastornos emocionales específicos en el comienzo de la niñez
(F93.0) Trastorno de ansiedad por separación de la niñez
(F93.1) Trastorno de ansiedad fóbica de la niñez
(F93.2) Trastorno de ansiedad social de la niñez
(F93.3) Trastorno de rivalidad fraternal
(F94) Trastornos de funciones sociales específicos del comienzo de la niñez y la adolescencia
(F94.0) Mutismo selectivo
(F94.1) Trastorno del vínculo reactivo de la niñez
(F94.2) Trastorno del vínculo desinhibido de la niñez
(F95) Tics
(F95.0) Tic transitorio
(F95.1) Tic crónico motor o vocal
(F95.2) Tic combinado vocal y múltiple motor (Gilles de la Tourette)
(F98) Otros trastornos emocionales y de comportamiento iniciados normalmente en la niñez y en la adolescencia
(F98.0) Enuresis nocturna
(F98.1) Encopresis
(F98.2) Trastorno de la alimentación de la infancia y la niñez
(F98.3) Pica de la infancia y la niñez

(F98.4) Trastornos del movimiento estereotipados
(F98.5) Tartamudez
(F98.6) Desorden lingüístico

(F99) Trastornos mentales sin especificar

(F99) Trastorno mental no especificado en otra parte

ANEXO 3: HISTORIA CLINICA 101(PRIMER NIVEL)

Ministerio de Salud y Deportes
Sistema Nacional de Información en Salud

HISTORIA CLINICA

Código R.A. - SALUD INE 101 / 2010

A. DATOS ADMINISTRATIVOS

Sello Institucional	RESPONSABLE DE FAMILIA	No. H.C.	
	Apellido Paterno:	No. SUMI	
	Apellido Materno:		
	Nombres:		
	Fecha de nacimiento / / Sexo: M / F		
	Ocupación: Productivas: _____ Reproductivas: _____ Gestión Comunitaria: _____		
Establecimiento	Dirección		
	Comunidad		
Red de Salud	Municipio Provincia		

B. IDENTIFICACION DEL PACIENTE / USUARIO

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Fecha de nacimiento: / / Sexo: F M Procedencia: Fecha de Ingreso: / /

Idioma Hablado:_____ Idioma Materno:_____ Auto pertenencia cultural:_____

Ocupación: Productivas:_____ Reproductivas:_____ Gestión Comunitaria:_____

¿Quién (s) decidieron para que acuda al servicio de salud? Pareja Hijo/a (s) Otro familiar Usted mismo ☐tro _____

Estado civil: Soltero(a) Conviviente Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Separado(a) **Escolaridad:** Sin Instrucción Básico Intermedio Medio o más

Grupo Sanguíneo: Factor Rh: Otros:

C. ANTECEDENTES PEDIATRICOS

Peso RN: Tipo de parto:

Obs. Perinatales:

Lactancia: exclusiva/periódica (meses)

D. VACUNAS

	1	2	3	4	5
BCG					
Polio					
DPT					
Pentavalente					
Sarampión					
Triple vírica					
Fiebre amarilla					
Hepatitis B					
D.T.					

E. ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

EMBARAZOS G__ P__ A__ C__

Año	Duración meses	Tipo de Parto		No. De RN(s)		Aborto
		Vaginal	Cesarea	vivo(s)	muerto(s)	

PAP		Anticoncepción	
Fecha	Resultado	Inicio	Método

F. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Hospitalizaciones por	Año	Evolución

Alergias _____

G. MEDICAMENTOS EN ENF. CRONICAS

Inicio	Medicamento	Dosificación	Final

H. FACTORES DE RIESGO

	PERSONAL	FAMILIAR
Hipertensión Arterial Sistémica		
Diabetes		
Sobrepeso		
Abuso de Alcohol		
Habito de Fumar		
Transfusiones		
Cirugías		
Transtornos del SNC		
Tuberculosis		
Desnutrición		
Drogas		
Sífilis		
Otros		

I. FACTORES DE RIESGO SOCIALES

Procedencia

Viajes al:

Otros:

J. OBSERVACIONES

INSTRUCTIVO:

SUBJETIVO: Motivo de consulta y/o síntomas que el paciente refiere durante la anamnesis

OBJETIVO: Hallazgos del examen físico y/o resultados de exámenes de laboratorio y complementarios.

ANÁLISIS: Lista de problemas detectados: diagnóstico, signos o síntomas a seguir, resultados de laboratorio patológico, antecedentes personales.

PLAN DE ACCIÓN: Tratamientos, orientaciones, seguimientos, exámenes complementarios necesarios para cada problema.

FECHA	
EDAD	
TALLA	
PESO	
TEMP.	Subjetivo
FC	Objetivo
PA	Análisis
FR	Plan de acción
	Nombre y firma
FECHA	
EDAD	Subjetivo

TALLA	Objetivo
PESO	Análisis
TEMP.	Plan de acción

Nombre y firma

ANEXO 4: FORMULARIO 301A: INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, PRIMER NIIVEL

INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS

CODIGO: R.A. SALUD INE – 301a (01/2014)

Sedes: Red de Salud: Municipio:

Establecimiento: Mes reportado: Año: Incorporado al Seguro: Hoja 1

1. CONSULTA EXTERNA	NUEVAS		REPETIDAS	
	M	F	M	F
1.1 Menores de 6 meses				
1.2 Ninos de 6 meses a < 1 año				
1.3 Niños de 1 a 4 años				
1.4 Personas de 5 a 9 años				
1.5 Personas de 10 a 14 años				
1.6 Personas de 15 a 19 años				
1.7 Personas de 20 a 39 años				
1.8 Personas de 40 a 49 años				
1.9 Personas de 50 a 59 años				
1.10 Personas de 60 años y más				
2. REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS			**NÚMERO**	

8. MICRONUTRIENTES	CANTIDAD
8.1 Mujeres embarazadas con dosis completa de hierro	
8.2 Mujeres puérperas con dosis completa de hierro	
8.3 Niñas(os) menores de 1 año con dosis completa de hierro	
8.4 Niñas(os) de 1 año con dosis completa de hierro	
8.5 Niñas(os) de 2 años a menores 5 años con dosis completa de hierro	
8.6 Mujeres puérperas con dosis única de vitamina A	
8.7 Niñas(os) menores de 1 año con dosis única de vitamina A	
8.8 Niñas(os) de 1 año con 1ra. dosis de vitamina A	
8.9 Niñas(os) de 1 año con 2da. dosis de vitamina A	
8.10 Niñas(os) de 2 años a menores de 5 años con 1ra dosis vitamina A	
8.11 Niñas(os) de 2 años a menores de 5 años con 2da dosis vitamina A	
8.12 Niñas(os) menores de 1 año con dosis completas de zinc (Talla Baja)	

2.1 Pacientes referidos recibidos por el establecimiento	
2.2 Pacientes referidos a otros establecimientos	
2.3 PCD referidas a Unidades de Calificación de Discapacidad	
2.4 Pacientes contrareferidos al establecimiento	
2.5 Pacientes referidos de la comunidad y/o medicina tradicional	
2.6 Pacientes referidos del establecimiento a la medicina tradicional	

8.13 Niñas(os) de 1 año con dosis completas de zinc (Talla Baja)	
8.14 Niñas(os) menores de 1 año que reciben alimento complementario	
8.15 Niñas(os) de 1 año que reciben alimento complementario	
8.16 Niñas(os) RN con lactancia materna inmediata	
8.17 Niñas(os) de 6 meses con lactancia materna exclusiva	
8.18 Adultos Mayores de 60 Años que reciben complemento Nutricional	

3. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	Menores de 5 Años		5 a 13 Años		14 a 19 Años		20 a 59 Años		60 Años y Mas		Embarazada	Post-Parto
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
3.1 Primera Consulta												
3.2 Consulta Nueva												
3.3 Consulta Repetida												
3.4 Medidas Preventivas												
3.4.1 Aplicación de Fluor												
3.5 Restauraciones												
3.6 Endodoncia												
3.7 Periodoncia												
3.8 Cirugia Bucal menor												
3.8.1 Exodoncia												
3.9 Cirugia Bucomaxilofacial Menor												
3.10 Cirugia Bucomaxilofacial Mediana												
3.11 Trat. de Fracturas dentoalveolares												

4. CONSULTAS PRENATALES	< 15		15 a 19		20 - 34		35 - 49		50 y +	
	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA	DENTRO	FUERA
4.1 Nuevas antes del 5to mes de embarazo										
4.2 Nuevas a partir del 5to mes de embarazo										
4.3 Repetidas										
4.4 Mujeres con 4ta consulta prenatal										

5. ANTICONCEPCIÓN, PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO Y MAMA	< 15	15 a 19	20 - 34	35 - 49	50 y +
5.1 DIU: Usuarias Nuevas					

5.2 DIU: Usuarias Continuas					
5.3 Número de DIU Insertados					
5.4 Inyectable Trimestral: Usuarias Nuevas					
5.5 Inyectable Trimestral: Usuarias Continuas					
5.6 Número de inyectables trimestrales suministrados					
5.7 Condón Masculino: Usuarias (os) Nuevas (os)					
5.8 Condón Masculino: Usuarias (os) Continuas (os)					
5.9 Condón Femenino: Usuarias Nuevas					
5.10 Condón Femenino: Usuarias Continuas					
5.11 Número de condones entregados					
5.12 Píldora: Usuarias Nuevas					
5.13 Píldora: Usuarias Continuas					
5.14 Número de ciclos entregados					
5.15 Implante subdérmico: Usuarias Nuevas					
5.16 Implante subdérmico: Usuarias Continuas					
5.17 Número de implantes insertados					
5.18 Métodos naturales: Usuarias Nuevas					
5.19 Métodos naturales: Usuarias Continuas					
5.20 AQV femenino					
5.21 AQV masculino					
5.22 Número de mujeres con píldora anticonceptiva oral de emergencia					
5.23 Número de personas que recibieron orientación en Anticoncepción					
5.24 Número de mujeres con muestras de PAP tomadas					
5.25 Número de mujeres con resultados de PAP positivos					
5.26 Número de mujeres con resultados de PAP positivos tratadas					
5.27 Número de mujeres con IVAA					
5.28 Número de mujeres con IVAA positivos					
5.29 Número de mujeres con IVAA positivos tratadas					
5.30 Número de mujeres con exámen clínico de mama positivos (sospechoso de nódulo neoplásico)					
5.31 Número de mujeres con estudios mamaográficos positivos					

6. CONTROL DE CRECIMIENTO INFANTIL	NUEVOS		REPETIDOS	
	M	F	M	F
6.1 Control del niño(a) menor de 1 año dentro del establecimiento				
6.2 Control del niño(a) menor de 1 año fuera del establecimiento				
6.3 Control del niño(a) de 1 año a menor de 2 años dentro del establecimiento				
6.4 Control del niño(a) de 1 año a menor de 2 años fuera del establecimiento				
6.5 Control del niño(a) de 2 años a menor de 5 años dentro del establecimiento				
6.6 Control del niño(a) de 2 años a menor de 5 años fuera del establecimiento				

7. OTRAS ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	CANTIDAD
7.1 Sueros	
7.2 Inyectables	
7.3 Curaciones y/o suturas	
7.4 Otras actividades	

9. ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO Y CON LA COMUNIDAD	No.
9.1 Nº de actividades realizadas con participación de la comunidad	
9.2 N° de CAI de establecimiento	
9.3 Nº de comunidades que participaron en el CAI de establecimiento	
9.4 Nº de familias nuevas carpetizadas durante el periódo	
9.5 Nº de familias carpetizadas con seguimiento durante el periódo	
9.6 N°de visitas familiares planificadas	
9.7 Nº de visitas familiares realizadas	
9.8 Nº de reuniones realizadas con Comités Loc. de Salud	
9.9 Nº de reuniones realizadas con autoridades locales de salud	
9.10 N°de actividades de la comunidad con participación del establecimiento	
9.11 N° de beneficiarias (madres) del bono Juana Azurduy atendidas	

Hoja 2

9 continua de pag nª1 actividades del establecimiento y con la com	lo.
9.12 N°de beneficiarios(as) (niño/as) del bono Juana Azurduy atendidos(as)	
9.13 Nº de auditorías internas en salud en aplicación de norma técnica	
9.14 Nº de autoevaluaciones para acreditación del establecimiento	
9.15 Nº de quejas y reclamos realizadas por los usuarios	
9.16 Nº de sugerencias y agradeciemientos realizados por los usuarios	
9.17 Nº de actividades educativas en Salud	
10. ATENCIÓN DE PARTOS EN SERVICIOS	**lo.**
10.1 Vaginales	
10.2 Cesáreas	
10.3 Nacidos vivos	
10.4 Nacidos vivos en mujeres de 15 a 49 años con 4 CPN	
10.5 Nacidos muertos	
10.6 Nacidos vivos con peso menor a 2500g	
10.7 Nacidos muertos con peso menor a 2500g	
10.8 RN con malformación congénita	
10.9 RN con apego precoz	
10.10 RN con alojamiento conjunto	
10.11 RN con visita de control en las 48 hrs siguientes al nacimiento	
10.12 Mujeres con visita de control en las 48 hrs siguientes al parto	
10.13 Partos atendidos por proveedor calificado	
10.14 Partos atendidos por personal de salud calificado	
10.15 Partos atendidos por partera en servicio	
11. ATENCIÓN DE PARTOS EN DOMICILIO	**No.**
11.1 Partos atendidos por proveedor calificado	
11.2 Partos atendidos por personal de salud calificado	
11.3 Nacidos vivos atendidos por personal de salud	
11.4 Nacidos vivos en mujeres de 15 a 49 años con 4 CPN	
11.5 Nacidos muertos atendidos por personal de salud	
11.6 Nacidos vivos con peso menor a 2500g	
11.7 Nacidos muertos con peso menor a 2500g	
11.8 RN con malformación congénita	
11.9 RN con apego precoz	
11.10 Partos atendidos por partera capacitada	
11.11 Partos atendidos por partera empírica	

	DENTRO		FUERA	
15. VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 2 A 3 AÑOS	**M**	**F**	**M**	**F**
15.1 Pentavalente 1ra dosis				
15.2 Pentavalente 2da dosis				
15.3 Pentavalente 3ra dosis				
15.4 Pentavalente 4ta. Dosis				
15.5 Antipoliomielítica 1ra dosis				
15.6 Antipoliomielítica 2da dosis				
15.7 Antipoliomielítica 3ra dosis				
15.8 Antipoliomielítica 4ta. Dosis				
15.9 SRP 1ra. Dosis				
15.10 SRP 2da. Dosis				
15.11 Antiamarílica dosis única				
16. VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 4 AÑOS	**DENTRO**		**FUERA**	
	M	**F**	**M**	**F**
16.1 Pentavalente 5ta. Dosis				
16.2 Antipoliomielítica 5ta. Dosis				
16.3 SRP 1ra. Dosis				
16.4 SRP 2da. Dosis				
16.5 Antiamarílica dosis única				
17. OTRAS VACUNACIONES	**DENTRO**		**FUERA**	
	M	**F**	**M**	**F**
17.1 dT 1ra. dosis de 7 a 49 años				
17.2 dT 2da. dosis de 7 a 49 años				
17.3 dT 3ra. dosis de 7 a 49 años				
17.4 dT 4ta. dosis de 7 a 49 años				
17.5 dT 5ta. dosis de 7 a 49 años				
17.6 Hepatitis B 1ra. dosis trabajadoras de Salud				
17.7 Hepatitis B 2da. dosis trabajadores de Salud				
17.8 Hepatitis B 3ra. dosis trabajadoras de Salud				
17.9 Hepatitis B 1ra. dosis población vulnerable (VIH)				
17.10 Hepatitis B 2da. dosis población vulnerable (VIH)				
17.11 Hepatitis B 3ra. dosis población vulnerable (VIH)				
17.12 Influenza estacional en mayores de 60 años				
17.13 Influenza estacional a personas con enfermedades crónicas				
17.14 Influenza estacional a mujeres embarazadas				
17.15 Influenza estacional a personal de salud				

11.12 Nacidos vivos atendidos por partera	
11.13 Nacidos muertos atendidos por partera	
11.14 RN con visita de control en las 48 hrs siguientes al nacimiento	
11.15 Mujeres con visita de control en las 48 hrs siguientes al parto	
11.16 Partos atendidos por otros	

12. INTERNACIONES	**M**	**F**
12.1 Ingresos referidos de otros establecimientos de salud		
12.2 Ingresos espontáneos		
12.3 Egresos		
12.4 Fallecidos antes de las 48 hrs.		
12.5 Fallecidos a partir de las 48 hrs.		
12.6 Contrareferidos		
12.7 Días camas ocupadas maternidad		
12.8 Días camas ocupadas otros servicios		
12.9 Días camas disponibles maternidad		
12.10 Días camas disponibles otros servicios		

13. VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO	**DENTRO**		**FUERA**	
	M	**F**	**M**	**F**
13.1 BCG				
13.2 Pentavalente 1ra dosis				
13.3 Pentavalente 2da dosis				
13.4 Pentavalente 3ra dosis				
13.5 Antipoliomielítica 1ra dosis				
13.6 Antipoliomielítica 2da dosis				
13.7 Antipoliomielítica 3ra dosis				
13.8 Antirotaviríca 1ra dosis				
13.9 Antirotaviríca 2da dosis				
13.10 Antineumocócica 1ra dosis				
13.11 Antineumocócica 2da dosis				
13.12 Antineumocócica 3ra dosis				
13.13 Influenza estacional (6m a 11 m) 1ra. Dosis				
13.14 Influenza estacional (7m a 11 m) 2da. Dosis				

14. VACUNACIÓN EN NIÑOS DE 12 A 23 MESES	**DENTRO**		**FUERA**	
	M	**F**	**M**	**F**
14.1 SRP 1ra. Dosis				
14.2 SRP 2da. Dosis				

17.16 VPH (niñas que cumpliran 10 años) 1ra. Dosis				
17.17 VPH (niñas que cumpliran 10 años) 2da. Dosis				

18. RABIA	**M**	**F**
18.1 Nº de personas con vacuna Antirrábica		
18.2 Nº de personas con esquema clasico completo		
18.3 Nº de personas con esquema reducido completo		
18.4 Nº de personas que abandonaron esquema		
18.5 N° de perros y gatos con vacuna antirrábica		

19. VIH	**M**	**F**
19.1 Nº de Mujeres Embarazadas con Prueba Rápida		
19.2 Nº de Personas con Prueba Rápida		

20. TUBERCULOSIS Y LEPRA	**M**	**F**
20.1 N° de Sintomáticos Respiratorios		
20.2 N° de TBP BAAR (+) nuevos		
20.3 N° de TBP BAAR (-) nuevos		
20.4 N° de TB extrapulmonar nuevos		
20.5 Tratamientos iniciados con esquema I		
20.6 Tratamientos iniciados con esquema II		
20.7 Tratamientos iniciados con esquema III		
20.8 Nº de Quimioprofilaxis en menores de 5 años		
20.9 Nº de TBP BAAR (+) nuevos curados		
20.10 Nº de pacientes multidrogos resistentes MDRs		
20.11 Nº de Personas con TB en TSF con prueba rápida		
20.12 Nº de pacientes con Coinfección TB/VIH		
20.13 Tratamientos iniciados con esquema pausibacilar		
20.14 Tratamientos iniciados con esquema multibacilar		

21. MALARIA	**vivax**		**falciparum**	
Número de tratamientos específicos entregados al paciente confirmado	**M**	**F**	**M**	**F**
21.1 Menores de 1 año				
21.2 De 1 a menores de 5 años				
21.3 De 5 años y más				
21.4 Mujer embarazada				
21.5 Tratamientos específicos para malaria grave				

22. CHAGAS	**INICIADO**		**CONCLUIDO**	
	M	**F**	**M**	**F**
22.1 Tratamientos RN a menores de 1 año de edad				

14.3 Antiamarílica dosis única				
14.4 Pentavalente 1ra dosis				
14.5 Pentavalente 2da dosis				
14.6 Pentavalente 3ra dosis				
14.7 Pentavalente 4ta. Dosis				
14.8 Antipoliomielítica 1ra dosis				
14.9 Antipoliomielítica 2da dosis				
14.10 Antipoliomielítica 3ra dosis				
14.11 Antipoliomielítica 4ta. Dosis				
14.12 Influenza estacional dosis única				

22.2 Tratamientos 1 año a menores de 5 años de edad				
22.3 Tratamientos 5 años a menores de 15 años de edad				
22.4 Tratamientos de 15 años y más				
22.5 Tratamientos en mujeres post parto				
22.6 Viviendas Evaluadas				
22.7 Viviendas Positivas				
22.8 Viviendas Roceadas				
	INICIADO		**CONCLUIDO**	
23. LEISHMANIASIS	**M**	**F**	**M**	**F**
23.1 Tratamientos de Leishmania cutánea				
23.2 Tratamientos de Leishmania mucosa				
23.3 Tratamientos de Leishmania mucosa y cutánea (mucosa)				
23.4 Tratamientos de Leishmania visceral				

DECLARACIÓN JURADA

Lugar y Fecha:

Nombre y Apellidos:

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

ANEXO 5: FORMULARIO 301B. PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, II Y III NIVEL[15]

ESTADO PLURINACIONAL DE

INFORME MENSUAL DE PRODUCCIÓN SERVICIOS DE II Y NIVEL

Ministerio de Salud y Deportes

Código Subsector A B C D E F

CODIGO: R.A. SALUD INE – 301b (01/2014)

SEDES:Red de Salud: Municipio:
Establecimiento: Mes
reportado: Año: Incorporado al Seguro:

24	CONSULTA EXTERNA POR ESPECIALIDAD		Menor de 6 meses				6 meses a menor de 1 año				1 a 4 años				5 a 9 años				10 a 14 años				15 a 19 años				20 a 39 años				40 a 49 años				50 a 59 años			
			NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO		NUEVO		REPETIDO	
	Cod	Especialidad	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
24,1		Medicina General																																				
24,2		Medicina Interna																																				
24,3		Pediatría																																				
24,4		Ginecologia - Obstetricia																																				
24,5		Cirugía General																																				
24,6																																						
24,7																																						
24,8																																						
24,9																																						
24.10																																						
24,11																																						
24,12																																						
24,13																																						
24,14																																						
24,15																																						
24,16																																						
24,17																																						
24,18																																						
24,19																																						
24.20																																						

[15] Se ha suprimido una columna de 60 o más años, por razones de espacio.

24,21																																									
24,22																																									
24,23																																									
24,24		OTRAS ESPECIALIDADES																																								

25	EMERGENCIA	Menor de 6 meses		6 meses a menor de 1 año		1 a 4 años		5 a 9 años		10 a 14 años		15 a 19 años		20 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
25,1	Consulta por Emergencia																		

26	INGRESOS Y EGRESOS POR SERVICIO DE INTERNACION		Camas	INGRESOS				EGRESOS					Ingresos y egresos del mismo dia	Dias Cama Ocupada	Dias Cama Disp.
				Existencia	Nuevos	Referidos	Traslado Interno	Alta	Defunción antes de 48 Hrs.	Defunción despues de 48 Hrs.	Contrareferidos	Traslado Interno			
	Cod	Servicio													
26,1															
26,2															
26,3															
26,4															
26,5															
26,6															
26,7															
26,8															
26,9															
26.10															
26,11															
26,12															
26,13															
26,14															
26,15															
26,16															
26,17															
26,18															
26,19															
26.20															

27.1	N° de Cirugías menores		
27.2	N° de Cirugías medianas		
27.3	N° de Cirugías mayores		
27.4	N° deAnestesias Locales		
27.5	N° de Anestesias Regionales		
27.6	N° de Anestesias Generales		
27.8	N° de Complicaciones postquirúrgicas		
27.9	N° de Complicaciones Anestesicas		

31.1	N° de referencias justificadas	
31.2	N° de referencias adecuadas	
31.3	N° de referencias oportunas	

28.1	N° de Pruebas de laboratorio realizados		
28.2	N° de Placas radiográficas realizadas		
28.3	N° de ecografías realizados		
28.4	N° de electrocardiogramas realizados		
28.5	Nº de Estudios de Anatomía Patológica		
28.6	Nº de Otros Estudios Complementarios		

29.1	N° de Quimioterapia realizadas		
29.2	N° de Radioterapias realizadas		
29.3	N° de Seciones de Fisioterapia realizadas		
29.4	N° de hemodiálisis realizadas		
29.5	Nº de Usuarias (os) en Dialisis Peritoneal		
29,6	Nº de Transfusiones de sangre realizadas		

30.1	Nº de CAI hospitario	
30.2	No. de auditorias Internas de Servicio en Aplicación de la Norma Técnica	
30.3	No. de auditorias del Programa en aplicación de la norma técnica	
30.4	Nº de autoevaluaciones para Acreditación de los Servicios	

DECLARACIÓN JURADA

Yo: .....

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

.....

Firma

Lugar y Fecha:...../...../20.....

ANEXO 6: FORMULARIO 302A: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, I NIVEL.

Semana Epidemiológica N°_____

CAMBIE DE FORMULARIO EL DIA DOMINGO DE CADA SEMANA

NOTIFICACIÓN PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CODIGO: R. A. SALUD INE – 302 a (01/2014)

SEDES:_____ Red de Salud:_____ Municipio:_____
Establecimiento:_____ Año:_____

Subsector: A B C D E F

Los datos siguientes deben ser consolidados semanalmente por la enfermera o el médico y certificados por el Médico Director

REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA

Sospecha diagnóstica	Menor de 6 meses		6 meses a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Sarampión / Rubéola Sindrome de Rubeola congénita																				
3. Tos ferina/Coqueluche																				
4. Difteria																				
5. Parálisis flácida aguda (Polio)																				
6. Fiebre amarilla																				
7. Dengue grave																				
8. Fiebre Hemorrágica Boliviana																				
9. Peste																				
10. Enfermedad Meningocócica																				
11. Cólera																				
12. Enfermedad por Hanta virus																				
13 Rabia en perros																				
14. Rabia humana																				
15. Influenza (IRAG ,IRAGI y ETI)																				
16. Leptospirosis																				
I. Chikungunya																				
II. Zika																				
III. Dengue con signos de alarma																				
IV. Dengue sin signos de alarma																				

V. Muerte de Mujer 10-59 años																				
VI.																				
VII:																				
VIII.																				

REGISTRO DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN INMEDIATA

Evento	No. de Eventos	No. de sas perso afectadas	No. de personas fallecidas	Evento	No.	No. de personas afectadas	No. de personas fallecidas
17. Riada				20. Deslizamiento/Sismo/Terremoto			
18. Helada/granizo/nevada				21. Inundación			
19. Incendio				22. Otros de excepción			

REGISTRO DE ENFERMEDADES DE NOTIFICACIÓN SEMANAL

INMUNOPREVENIBLES	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Tétanos neonatal / adulto																				
Hepatitis viral A*																				
25. Hepatitis viral B o C*																				
26. Parotiditis																				
27. Varicela																				

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Ulcera genital																				
Sífilis Congénita																				
30. Sífilis en la mujer embarazada*																				
31. Flujo uretral/vaginal																				
32. Gonorrea																				
Verruga Genital																				
Prueba rápida reactiva de VIH en Mujer Embarazada																				
35. Prueba rápida reactiva de VIH en Población en General																				

OTRAS INFECCIONES	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
36. Enfermedad Diarreica Aguda																				
37. IRA sin neumonía																				
38. Neumonía																				
39. Nº de personas expuestas al virus rábico																				
40. N| de personas con Mordedura de Serpientes																				
41. N° de personas con picadura de animales ponzoñosos																				

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES (ETV)	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Leishmaniasis																				
Chagas agudo																				
45. Malaria																				

TUBERCULOSIS Y LEPRA	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
46. Tuberculosis Meníngea																				
47. Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos (RAFA)																				
48. Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos RAFA (graves)																				
49. Lepra Paucibacilar																				
50. Lepra Multibacilar																				

REGISTRO SEMANAL DE OTROS EVENTOS (Violencia, Intoxicaciones y Mortalidad)

VIOLENCIA, HECHOS DE TRANSITO Y ACCIDENTES	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
51. Violencia en la Familia																				
52. Violencia Sexual (familiar, doméstica y/o en otros ámbitos)																				
53. Otras violencias por lesiones autoinfligidas y colectivas																				
54. Nº de casos presentados por Hechos de Tránsito																				
55. Nº de casos presentados por otros Accidentes																				

INTOXICACIONES	Menor d: 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
56. Plaguicidas																				
57. Enf. Transmitidas por Alimentos (E.T.A.)																				
58. Otras intoxicaciones (drogas, fármacos, alcohol etc.)																				

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA										
61. Hemorragia de la primera mitad del embarazo (< 22 sem) aborto										
62. Gestantes y puerperas con sepsis										
63. Preeclampsia severa										
64. Eclampsia										

DECLARACIÓN JURADA

Nombre y Apellidos

Declaro la veracidad de los datos del presente formulario

.....

Firma

ANEXO 7: FORMULARIO 302B: VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, II Y III NIVEL.

Ministerio de Salud y Deportes

NOTIFICACION MENSUAL PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

CODIGO: R. A. SALUD INE – 302 b (01/2014)

Mes N°_____

SEDES:_____ Red de Salud:_____ Municipio:_____

Establecimiento:_____ Año:_____ Subsector: A B C D E F

Los datos siguientes deben ser consolidados mensualmente por la enfermera o el médico y certificados por el Médico Director

REGISTRO DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Factores de Riesgo	Menor de 6 meses	6 meses a menor de 1 año	1 - 4 años	5 - 9 años	10 - 14 años	15 - 19 años	20 - 39 años	40 - 49 años	50 - 59 años	60 años y más
1. Sedentarismo										
2. Sobrepeso										
3. Habito de Fumar										
4. Abuso de Alcohol										

REGISTRO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE NOTIFICACIÓN MENSUAL

ENFERMEDADES	Menor de 6 meses				6 m a menor de 1 año				1 - 4 años				5 - 9 años				10 - 14 años				15 - 19 años				20 - 39 años				40 - 49 años				50 - 59 años				60 años y más			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
5. Diabetes Tipo 1																																								
6. Diabetes Tipo 2																																								
7. Diabetes Gestacional																																								
8. Obesidad																																								
9. Artritis reumatoidea																																								
10. Hipertension Arterial																																								
11. Infarto Agudo de Miocardio																																								
12. Insuficiencia Cardiaca																																								
13 Cancer de cervico uterino																																								
14. Cancer de mama																																								
15. Cancer de prostata																																								
16. Leucemias																																								
17. Cancer en sus distintas formas																																								
18. Asma																																								
19. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica (EPOC)																																								
20. Hipotiriodismo congenito																																								
21. Enfermedad Renal																																								
22. Enferemedad renal Estadio 3																																								
23. Enferemedad renal Estadio 4																																								
24. Enferemedad renal Estadio 5																																								

REGISTRO DE TRANSTORNOS DE SALUD MENTAL

TRANSTORNOS	Menor de 6 meses				6 m a menor de 1 año				1 - 4 años				5 - 9 años				10 - 14 años				15 - 19 años				20 - 39 años				40 - 49 años				50 - 59 años				60 años y más			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
25. Episodios depresivos																																								
26. Episodios de ansiedad																																								
27. Episodios psicóticos/esquizofrenia																																								
28. Epilepsia (convulsiones/ataques)																																								
29. Transtornos de comportamiento por consumo de sustancias psicotropicas																																								
30. Transtornos de conducta																																								

REGISTRO DE TRANSTORNOS NEUROLÓGICOS

TRANSTORNOS	Menor de 6 meses				6 m a menor de 1 año				1 - 4 años				5 - 9 años				10 - 14 años				15 - 19 años				20 - 39 años				40 - 49 años				50 - 59 años				60 años y más			
	Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino		Masculino		Femenino	
	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R	N	R
31. Alzheimer																																								
32. Parkinson																																								

REGISTRO DE MORTALIDAD DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

MORTALIDAD	Menor de 6 meses		6 m a menor de 1 año		1 - 4 años		5 - 9 años		10 - 14 años		15 - 19 años		20 - 39 años		40 - 49 años		50 - 59 años		60 años y más	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
33. Diabetes																				
34. Infarto Agudo de Miocardio																				
35. Otras Enfermedades Cardiovasculares																				
36. Enfermedad Respiratoria Cronica																				
37 Cancer de cervico uterino																				
38. Cancer de mama																				
39. Cancer de prostata																				
40. Leucemias																				
41. Cancer en sus distintas formas																				
42. Accidente Cerebrovascular																				

ESTADO NUTRICIONAL

CLASIFICACIÓN	Peso para la Talla (P/T)						IMC	
	Menor de 1 año		1 a menor de 2 años		2 a menor de 5 años		Embarazada	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	< 20 años	20 años y +
43. Obesidad (O)								
44. Sobrepeso (S)								
45. Nutrición normal (N)								
46. Desnutrición moderada (M)								
47. Desnutrición grave (G)								
48. Embarazada Desnutrida								

ESTADO NUTRICIONAL (Talla para la edad)

Clasificación	Talla para la Edad (T/E)					
	Menor de 1 año		1 a menor de 2 años		2 a menor de 5 años	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
49. Talla Normal						
50. Talla baja						

DECLARACIÓN JURADA

Yo: .....

PRF-002 Diseño sistema de información.

Nombre y Apellidos Lugar y Fecha:...../...../ 20..... Firma

SUBPRODUCTO 3: DOCUMENTO DE PROPUESTA DE UNA AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE ADICCIONES.

INTRODUCCIÓN

Desde los años 90 se viene hablando seriamente de la investigación en salud en los países de bajos y medianos ingresos. En 1990, la Comisión sobre la Investigación en Salud para el Desarrollo informó que comúnmente las prioridades para la investigación en salud de los países eran establecidas sin considerar la magnitud de los problemas, la posibilidad de que la investigación contribuya a mejorar los problemas y agravios a la salud, o si un determinado problema estaba o había sido investigado.

En 1996, un grupo de la OMS trabajando sobre futuras intervenciones relacionadas con la Investigación en Salud publicó el informe sobre Inversión en la Investigación en Salud y Desarrollo, produciendo avances importantes sobre métodos e instrumentos para la definición de prioridades para la investigación en salud a nivel global y local.

En 2000, la Conferencia Internacional sobre la Investigación en Salud para el Desarrollo definió que un componente importante de cualquier sistema de investigación en salud (en salud mental y adicciones que nos incumbe) es tener una agenda para la investigación en salud definido por las necesidades y prioridades del país.

En Bolivia, la situación de la investigación en salud, y en particular de adicciones y salud mental, ha tenido pocos avances significativos en los últimos años. La producción científica nacional es pequeña cuando se compara con algunos países de la región. Hace décadas se realizaron varios intentos para organizar un sistema de investigación del sector salud, el último fue la Mesa de Investigaciones efectuada en el año 2005 y liderada por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD). En éstas, se ha reconocido la importancia de que el país defina e implemente una política de investigación científica en general y una política de investigación en salud en particular.

Las investigaciones realizadas en Bolivia han sido, en su mayoría, financiadas por fundaciones o instituciones internacionales interesadas en ciertas áreas sin que necesariamente se hayan identificado los problemas prioritarios; sin embargo, este financiamiento posibilitó un desarrollo importante de investigaciones y conformación de grupos y mesas de investigación científica; pero tuvieron un carácter efímero, inorgánico

y con escaso impacto en la salud del país. En el caso de salud mental y adicciones ese apoyo no ha existido.

Haciendo un balance sobre la situación de la investigación en salud mental y adicciones, se puede concluir:

(1) que la "política de investigación" en el país ha estado más próxima a "dejar hacer" antes que orientada al fortalecimiento de la rectoría y conducción del MSD,

(2) que los esfuerzos realizados por impulsar cambios no produjeron los frutos esperados, permaneciendo una situación con el mismo diagnóstico y las mismas recomendaciones, referidas al reconocimiento de la inviabilidad de las propuestas y la falta de una definición clara de prioridades,

(3) que el país tiene un desarrollo científico y tecnológico incipiente,

(4) que el crecimiento en infraestructura y producción científica general ha sido discreto,

(5) que el campo de la investigación puede ser el espacio propicio para identificar problemas operativos de los establecimientos de salud mental y adicciones en particular, y así articularlos a las demandas de las redes de salud mental,

(6) que los beneficios de la investigación en salud mental y adicciones no se reflejan en mejoras a las políticas de salud mental ni a los programas y servicios de salud de salud mental ya adicciones

(7) que no se puede verificar el impacto de las investigaciones en la situación de salud mental.

En 2006, el Ministerio de Salud y Deportes define el Plan Nacional de Desarrollo para "Vivir Bien" que sustenta el Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, en cuyo marco, la investigación en salud se considera desde una perspectiva estratégica en el Programa Nacional de Rectoría, en el cual la regulación del Sistema Nacional de Investigación en Salud es un componente fundamental del "Proyecto Gestión Tecnológica e Investigación"; asume los procesos de diagnóstico de necesidades de investigación, difusión de las investigaciones de salud en el sistema de salud; los de promoción y producción de investigación en salud y los de formación y capacitación de los recursos humanos para la investigación en salud y el fortalecimientos de instancias y espacios de discusión para el análisis de la información producida en las actividades de investigación.

En cumplimento a lo establecido en el Plan de Desarrollo Sectorial de Salud, el Ministerio de Salud y Deportes , lidera, a partir de agosto de 2007, el proceso de definición de las prioridades de investigación en salud, convocando a participar a diversos actores como investigadores, prestadores de atención de salud, representantes de organizaciones no gubernamentales, buscando promover la integración entre los resultados de la investigación, la acción y la mejoría de las políticas y programas de salud a partir de una

perspectiva de equidad y solidaridad, en especial, para atender las necesidades de los grupos vulnerables de la población.

En la Agenda nacional de investigación en salud publicada en 2009, a través de un proceso participado mediante talleres se identificaron las líneas prioritarias de la agenda de salud del país.
Para ello se identificaron los participantes, de modo que se establecieron criterios para promover una amplia participación de los diversos actores relacionados con la investigación en salud. En el caso de los investigadores, los criterios considerados fueron el desarrollo de líneas de investigación con varias perspectivas disciplinares y representación regional y nacional de los centros e institutos de investigación y universidades, los cuales fueron identificados en la Biblioteca Virtual de Salud de Bolivia; representantes de los prestadores de servicios de los 9 Servicios Departamentales de Salud (SEDES); representantes de las ONGs en salud, encontradas en la Biblioteca Virtual de Salud de Bolivia, las principales organizaciones de cooperación externa que financian investigaciones en el país así como aquellas que realizan investigaciones, sociedades profesionales, entre otros.

Para el proceso de definición de los criterios de las agendas de prioridades de investigación, se propuso como elemento fundamental para la definición de las agendas el análisis de la relación entre la situación de salud del país y las posibilidades de contribución de la capacidad científica y tecnológica en la mejoría de la realidad sanitaria del país.
En este proceso se identificó la salud mental (incluida adicciones) dentro de una de las agendas que posteriormente quedo incluida en enfermedades no transmisibles y promoción de la salud.

Este documento es una 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.
Se reconoce la necesidad de invertir y apostar en mayor medida por la investigación, entendiéndose como una herramienta fundamental para la disponer de un Sistema de prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción de las personas con trastornos de salud mental y adicciones, de calidad. La calidad entendida como ofertar las mejores prácticas que van a obtener los mejores resultados y a un coste razonable. También es una herramienta para la planificación y la innovación.
Que la practica preventiva o asistencial se debe apoyar en la evidencia científica es un deseo que todos los sistemas de salud persiguen; sin embargo, no es una tarea sencilla. Por un lado, el bagaje de conocimientos en materia de prevención es ya bastante

amplio como para poder orientar las intervenciones y hay una calidad suficiente; sin embargo, hay grandes lagunas de conocimiento aún sobre cuestiones como el género en la prevención, o la prevención en contextos de alta vulnerabilidad, por poner dos ejemplos. Por el lado de los tratamientos se dan varios problemas para que se utilicen las mejores prácticas. El primero que los profesionales no están actualizados, en muchos casos, con las ultimas evidencias disponibles, y por eso no las utilizan en su práctica clínica. Por otro lado, a veces aún conociendo las mejores prácticas, no las ponen en práctica por diferentes motivos que tienen que ver con la práctica habitual y las resistencias al cambio. El espacio entre las mejores prácticas y la investigación es, en ocasiones, difícil de estrechar. La transferencia del conocimiento a la práctica resulta necesaria mediante incentivos y estrategias planificadas.
La agenda de investigación en drogas no debe quedar separada de los planes nacionales de ciencia e innovación, como es el Plan Nacional de Ciencia, Tecnología e innovación de Bolivia, y documentos relacionados, que recogen objetivos y acciones referidos a la investigación en salud.

Si no se establecen prioridades a nivel nacional para la investigación en salud en adicciones y salud mental, los países no pueden estimar los fondos para investigación; promover la ciencia, la tecnología y la innovación en salud en este campo; fomentar el desarrollo de recursos humanos para la investigación ni negociar con las organizaciones asociadas para obtener la financiación necesaria y llevar a cabo iniciativas a largo plazo. Un sistema de investigación e innovación a nivel nacional necesita: enfoque, prioridades, objetivos y metas parciales. Si no se establecen prioridades, no se puede conducir el desarrollo. Al establecer prioridades, los sectores de ciencia e innovación pueden florecer a fin de respaldar el desarrollo, la equidad y la salud.

MARCO NORMATIVO

AGENDA 2030 DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE NACIONES UNIDAS

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

El Título I, Capítulo Segundo: Principios, Valores y Fines del Estado, en el Artículo N° 9, establece como fines y funciones del Estado, entre otros, el numeral 5 "Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la **salud** y al trabajo".
En el Título II "Derechos fundamentales y Garantías", Capítulo Segundo: Derechos Fundamentales, en el Articulo N° 18, se detallan tres incisos relacionados con la salud:

1) Todas las personas tienen derecho a la salud.
2) El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
3) El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.
4) El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Asimismo, en el Capítulo Quinto: Derechos Económicos y Sociales, en la Sección II referida al Derecho a la Salud y a la Seguridad Social, se cita:

Artículo N ° 35. I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo N ° 36. I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo N ° 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo N ° 38. I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados.
II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida.

Artículo N ° 40. El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

Por último y no menos importante, en la Sección V: Deporte y Recreación, hace referencia:

Artículo N ° 105. El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas

con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios para su efectividad.

En lo **referido a investigación** la constitución dice:

Artículo 91 (II) "La educación superior es intracultural, intercultural y plurilingüe, y tiene por misión la formación integral de recursos humanos con alta calificación y competencia profesional; desarrollar procesos de investigación científica para resolver problemas de la base productiva y de su entorno social; promover políticas de extensión e interacción social para fortalecer la diversidad científica, cultural y lingüística; participar junto a su pueblo en todos los procesos de liberación social, para construir una sociedad con mayor equidad y justicia social".

Artículo 97. "La formación post-gradual en sus diferentes niveles tendrá como misión fundamental la cualificación de profesionales en diferentes áreas, a través de procesos de investigación científica y generación de conocimientos vinculados con la realidad, para coadyuvar con el desarrollo integral de la sociedad".
…….
".....La formación post-gradual será coordinada por una instancia conformada por las universidades del sistema educativo, de acuerdo con la ley."

Artículo 103. "el Estado garantizará el desarrollo de la ciencia y la investigación científica, destinándose los recursos que se requieran" y …… "asumirá como política la implementación de estrategias para incorporar el conocimiento y aplicación de nuevas tecnologías de información y comunicación"

PLAN DE DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL 2016 - 2020

La planificación para los próximos años del Estado Plurinacional de Bolivia incluye acciones concretas en relación al abordaje de las drogodependencias y personas en situación de calle desde diferentes dimensiones.

El pilar de Bolivia Digna, en el área de Salud y Deporte, cita: "En el período 2006 – 2014, se implementaron acciones que permitieron mayor acceso de la población a la salud, entre las que destacan las siguientes: i) el Programa "Mi Salud", orientado a eliminar barreras administrativas, económicas y geográficas, para llevar los servicios de salud a las familias bolivianas a través de visitas domiciliarias, actividades preventivas y promocionales de salud; y ii) el fortalecimiento de los seguros públicos de salud, con la ampliación de prestaciones y la incorporación de las personas con discapacidad, permitiendo ampliar el acceso gratuito a la salud de grupos vulnerables con financiamiento de recursos públicos".

Por otro lado, en el

Pilar 1 "Reducción de la pobreza extrema" tiene como resultados:

- En el acápite 1.1. Erradicación de la pobreza material, la meta No. 1 "Erradicación de la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza moderada":
  - Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios.
  - Se ha promovido la incorporación de niñas y niños en situación de calle en familias sustitutas.
- En el acápite 1.3. Erradicación de la pobreza espiritual y construcción del ser humano integral, la meta No. 5 "Combatir la pobreza espiritual":
  - Se ha reducido el consumo de bebidas alcohólicas que genera violencia y el expendio de otras bebidas nocivas para la salud.

Por último, en el Pilar 11: Soberanía y transparencia en la gestión pública, se hace a la reducción de la prevalencia del consumo de drogas:

- El acápite 11.3. Seguridad Ciudadana para una vida sin violencia, en la meta 3, cita como resultado:
  - Se ha incrementado en un 20% los operativos de interdicción al tráfico ilícito de sustancias controladas y se ha reducido en 5% la prevalencia de consumo de alcohol y otras drogas. Además, propone "Prevenir y reducir drásticamente el consumo de drogas y alcohol en el ámbito educativo, familiar y comunitario".

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

En el **Pilar 3: Salud, Educación y Deporte**

Este pilar aborda dimensiones fundamentales para la vida como la salud, la educación y el deporte, siendo parte esencial para la formación de un ser humano integral. El rol del Estado Plurinacional es el de proveer una salud integral y universal, una educación descolonizadora, despatriarcalizadora, liberadora, intra e intercultural, comunitaria, critica y transformadora, así como un acceso universal a la diversidad de prácticas deportivas para formar hombres y mujeres saludables.

Hacia el año 2020 se espera consolidar como las grandes Metas de este pilar, avances significativos en el acceso universal a la salud permitiéndose a todas las bolivianas y bolivianos un acceso a un servicio de salud con calidad. Asimismo, en este período se fortalecerá la implementación del modelo educativo sociocomunitario productivo, promoviéndose su aplicación a todo el sistema educativo con todo su potencial. Con relación al deporte se desarrollarán múltiples acciones que permitan la universalización de la práctica deportiva en el Estado Plurinacional. Con este conjunto de actividades se espera sentar las bases de un Estado Plurinacional con hombres y mujeres integrales y saludables, que asumen el reto y tienen las capacidades y condiciones para consolidar el proceso de cambio.

En el apartado de Salud específicamente, para el Plan es una preocupación central el derecho a la salud de las y los bolivianos, por lo que se tiene previsto en este período avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, así como la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad con enfoque intercultural.

Las Acciones estratégicas que el sector salud viene implementando y que nos incumben entre están:

- Consolidar el Sistema Único de Información en Salud (SUIS).
- Ampliar las acciones MI SALUD y TELESALUD al ámbito municipal.
- Consolidar la participación social en salud a nivel municipal y departamental, logrando que todos los municipios del país aborden de manera participativa e intersectorial la problemática en salud y promuevan hábitos de alimentación saludable.
- Implementar un programa de formación e incorporación de especialistas y subespecialistas en salud para la dotación de recursos humanos calificados.
- *Construir y equipar institutos de cuarto nivel de atención especializada y de investigación.*

En lo referido a investigación e innovación se señala:

En el Pilar 4: Soberanía científica y tecnológica

Este pilar está orientado a que Bolivia tenga la capacidad de desarrollar conocimiento y tecnología en las áreas estratégicas, productivas y de servicios, complementando los saberes y conocimientos tradicionales con la ciencia moderna en un dialogo intercientífico. El desarrollo de conocimiento y tecnología propios es fundamental para el cumplimiento de diferentes Resultados del Plan, debido a que influyen en la provisión de servicios básicos, el impulso a los procesos de comunicación, educación, emprendimientos productivos, iniciativas energéticas y la transformación de materias primas para la producción de alimentos. En definitiva, superar la dependencia científica y tecnológica es un aspecto central para impulsar la economía plural, cambiar la matriz energética y el patrón primario exportador.
Las prioridades en ciencia y tecnología al 2020 tienen que ver con su articulación al desarrollo efectivo de los complejos productivos y de las empresas públicas en los sectores estratégicos, al incentivo a la economía creativa y a la construcción de una sociedad del conocimiento. El objetivo es sentar cimientos sólidos para poner la ciencia y tecnología al servicio de la producción y desarrollo económico con soberanía, articulando los conocimientos de las ciencias modernas con los saberes ancestrales y milenarios.

De los objetivos previstos para 2020, podemos resaltar los siguientes que tienen que ver con salud:

Meta 4: **Medicina ancestral y natural.**

1. La población boliviana tiene acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales a través del Sistema Nacional de Salud.
2. Los prestadores de medicina tradicional han sido registrados en el Ministerio de Salud.
3. Se han desarrollado productos naturales y de la biodiversidad de la farmacopea boliviana.

Meta 5: Formación y especialización profesional científica.

1. *Todas las entidades y empresas vinculadas al sector productivo, agua, medio ambiente, telecomunicaciones, salud y otros asignarán un porcentaje de sus recursos dirigido a la investigación científica y desarrollo de tecnología.*

2. *Las empresas públicas y centros de innovación tecnológica nacional y de los gobiernos autónomos han incorporado profesionales con alto grado de formación científica y tecnológica.*

Para el alcance de los Resultados previstos se contemplan las siguientes Acciones:
- Promover programas y proyectos para el impulso en el país de iniciativas vinculadas a la sociedad del conocimiento y a la economía creativa.
- Constituir equipos de investigadores para el desarrollo de programas de innovación tecnológica en alimentos, software, medicamentos, energías renovables y del área aeroespacial, entre otros.
- Instalar plantas con la capacidad de producir medicamentos genéricos incluyendo la elaboración de productos de la medicina tradicional para su difusión masiva.
- Desarrollar mecanismos para incorporar científicos bolivianos y bolivianos en centros de investigación y empresas públicas y privadas, y entidades del sector privado y comunitario.
- Conformar el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

PLAN SECTORIAL DE DESARROLLO INTEGRAL PARA VIVIR BIEN 2016-2020

La visión del sector Salud hacia el 2020 es "Toda la población en el territorio boliviano, conoce y ejerce plenamente su derecho a la salud; cumple sus responsabilidades con

la salud de la familia/comunidad y accede gratuitamente a servicios de salud integral, intercultural y de calidad" y el objetivo de "Lograr el acceso universal, gratuito y equitativo a servicios de salud al 2020".
Asimismo, cuenta con nueve objetivos estratégicos:

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

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

- El Pilar 1: erradicar la pobreza extrema, la Meta 1: erradicar la pobreza extrema material y reducción significativa de la pobreza

moderada; el Resultado 6: Se ha ampliado el apoyo integral a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, en centros de reinserción social con la participación de los municipios, tiene como acciones:

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

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

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

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

coca, con responsabilidad internacional compartida para precautelar el vivir bien de la sociedad.

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

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

Marca como resultados esperados:

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

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

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

Sistema de tratamiento, rehabilitación y reintegración, implementado.

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

Por último, se señalan dos programas:

Programa 2.1 Prevención

El objetivo es promover valores, principios y estilos de vida saludables fortaleciendo los factores de protección para motivar el cuidado de la salud y del entorno; a fin de evitar el consumo de drogas y retrasar la edad de inicio, priorizando poblaciones de mayor riesgo, con la participación activa de instituciones públicas y de la sociedad civil organizada.

Acciones

- Elaboración de **planes departamentales de prevención, tratamiento y reintegración de drogodependientes** aprobados bajo la dirección del comité departamental.
- Gestión y sensibilización, interinstitucional e intersectorial, **con las ETA's para la incorporación e implementación de acciones de prevención, tratamiento y reintegración en los Planes Municipales de Salud y Educación, en el marco de los planes departamentales de prevención, tratamiento y rehabilitación**.
- Elaboración e implementación de metodologías y protocolos de prevención de consumo de drogas y otras adicciones por tipo de población (laboral, familias, comunidad, escolares, universitarios y poblaciones vulnerables); por nivel de prevención (universal, selectiva e indicada) y por tipo de prevención (especifica e inespecífica).
- Implementación **de Centros Integrales de Prevención, diagnóstico y derivación de consumo de drogas en las ETA's**. En las ciudades del eje troncal. La Paz, Cochabamba, Santa Cruz.

Programa 2.2 Tratamiento, rehabilitación y reintegración

El objetivo es **incrementar y fortalecer la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación y reintegración para personas con adicciones** mediante programas y proyectos integrales, intersectoriales

y multidisciplinarios, **asegurando la equidad en el acceso** a una atención oportuna, integral, con calidad y calidez.

Acciones

- Elaboración y aprobación de **la normativa para los servicios destinados a drogodependientes y personas en situación de calle.**
- Creación e implementación del **Sistema Nacional de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Drogodependientes y Personas en Situación de Calle.**
- **Implementación y fortalecimiento de servicios integrales** a instituciones públicas y privadas que trabajan con drogodependientes y **personas en situación de calle.**
- **Estudios especializados** en tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; y personas en situación de calle**.**

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

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

En sus capítulos y artículos de la Ley que siguen:

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

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

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

II. El Ministerio de Salud coordinará la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, con el fin dirigir y articular políticas, planes, programas, proyectos y acciones destinadas a coadyuvar en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, mediante la prevención integral del consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes; en el marco de las políticas del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas - CONALTID.

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

a) Instituciones públicas y privadas con o sin fines de lucro, que desarrollan actividades de prevención integral al consumo de sustancias psicoactivas; tratamiento, rehabilitación y reintegración de drogodependientes e investigación científica sobre adicciones o sustancias psicoactivas.

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

ARTÍCULO 30. (ATRIBUCIONES DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).

1. Aprobar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.

2. Realizar seguimiento a la implementación de la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno.

3. Establecer mecanismos de coordinación intersectorial para la prevención integral, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno.

4. Promover la articulación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, así como con las entidades privadas sin fines de lucro.

5. Otras establecidas mediante reglamento.

ARTÍCULO 31. (FUNCIONAMIENTO DE LA RED DE PREVENCIÓN INTEGRAL, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO Y SU ENTIDAD OPERATIVA).

I. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, funcionará bajo la coordinación del Ministerio de Salud a través de su entidad operativa.

II. La entidad operativa, tiene como principal atribución elaborar la Política de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, para su aprobación por la Red y otras que serán establecidas mediante reglamentación.

III. La entidad operativa ejecutará las acciones necesarias en coordinación con los establecimientos de salud, centros educativos, los Consejos de Seguridad Ciudadana, e iniciativas públicas y privadas, con o sin fines de lucro; en el marco de sus competencias.

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

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

a) Promover el bienestar y seguridad de las personas, familias, comunidades y la población en general.

b) Promover y proteger la salud bajo un enfoque bio – psico – social.

c) Establecer los mecanismos de coordinación y respuesta intersectorial y participativa.

d) Incorporar perspectivas de género y generacional.

e) Incorporar directrices para la implementación, acceso, supervisión y evaluación de programas de tratamiento para personas privadas de libertad.

f) Incorporar directrices de prevención en los ámbitos: familiar, comunitario, educativo, laboral, deportivo, comunicativo, de salud y de seguridad.

g) Otros establecidos mediante reglamentación.

ARTÍCULO 33. (POBLACIONES ALTAMENTE VULNERABLES AL TRÁFICO ILICITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).

I. La Dirección General de Régimen Penitenciario del Ministerio de Gobierno, en coordinación con la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en los centros y recintos penitenciarios e implementará acciones necesarias para el tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas privadas de libertad.

II. La Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su entorno, realizará estudios de caracterización del consumo de sustancias controladas y otros riesgos sicosociales en poblaciones en situación de calle para implementar acciones de tratamiento, rehabilitación, reintegración y reinserción social.

ARTÍCULO 34. (REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS).

El Estado Plurinacional de Bolivia a través de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, debe garantizar el acceso a programas de tratamiento médico y terapéutico de los consumidores de sustancias controladas, desde un enfoque de salud pública.

ARTÍCULO 35. (INGRESO DE LAS PERSONAS CON ADICCIONES Y SU ENTORNO A PROGRAMAS).

El ingreso a los programas de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno, procede por:

a) Orden judicial, previo informe médico forense.

b) Solicitud familiar, previo informe médico.

c) Solicitud voluntaria.

ARTÍCULO 36. (MEDIOS DE COMUNICACIÓN).

I. Los medios de comunicación social, en el marco de la Ley Nº 264 de 31 de julio 2012, del Sistema de Seguridad Ciudadana, y el Decreto Supremo Nº 1436 de 14 de diciembre de 2012, deben contribuir en la lucha contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, a través de:

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

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

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

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

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

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

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

II. Las Entidades Territoriales Autónomas desarrollarán y operativizarán:

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

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

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

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

La Ley tiene especial relevancia por el empuje en el abordaje preventivo y asistencial y de reinserción de las adicciones. Establece las directrices de la nueva política para el abordaje de los problemas de adicciones en Bolivia, de modo que habla de una red de amplia que abarca todos los procesos implicados en las adicciones, que engloba la administración pública además de ONG y entidades privadas de lucro. Asimismo, establece un registro de entidades pertenecientes a las Red que debeoperativizar el Ministerio de Salud.
Por otro lado, la Red establecida habla expresamente de establecer mecanismos de coordinación intersectorial tanto en prevención, tratamiento y reinserción de las personas con estos problemas. Por último, señalar en carácter descentralizador de la propuesta en cuanto al ámbito territorial y administrativo que opera, mediante una articulación en tres niveles y el ámbito público y privado sin lucro o sin él.
Se habla de una entidad operativa que será la encargada de la coordinación de la Red y se ubica en el Ministerio de salud, que formulara la política en la material y la ejecutara coordinando actores públicos y privados, de modo que la política para el tratamiento de adicciones en prisiones deberá ser formulada por la entidad operativa del Ministerio de salud y ejecutada por todos los actores implicados que se marquen como agentes para la prevención, tratamiento y reinserción de jóvenes, adultos y mujeres con adicciones.

Por último, hay **referencias expresas a la realización de estudios e investigaciones.** *Se menciona la población vulnerable de prisiones que consume drogas y que se deben caracterizar en sus formas de consumo y otros riesgos sicosociales, y realizar estudios en este caso expresando claramente la coordinación de la administración penitenciaria y la de salud. Hay que destacar la competencia expresa de Salud en estudios poblaciones*

de calle en riesgo de abuso de drogas. Si embargo, entre las atribuciones de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno y su entidad operativa no queda explicitada una acción de promoción de la investigación dentro de las adicciones. Por ello, se recomienda que apruebe la RED una atribución, y una agenda de trabajo sobre investigación. Constituyendo una Comisión Nacional de Investigación sobre Salud mental y adicciones.

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

PLAN NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGIA E INNOVACIÓN DE BOLIVIA

Es el documento base de la política de investigación e innovación de Bolivia.
Dispone de instrumentos articuladores de la política de investigación e innovación que van a permitir conseguir resultados. En todo caso, referido a la investigación en drogas y salud mental, se debe conseguir que las agendas nacionales hagan una mención a esta temática. Esta tarea es primordial ya que significa que tanto los fondos como los instrumentos que permiten dar una continuidad a la investigación, podrá ser utilizados.

Hablamos de la OTRI, u organismo para la transferencia de resultados de investigación, que se ocupa precisamente de esto: hacer que el conocimiento pase a la práctica. El fondo de Ciencia, tecnología e innovación articula un fondo mixto estatal y universitario para desarrollar líneas de investigación priorizadas por el estado. O el Sistema Boliviano de información científica y tecnológica que difunde la información y trabaja con sistemas de indicadores de impacto de la política.
Sin embargo, a pesar de ello la articulación entre diferentes departamentos de la administración pública, entre la administración y el sector privado, y la administración con la academia es aún muy débil. Los poseedores del conocimiento no se articulan con los demandantes de conocimiento. Este es el caso de la investigación en salud mental y adicciones. Hay una gran demanda de conocimiento, pero no se articulan ni unidades de investigación en ministerio de salud, ni presupuestos para ello, ni ítems que lo sustenten. Y tampoco hay una relación estable con la academia para pactar líneas de trabajo.

En el sector estratégico de salud que aparece en el Plan, se apoya en el referido plan de desarrollo económico y social que señala la necesidad de generar conocimiento para la disminución de las desigualdades y las vulnerabilidades en salud.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN DROGAS

La gestión del conocimiento es un proceso que pretende asegurar el desarrollo y aplicación todo tipo de conocimiento disponible en el ámbito de las drogas dentro de la Administración de salud, con objeto de mejorar su capacidad de resolución de problemas y, de ese modo, contribuir a la consecución y mantenimiento de resultados superiores y adaptación al entorno (Andreu & Sieber, 1999[16]; Acosta-Prado & Fischer, 2013[17])

La investigación por la gestión del conocimiento surgió por el reconocimiento que las instituciones públicas de servicios de salud no podían estar funcionando ajenas a los cambios acelerados que presenta la sociedad actual, debido al avance en las tecnologías de la información y las comunicaciones; además, de estar conscientes que la productividad de las organizaciones actualmente se basa en la información y el conocimiento.

La gestión del conocimiento en salud mental y adicciones conlleva los siguientes procesos:

1. Auditoría del conocimiento. Identificación

Resulta una prioridad gestionar estos activos como parte de las actividades que a diario se enfrentan en las organizaciones del sector. Se debe conocer y realizar un diagnóstico de:

1 cuáles son sus activos intangibles y cómo se emplean. (formación e investigación, sistemas de información)

2 quiénes son sus expertos

[16] Andreu, R., & Sieber, S. (1999). La gestión integral del conocimiento y del aprendizaje. Economía Industrial, 326, 63-72

[17] Acosta-Prado, J.C., Longo-Somoza, M., y Fischer, A. L. (2013). Capacidades dinámicas y gestión del conocimiento en nuevas empresas de base tecnológica. Cuadernos de Administración, 26(47), 35-62.

3 en qué medida se está trabajando en algo conocido o cuya solución exista y pueda ser transferida hacia la organización.

Toda estrategia debe partir de un diagnóstico que permita prever un tratamiento eficaz para solucionar los problemas detectados. Igual ocurre en el caso del conocimiento. Lo primero que hay que conocer es lo que se conoce, cuál es el conocimiento que la organización tiene disponible "en casa". Una auditoría del conocimiento pudiera ser una buena opción.

En alguna medida una auditoría del conocimiento abarca algunos otros aspectos de otros tipos de auditoría. En cualquier caso, una auditoría del conocimiento es más cualitativa, y tiende a conocer el estado de "salud" de la organización principalmente en lo referido a:

1. Las necesidades organizacionales en términos de conocimiento (conocimiento que debe ser adquirido para anclarlo en la organización).

2. Los activos del conocimiento, sus características y ubicación dentro de la organización.

3. Los vacíos de conocimiento.

4. El flujo del conocimiento en la organización, las redes de expertos, topografía del conocimiento y otras.

5. Barreras que impiden el flujo del conocimiento. Balance entre personas, conocimiento, procesos, tecnologías, información que facilitan/inhiben el flujo del conocimiento.

Las ventajas o beneficios que se obtienen al llevar a cabo una auditoría del conocimiento son: la identificación y el alcance del conocimiento necesario para apoyar las metas organizacionales e individuales, así como las actividades grupales, proveer evidencia acerca de la existencia del conocimiento organizacional, su generación, transferencia y uso, revelar la existencia de potencialidades no explotadas que pueden contribuir a nuevos proyectos.

Dentro de las técnicas para la gestión del conocimiento en lo que al proceso de identificación se refiere se pueden mencionar:

a. Los mapas del conocimiento

b. Las topografías del conocimiento

c. Los directorios y páginas amarillas de expertos

d. Los mapas de activos del conocimiento

e. Los mapas de las fuentes del conocimiento

Dos ejemplos de lo anterior son:

a. Mapas del conocimiento

Los mapas del conocimiento son representaciones gráficas de expertos, fuentes, estructuras o aplicaciones del conocimiento. "Con estos mapas, aumenta la transparencia y se apoya la identificación de los expertos o fuentes del conocimiento, permitiendo de ese modo que el usuario clasifique el nuevo conocimiento en relación con el conocimiento actual y vincule actividades con expertos o activos del conocimiento.

Los mapas del conocimiento pueden ser clasificados en diferentes grupos de acuerdo con su estructura. Toda la información que contienen puede ser computarizada, organizada de acuerdo con diferentes criterios, y puede ser presentada en forma visual con ayuda de gráficos hechos en computadora.

b. Topografías del conocimiento

Las topografías del conocimiento identifican a las personas que poseen habilidades y conocimientos específicos e indican su nivel de conocimiento a partir de determinadas representaciones simbólicas que transmiten esta información.

Esta herramienta precisa quién sabe qué y al nivel en que lo conoce. Puede adicionarse que este tipo de representación es típica para las competencias de los miembros de una organización.

2. Adquisición del conocimiento.

El conocimiento crece, se multiplica a ritmos incalculables y alcanza altos niveles de complejidad. Es por eso por lo que el proceso de gestionar el conocimiento en salud mental y adicciones, no puede ser un proceso aislado. Debe estar alineado con las líneas y estrategias de la política de salud y de ciencia tecnología e innovación, y formar parte de las funciones de los altos niveles de la administración pública.

En el ambiente externo se pueden encontrar los siguientes conocimientos:

1. El conocimiento de expertos externos

2. El conocimiento de otras organizaciones

3. El conocimiento de los usuarios del sistema de salud mental y adicciones.

Los usuarios del sistema conocen mejor las fortalezas y debilidades del producto/servicio que se ofrece que las propias personas que están involucradas en su elaboración o realización.

Establecer escenarios en donde los usuarios puedan manifestar criterios, hacer sugerencias, realizar pruebas piloto, puede ser una estrategia útil para obtener conocimiento de los usuarios y acercar mejor la oferta a sus necesidades.

3.- Distribución y compartición del conocimiento.

El conocimiento organizacional procede de fuentes internas (desarrollo del conocimiento) o externas (adquisición del conocimiento). Si se reconocen y ubican los activos del conocimiento (identificación del conocimiento) individual u organizacional, entonces podrán asumirse los procesos de compartición y distribución del conocimiento.

En estos procesos debe tenerse presente que el conocimiento es un producto que suele transferirse mediante acciones personales. Por eso, compartición y distribución del conocimiento puede significar:

1. Un proceso dirigido desde un centro de distribución del conocimiento hacia un grupo específico de individuos

2. La transferencia del conocimiento entre individuos o dentro de equipos o grupos de trabajo.

Para esto, valerse de herramientas tecnológicas que incluso conllevan a una organización virtual en importante. Es decir, determinadas plataformas, software y soluciones permiten distribuir y compartir conocimiento lo que no necesariamente equivale a su consumo o uso.

Algunos factores que afectan la distribución y compartición de conocimiento tienen que ver con la cultura de la organización, su estructura y su nivel de crecimiento.

4.- Uso del Conocimiento

Para que la Gestión del Conocimiento sea efectiva, no basta tener disponibilidad del conocimiento, no bastan plataformas, intranets, portales, groupware, escenarios, retiros, capacitación y todas las medidas que dispone una organización. Todo esto hace para poder estimular a los individuos y grupos a que consuman información y eleven su conocimiento.

Muchas veces las personas se acomodan a los viejos métodos; determinadas reglas del juego ocultas bloquean el uso del conocimiento nuevo.

Determinados enfoques organizacionales, estilos, políticas dirigidas a las variables culturales pueden contribuir a utilizar el nuevo conocimiento. Es necesario mantener una actitud crítica ante los métodos anteriores, interpretar las dudas no como una manifestación de incompetencia, sino como un indicio de la disposición para aprender y aceptar los cambios.

A nivel de la organización, el conocimiento tiene que verse como un recurso que todos deben utilizar para beneficio general, sin importar su procedencia. Lo importante tal vez no sea de dónde viene, sino cómo se puede utilizar bien y de manera eficaz para el provecho de la organización.

5.- Retención del Conocimiento.

La retención del conocimiento es uno de los procesos fundamentales de la gestión del conocimiento. Todos los esfuerzos que se realicen en los otros procesos de gestión del conocimiento se tornan poco rentables si no se retienen por parte de la organización.

Un tema importante dentro de estos procesos tiene que ver con el "desaprender".
En salud mental y adicciones es esencial este proceso de actualización del conocimiento, ya que el por un lado el propio avance de la ciencia y por otro lado, la

existencia de malas praxis anticuadas, imponen una actualización continuada. En un proceso de cambio como este, se desaprende lo que se ha hecho hasta el momento y en su lugar se toman nuevos enfoques, se destruye lo anterior y no se conserva el conocimiento, la información y las habilidades anteriores.
Desaprender significa estar listo para revisar nuestros procedimientos y rutinas y dejar que se vayan las que eran habituales. El problema está en decidir si ya no son necesarios ciertos activos del conocimiento y ciertos expertos, o si pudiesen ser importantes en el futuro.

Tres subprocesos forman parte de la conservación del conocimiento:

1. Seleccionar a partir de los múltiples sucesos, las personas y procesos que vale la pena retener.

2. Guardar la experiencia de los anteriores en forma apropiada.

3. Garantizar que la memoria organizacional se actualice.

Estos procesos son típicos de cualquier sistema documental, en donde, en función de las metas y la misión organizacional, se mantiene un fondo

de documentos relevantes que puedan ser recuperados en el momento necesario. Para el especialista en información, estos subprocesos constituyen una gran parte de sus responsabilidades. Sin embargo hay que señalar que no es habitual la existencia de protocolos, guías clínicas consensuadas, repositorios de documentación de interés y otro tipo de documentación, en salud mental y adicciones

Cuando la organización mantiene en forma simultánea los sistemas de gestión documental, de información y del conocimiento, coordinan sus metas y criterios a fin de que los tres respondan a los intereses organizacionales; es cuando mejor se retiene la información de la organización. Por tal motivo, los objetivos particulares de cada uno son parte de un todo.

También se conoce que los sistemas documentales respaldan las actuaciones de la organización por lo que toda acción organizacional debe estar documentada. En salud mental y adicciones no hay una memoria institucional donde se recogen las actuaciones realizadas y una mínima valoración.

Los sistemas documentales constituyen la garantía de la organización para responder a situaciones donde tenga que probar sus actuaciones, bien en el caso de reclamaciones, trámites legales o fiscales, transacciones asociadas al registro de marcas, patentes, la propiedad intelectual, etc. Las tecnologías ofrecen nuevas alternativas para el manejo documental pero también presentan riesgos no existentes hasta el momento con los registros en otros soportes.

Determinadas condiciones de trabajo pueden o no favorecer el uso del conocimiento. La disponibilidad de medios técnicos, la privacidad, la concentración, las políticas organizacionales, son factores, entre otros, que estimulan el uso del conocimiento o no. Por tanto, en el uso del conocimiento, no solo intervienen factores vinculados a los miembros de la organización sino a sus directivos cuyos estilos pueden ser determinantes para esto.

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

En las organizaciones el conocimiento se transfiere, más allá de que el proceso se maneje o no. Cuando un gestor pregunta a un compañero que está en una oficina contigua cómo elaborar un proyecto, le está solicitando una transferencia de conocimiento. Cuando un directivo pregunta a un técnico del sistema de información por datos sobre número de consultas de salud mental y adicciones, ambos están intercambiando conocimiento.

Estas transferencias cotidianas de conocimiento forman parte de la vida de una organización. Sin embargo, son locales y fragmentarias. Aunque se decida quién, entre todos los que están más cerca, es el que mejor puede ayudarnos, pocas veces intentamos encontrar al miembro de la organización que tiene el mayor conocimiento sobre el tema. Esperamos obtener información suficientemente buena de alguien cercano. Este es un ejemplo más de las implicaciones de poseer un raciocinio limitado; los mismos límites sobre cuánta información pueden absorber las personas y cuántos esfuerzos realizarán para obtenerla. Cuanto más grande y compleja es una organización, menos posibilidades existen que encontremos los mejores conocimientos especializados en la oficina vecina o en cualquier lugar de nuestro edificio. En salud mental y adicciones, donde el conocimiento está disperso entre profesionales de diferentes niveles de atención, entes públicos y centros privados, es aún mas claro que difícilmente encontraremos a la persona que mejor nos pueda ayudar.

En un entorno competitivo a nivel de investigación, como por ejemplo entre hospitales, a menudo la "buena fe" no es suficiente. Cualquier organización sanitaria que no controle la gestión del conocimiento sobre salud mental y adicciones no podrá tener una atención de calidad. El conocimiento abunda en nuestras organizaciones, pero su existencia no garantiza su uso.

El conocimiento tácito y ambiguo es especialmente difícil de transferir desde la fuente que lo crea hacia las restantes partes de la organización. De ahí que sea importante propiciar entornos de intercambio de conocimientos formales como sesiones clínicas, sesiones temáticas sobre temas de salud mental ya dicciones, coloquios, entre otros.

En este caso, lo que hay que entender es que los métodos de transferencia del conocimiento deberían coincidir con la cultura institucional (y nacional). Cada transferencia de conocimiento se debe adaptar a la cultura de cada lugar y a su organización.

La dificultad de capturar y transferir conocimiento depende del tipo de conocimiento en cuestión. El conocimiento que es más o menos explícito puede ser afianzado en procedimientos o representado en documentos y bases de datos, y es posible transferirlo con una precisión razonable. Como se dijo en salud mental y adicciones, lamentablemente no es explicito en su gran parte. En general, la transferencia de conocimiento tácito requiere oportunidades de contacto personal, de intercambio de información. La "relación de transferencia" puede ser una asociación, un asesoramiento o un aprendizaje, pero siempre es esencial alguna relación de tipo laboral. Dichas relaciones posiblemente impliquen la transferencia de distintos tipos de conocimiento, tanto explícito como tácito. El reto de un servicio de salud mental y adicciones es generar formas de hacer explicito el conocimiento tácito.

Por norma general, cuanto más rico y tácito es el conocimiento, más tecnología se debería usar para permitir que las personas compartan dicho conocimiento directamente. La transferencia amplia de conocimiento se ha facilitado mucho el uso de la tecnología de la información; pero los valores, normas y conductas que conforman la cultura de la organización son los principales determinantes de cuán eficazmente se transfiere el conocimiento.

Las personas que comparten la misma cultura laboral pueden comunicarse y transferirse mutuamente el conocimiento mejor que las personas que no lo hacen.

Transferencia = Transmisión + Absorción (y uso)

La transferencia de conocimiento implica dos acciones: transmisión (envío o presentación del conocimiento a un receptor potencial) y absorción por parte de dicha persona o grupo. Si el conocimiento no es absorbido, no ha sido transferido. El simple hecho de presentar conocimiento no es transferencia. El acceso es necesario, pero de ningún modo suficiente para garantizar que el conocimiento se usará. El objetivo de la transferencia de conocimiento consiste en mejorar la capacidad de una organización para hacer las cosas. Incluso el conjunto de transmisión y absorción no tiene ningún valor útil si el conocimiento nuevo no genera algún cambio de conducta o el desarrollo de alguna idea nueva que, a su vez, conduzca a una conducta nueva.

Es muy común que alguien comprenda y absorba conocimiento nuevo pero que no lo use por distintos motivos. En salud mental y adicciones se producen resistencias profesionales que se apoyan en desconocimiento no explicitado por no perder reputación, y en el uso de técnicas y procedimientos con los que se siente cómodo el profesional.

La falta de respeto o confianza en la fuente del conocimiento es una razón importante para su rechazo en el sector de salud. Entre otras razones, se encuentran el orgullo, la obstinación, la falta de tiempo, la falta de oportunidad, el temor a correr riesgos (en una organizacion que castiga el error). Nuestra autoestima se basa en lo que conocemos y en cómo hemos hecho las cosas previamente. Si alguien viene y dice: "Mi forma de hacerlo es mucho mejor que la que tú has utilizado en los últimos cinco años", posiblemente nos opondremos.

Como demuestra la psicología social y del comportamiento el cambio de conducta es un hecho mucho menos frecuente que la adquisición de conocimiento. Se habla sobre "capacidad según la firma", que define como la capacidad con que una persona se identifica a sí misma profesionalmente. El ego de las personas está unido a esa capacidad: su idea de competencia y de bienestar en el trabajo dependen de su uso. Se opondrán a toda innovación que pueda exigirles abandonar su conocimiento en favor de otros nuevos. La resistencia al cambio es poderosa, incluso, ante pruebas objetivas irrefutables de que un cambio específico es totalmente lógico.

Si bien Bolivia cuenta con fuentes de conocimiento diversas y sistemas de información de salud que recoge la producción de los servicios y la epidemiologia, con variables sobre salud mental y adicciones, necesario disponer de un sistema de información más integrado y flexible que permita adaptarse a una realidad dinámica y cambiante, y

consumo de sustancias. En este sentido, es preciso avanzar en la calidad y la integración de datos provenientes de otras fuentes de información.

La investigación sobre drogas debe impulsarse por el estado de modo que se aprovechen las sinergias de planes de investigación de salud pública, de enfermedades no transmisibles (donde encaja el estudio del alcohol y el tabaco), y otras fuentes.

La formación de los profesionales del ámbito de las adicciones y otros colectivos es una herramienta indispensable para mejorar la calidad y diseminar las mejores prácticas en cada área de actuación

La gestión del conocimiento en adicciones debe tener **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS** en tres sistemas de conocimiento:

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Desarrollar y reforzar los sistemas de información y las herramientas de vigilancia epidemiológica para obtener y analizar datos actualizados del fenómeno de las adicciones, sus patrones y tendencias y su impacto en la salud pública y seguridad ciudadana. Todo ello, a fin de mejorar la toma de decisiones y orientar las políticas sobre adicciones, por un lado y, por otro, la evaluación de las mismas, mejorando la respuesta a este fenómeno. Es importante Integrar los sistemas de información de drogas en los sistemas de información de los servicios sociales, de salud de régimen penitenciario por poner los ejemplos más claros. Y también Incorporar indicadores de consumo de drogas y problemas asociados de otros ámbitos (tráfico, policiales, …).

I**NVESTIGACIÓN**

- La investigación sobre adicciones financiada desde las Administraciones Públicas debe alinearse con la estrategia definida en el los planes nacionales de ciencia, tecnología e innovación, y con la Acción Estratégica de Salud recogida en el marco de dicho Plan, impulsando el trabajo en redes de investigadores e instituciones, especialmente en grupos metacéntricos, y potenciando la presencia boliviana en grupos investigadores internacionales, con el objetivo de

- incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles y la visibilidad.

- Impulsar la actividad investigadora en áreas complementarias de interés al fenómeno de las adicciones, especialmente en el ámbito local, social y cultura y epidemiológico como p.ej. las diferencias de género; el perfil de los nuevos consumidores; los consumidores crónicos y aquellos de edad avanzada desde una perspectiva de necesidades de atención, para adaptar los servicios existentes.

Asimismo, se potenciará la actividad investigadora en relación con los efectos del consumo de sustancias sobre la conducción y prevención de lesiones y fallecimientos por tráfico y otros accidentes, relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas, así como en el ámbito laboral.

FORMACIÓN

- Actualizar los programas de formación dirigidos a los profesionales de la prevención y atención a las drogodependencias y adicciones, y demás agentes sociales implicados, incluyendo la formación específica en adicciones comportamentales; y haciendo uso de las nuevas herramientas formativas (formación online) más actuales y adaptadas a la situación presente.

- Mejorar y ampliar la formación de los profesionales que trabajan en el campo de las adicciones, así como la dirigida a personas que colaboran voluntariamente en el mismo, tanto en lo que se refiere al abordaje de los consumos como en el campo de la reducción de la oferta de drogas, favoreciendo la especialización en "adicciones" de estos profesionales.

- Mejorar los conocimientos y la capacitación de los diferentes colectivos profesionales (educación, sanidad, tráfico de vehículos, servicios sociales, servicios penitenciarios, justicia, FFAA, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad…) que intervienen en la prevención [de las adicciones] y en la atención integral a las personas con adicciones, tanto en lo que se refiere a la demanda como a la reducción de la oferta.

- Mejorar y desarrollar de forma efectiva la formación en perspectiva de género a todos los estamentos de la Administración Pública, sociedad civil, academia, como uno de los pilares básicos en la formación sobre adicciones.

COOPERACIÓN

La gestión del conocimiento conlleva compartir el saber a través de internet y redes de conocimiento. La innovación abierta, conocimiento compartido son parte esencial de una buena gestión del conocimiento en salud mental y adicciones. Para poder conseguir y mantener la calidad y la excelencia.
Se considera la gestión del conocimiento al proceso sistemático e integrador de coordinación de las actividades de adquisición, creación, almacenaje y comunicación del conocimiento tácito y explícito por individuos y grupos con objeto de ser más efectivos y productivos en su trabajo y cumplir los objetivos y metas de la organización.

CONCEPTO DE INVESTIGACION EN SALUD PÚBLICA

A los fines de este documento se utiliza el concepto "investigación en Salud Pública" como el desarrollo del conocimiento que tiene el objetivo de comprender los desafíos de salud y mejorar la respuesta para el logro de una mejor salud de la población. Esta definición cubre el espectro completo de la investigación, que abarca cinco áreas genéricas: medición del problema; comprensión de su causa; elaboración de soluciones; traducción de las soluciones / evidencias en políticas; y evaluación de la efectividad de las soluciones propuestas.

La investigación para la salud implica la participación de diversos sectores y disciplinas, que buscan generar conocimiento para diseñar, implementar, analizar políticas públicas y comprender el impacto de las mismas en la salud de la población. El objetivo final de este tipo de investigaciones es contribuir al desarrollo de intervenciones que permitan contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con equidad y mejor salud para todos y todas.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)[18] define a la investigación para la salud como

"… la investigación emprendida para incrementar los conocimientos acerca de la salud. Incluye cualquier disciplina o combinación de disciplinas que procure determinar y mejorar las repercusiones de las políticas, programas e intervenciones que se originan dentro y fuera del sector de la salud, incluidas las investigaciones biomédicas, las de salud pública y de salud ambiental, las ciencias sociales y de la conducta y el estudio de sus relaciones con factores sociales, económicos, políticos, jurídicos e históricos, con el propósito de lograr el nivel más alto posible de salud y ausencia de enfermedad en la población en general y en los individuos".

La investigación en salud mental y adicciones está dentro de la investigación en salud; tan es así que, cada vez más, es recomendable que las investigaciones sean biopsicosociales y en relación con factores ambientales, sociales, económicos y otros.

Una mirada de la investigación desde la perspectiva de Derechos

Un enfoque de la salud basado en los derechos humanos ofrece estrategias y soluciones que permitan afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas que suelen ser aspectos centrales de la inequidad en los resultados sanitarios.

[18] Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Política de Investigación para la Salud (Documento CD49/10 y Resolución CD49.R10), 49° Consejo Directivo, 61° Sesión del Comité Regional, octubre de 2009. http://www.paho.org/portalinvestigacion/ política

Se propone para la construcción de la Agenda un enfoque transversal desde la perspectiva de derechos humanos, en tanto que cualquier estrategia de salud que se formule desde esta mirada aportará a la mejora progresiva del acceso al derecho a la salud para todas las personas.

¿POR QUÉ Y PARA QUÉ TENER UNA AGENDA DE PRIORIDADES EN INVESTIGACION SOBRE ADICCIONES?

Para que una agenda de investigación cumpla su rol de gestión del conocimiento en el ámbito de drogas, debe partir de unos presupuestos previos sin los cuales difícilmente podrá llegar a ser de utilidad. Las agendas son útiles si cumplen:

-. Son flexibles
-. Permiten la respuesta a emergencias, coyunturas y realidades Locales.
-. Tienen vida útil.
-. Son construidas localmente.
-. Están ligadas al financiamiento.
-. Están adecuadamente priorizadas.
-. Se elaboran con rigor metodológico.
-. Tienen metas claras.
-. Ayudan a pensar.
-. Incluyen indicadores de monitoreo y evaluación.
-. Participan todos los sectores: público, privado, academia, Sociedad civil (poblaciones indígenas).
-. Reflejan la transversalidad de la investigación y temas.

No son útiles si:

-. Son muy amplias
-. Limitan el desarrollo de la ciencia y la creatividad del investigador.

¿Quién y cómo se debe liderar la agenda de investigación y fijar prioridades?

El Estado es el principal promotor para impulsar la agenda nacional de investigación ya que es una política de estado.
La autoridad sanitaria nacional convoca, ya que tiene la representatividad del estado, los recursos humanos y financieros, y el poder de convocatoria. Deben participar todos los estamentos del Sistema de Salud, sector Académico, Empresas, Sociedad Civil, Usuarios, Gerentes, Decisores.
La elaboración de una agenda nacional de investigación, si bien la lidera el estado (se entiende que desde el nivel central a el nivel descentralizado) debe ser un proceso compartido, aplicando metodologías participativas. Debe reflejar las prioridades en una agenda amplia, dinámica y flexible y factible en términos de presupuestos. Es importante que las prioridades se mantengan vigentes en todo el periodo.

PRINCIPIOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LAS DROGAS

1. Las investigaciones enmarcadas en la Agenda Nacional de Investigación en materia de adicciones (ANIMA) deben:

- ✓ Ser factible
- ✓ Estar diseñada con fundamento teórico
- ✓ Basar su fundamentación en la evidencia nacional existente siempre que sea posible
- ✓ Determinar un plazo adecuado para su planificación, ejecución y difusión
- ✓ Estar en correspondencia con las políticas, planes y programas
- ✓ Ser ético y sensible a las necesidades de la población

2. La investigación debe orientarse a reducir las brechas de conocimiento sobre la problemática de las drogas, fortaleciendo las políticas y actuaciones.

3. La investigación debe propiciar el trabajo articulado interinstitucional y multidisciplinario, desplegando a su vez mecanismos participativos donde se implique a las partes interesadas, incluyendo a la comunidad.

4. La investigación incorporará estrategias para la difusión de sus resultados.

5. La investigación deberá asumir una orientación traslacional (traducción de los nuevos hallazgos de investigación en aplicaciones concretas para las políticas e intervenciones).

6. En función de sus objetivos y naturaleza de los fenómenos a explorar, la investigación debe ser flexible a la utilización de metodología cuantitativa, cualitativa y mixta.

PROCESO PARA LA DEFINICIÓN DE PRIORIDADES DE INVESTIGACION EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL

Esta propuesta parte de la consideración de que se deben definir las prioridades en un proceso participado que permita delimitar los intereses de todas las partes. Las limitaciones de movilidad han hecho imposible poder realizar un proceso participado para definir las prioridades. En cualquier caso, las propuestas de prioridades están basadas en necesidades detectadas en sesiones con el programa de salud mental y adicciones del Ministerio de salud. Así mismo, los contactos con la Dirección General de Ciencia y Tecnología han permitido iniciar un proceso de creación de la agenda nacional en coordinación con la política nacional de investigación.

METODOLOGÍA PARA LA DEFINICIÓN DE LAS LÍNEAS DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Pasamos a proponer una metodología de definición de prioridades de investigación en salud mental y adicciones que puede ser de utilidad para definir una agenda de investigación. Existen varios métodos que se pueden encontrar en publicaciones ah hoc para este tema como por ejemplo lo propuesto por el COHRED (Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo-Council on Health Research for Development; COHRED)[19]. Se proponen herramientas de administración, métodos y técnicas existentes para la definición de prioridades, documentos de referencia y ejemplos de países.

CINCO PASOS PARA DEFINIR PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL

1. Magnitud del problema

[19] Definición de prioridades en investigación para la salud: un proceso de gestión para los países). Montorzi G, de Haan S, IJsselmuiden C. Council on Health Research for Development (Consejo de Investigación en Salud para el Desarrollo; COHRED); 2010.

•Describir la magnitud del problema o de la situación de salud mental y adicciones utilizándose métodos registrados: carga de la enfermedad, mortalidad, morbilidad, letalidad, deficiencia, inequidad;
•Describir cuáles son las tendencias epidemiológicas (si se conocen)

2. Determinantes y factores de riesgo

2.1. Analizar y describir los determinantes y los factores de riesgo por los cuales el problema persiste:

A nivel individual, familiar y comunitario

- individual: considerar aspectos genéticos, exposición a los riesgos a la salud mental y adicciones, comportamientos de riesgo;
- familia: capacidad de los padres, patrones educativos, factores de vulnerabilidad, violencia doméstica;
- comunitario: educación, saneamiento, vivienda, cuestiones sociales (violencia urbana, discriminación) condiciones de trabajo, desempleo;

Políticas del Ministerio de Salud y otras instituciones de salud y sistemas y servicios de salud:

1. Prevención en salud mental y adicciones
2. Legislación en salud mental y adicciones: control de la oferta, control del alcohol y drogas en tránsito; estreses ambientales.
3. Hábitos saludables
4. Promoción de la salud y calidad de la vida
5. Políticas de grupos de alto riesgo y marginalidad (refugiados, inmigrantes, minorías)
6. Financiamiento para la investigación en salud mental y adicciones
7. organización del sistema de salud mental y adicciones (nivel de atención, público y privado)
8. Atención a la salud mental y adicciones y calidad de los servicios: acciones de prevención y promoción de la salud, rehabilitación y reinserción.
9. Cobertura y acceso: geográfica, financiera, social, étnico y cultural

Políticas gubernamentales: medio ambiente (polución); transporte e infraestructura (acceso al agua, saneamiento básico); empleo y condiciones de trabajo; seguridad; educación

Otros sectores con impacto en la salud: relacionadas a actividades económicas.

3. Conocimiento actual

- Evaluar el conocimiento disponible para describir las estrategias o intervenciones disponibles para resolver los problemas de salud mental y adicciones, reducir o eliminar el factor de riesgo.
- Cuáles son los desafíos para el control de los factores de riesgo o el problema de salud mental y adicciones?

4. Posible impacto de la investigación

- ¿Cuáles son las posibilidades de encontrar soluciones?
- ¿Cuáles son las prioridades de investigación necesarias para enfrentar estos problemas de salud mental ya dicciones, y los desafíos?
- ¿Cuáles deben ser las prioridades específicas de Investigación de la próxima del Minsalud?
- Efecto en la equidad, justicia social, aceptabilidad ética, política, social y cultural

5. Recursos

- Identificar la cantidad de recursos humanos y financieros actualmente disponibles para invertir en investigación en un grupo de enfermedades y factores de riesgo, un trastorno específico o para los factores de riesgo.

Aspectos operacionales del financiamiento

1. ¿Qué recomendaciones haría al Minsalud sobre estrategias de financiamiento?
2. ¿Deben ser proyectos de investigación de pequeño, mediano o gran porte?
3. ¿Debe apoyarse principalmente proyectos de un grupo o de varios grupos de investigadores/ institucionales?
4. ¿Apoyo a grupos emergentes?

FOMENTO E INCENTIVOS PARA ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE ADICCIONES.

En otro momento se ha señalado la importancia de mantener una adecuada calidad técnica en los programas de prevención de salud
mental y adicciones; así como la calidad de los tratamientos mediante una continua actualización de las mejores prácticas según los estudios de eficacia y eficiencia. En salud mental y adicciones hay un conocimiento limitado sobre la epidemiologia en población general de Bolivia. No se conoce bien los problemas más prevalentes en la población, ni la incidencia en los servicios de atención. De aquí, que la realización de estudios sobre morbilidad sea necesario e imperioso. Desde otra vertiente hay muchos interrogantes sobre la eficacia en terreno de programas y técnicas que han probado su eficacia en otros contextos, pero que no se han validado en contextos específicos y culturas, y situaciones psicosociales. Del mismo modo, se sabe más bien poco sobre lo que funciona mejor para mujer u hombre en los programas de prevención por las diferencias que hemos visto en otro apartado más arriba. Del mismo modo sobre los tratamientos clínicos sobre salud mental y adicciones.
En otro orden de prioridades, para un sistema de atención para la salud mental y adicciones, la extensión territorial y el trabajo en poblaciones específicas, hace necesario conocer más sobre como trabajar en poblaciones indígenas, en situaciones de gran vulnerabilidad, poblaciones especiales como LGBTI, trabajadoras sexuales.

El enfoque comunitario también impone retos sobre cómo articular programas compactados de desarrollo que obtengan resultados en términos de mejor salud biopsicosocial y cultural.

Todos estos vacíos de conocimiento hacen realmente importante los Sistemas de Información sobre la salud mental y adicciones, y la estrategia de estudios e investigación.

Recientemente los Nobel de economía Esther Duflo, Abhijit Banerjee y Michael Kremer han puesto en evidencia que las políticas de desarrollo, entre ellas el desarrollo de servicios de salud y desarrollo comunitario no
se pueden apoyar solo en teorías, sino que se deben conjugar con ensayos sobre su impacto real y medirlo. Este planteamiento es el que se propone como mejora continua de la calidad.

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La investigación y los estudios sobre salud mental y adicciones debe ir ligada a la calidad de propio sistema de tratamiento de salud mental y adicciones. Para ello, se propone el órgano que debe articular
la calidad asistencial sea: la **Comisión de calidad del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de las Adicciones y la Salud Mental.**
Entre las funciones que puede asumir con relación a la investigación y estudios estarían:

- Establecer las líneas estratégicas de la investigación en salud mental y adicciones.
- Formular la estrategia bianual de investigación y estudios conforme a las necesidades recogidas en las unidades y servicios de atención, y a las prioridades de búsqueda de eficacia y eficiencia en las prestaciones.
- Construir en su seno un **Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones** que asegure la corrección técnica de las propuestas de investigación que les lleguen, y el cumplimiento de los estándares éticos y legales de las mismas.
- Proponer la estrategia de alianzas para investigación con Universidades, centros de investigación, empresas privadas y públicas, para ser elevada al ministerio competente para articularse en forma de colaboraciones, convenios singulares, subvenciones competitivas a proyectos etc.
- Convocar subvenciones en concurrencia competitiva, premios e incentivos para la investigación que mejoren la calidad de la prevención y tratamiento de las adicciones.
- En particular; instaurar un premio sobre los estudios de género y salud mental y adicciones.
- Formular y difundir a todos los profesionales y entidades colaboradoras, los estándares de calidad científico-técnica para trabajo en prevención y tratamiento de salud mental y adicciones.
- Coordinar con la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación modificación de los criterios de acreditación de servicios de salud mental y adicciones conforme la consolidación
de las practicas preventivas y asistenciales por los estudios e investigaciones.
- Elaborar un mapa de recursos para la investigación en salud mental y de alianzas y fuentes de financiación.

LA FORMACION EN INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Una parte esencial de la política en investigación en salud mental y adicciones es la creación de una "cultura" de la investigación. Esto requiere que los profesionales adopten una mirada de curiosidad por su trabajo y generar una capacidad de hacerse preguntas de investigación pertinentes.
Para conseguir esto es esencial introducir en las necesidades de formación anual módulos de investigación con el fin de llegar a la meta de incrementar el número de personas que investigan en Salud Mental, apoyando la formación en metodología de la investigación, en todos los niveles de atención, haciendo especial énfasis en el nivel comunitario y lo tratamientos en CAIFC.

LINEAMIENTOS DE LA AGENDA NACIONAL DE INVESTIGACION EN ADICCIONES Y SALUD MENTAL.

Como se ha señalado antes, para poder desarrollar una agenda nacional de investigación en drogas y salud mental, hay que establecer las líneas directrices de la política de investigación. Estas líneas ponen las bases de una agenda nacional operativa y sostenible.

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.- 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 y con la profesionalización y especialización del personal sanitario. 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.

3.- La investigación en salud mental y adicciones está íntimamente 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.

4.- 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 y contextos específicos.

5.- 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.

6.- 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.

7.- 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.

8.- 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.

9.- 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.

10.- 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.

11.- 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.

LINEAS DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGIAS DE ESTUDIO RELEVANTES PARA LA INVESTIGACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

METODOS DE INVESTIGACIÓN MAS ADECUADOS PARA LA AGENDA DE INVESTIGACION

Antes de exponer la propuesta de líneas de investigación para la agenda nacional, debemos referirnos a las formas de investigación que es recomendable emplear para avanzar en resultados de mejora del conocimiento al rededor del uso de drogas.

Por orden de potencia de metodologías, la primera recomendación son los **estudios cuasi experimentales** porque se deben realizar en entornos naturales y no permiten aleatorización de sujetos. Es el método idóneo para dirimir efectos diferenciales de tratamientos y programas, para estudiar cohortes de pacientes en el tiempo o en un momento dado. Este tipo de diseños sería de elección siempre que sea posible en estos casos. Es el método idóneo de mejora de la calidad técnica de la prevención y la atención de la salud mental y adicciones.

Las características y ventajas de estos son:

1.- Existe una exposición, una respuesta y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien no existe grupo control propiamente dicho.

2.- Alternativas en su diseño según necesidades: puede tener controles históricos, puede ser una comparación antes de la intervención y posterior a esta y puede haber un grupo de control externo.

3.- La principal diferencia con los experimentales consiste en que no hay aleatorización en la distribución de los sujetos en los grupos.

4.- En estos estudios no existe un control absoluto de todas las variables relevantes debido a la falta de aleatorización, por lo que son más vulnerables a los sesgos. Esto intenta evitarse realizando estudios de equivalencia entre los dos grupos en estudio para asegurar que sean lo más homogéneos posible.

5.- Su principal ventaja es que resultan más sencillos y económicos de realizar que los estudios experimentales.

6.- Es la única forma de realizar el estudio cuando no es posible llevar a cabo una asignación aleatoria, o cuando es preciso realizarlo en condiciones naturales.

7.- Limitaciones: son muy susceptibles de presentar sesgos, especialmente de selección y confusión. Además, el uso de grupos ya formados puede comprometer su validez externa y comprometer la aplicabilidad de los resultados. Otro inconveniente es el riesgo de presentar efecto placebo y efecto Hawtorne, lo que puede minimizarse consiguiendo que los sujetos participen en el estudio sin ser conscientes de la intervención a la que son sometidos.

El uso de **métodos de encuesta** es de interés para obtener perfiles de consumo de sustancias, para recabar la prevalencia de trastornos mentales en poblaciones, para obtener descripciones y asociación de variables de interés sobre uso de drogas, por ejemplo; hacer perfiles de consumidores, entre otras utilidades. Su limitación fundamental es referida a la selección de muestras para llegar a poblaciones cuya variable de estudio es poco prevalente en población de estudio; y que no se conocen los mecanismos que explican resultados obtenidos solo se ofrece asociación de variables.

Entre sus características se pueden destacar las siguientes:

1. La información se obtiene mediante una observación indirecta de los hechos, a través de las manifestaciones realizadas por los encuestados, por lo que cabe la posibilidad de que la información obtenida no siempre refleje la realidad.
2. La encuesta permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras.
3. El interés del investigador no es el sujeto concreto que contesta el cuestionario, sino la población a la que pertenece; de ahí, como se ha mencionado, la necesidad de utilizar técnicas de muestreo apropiadas.
4. Permite la obtención de datos sobre una gran variedad de temas.

5. La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que faculta hacer comparaciones intragrupales.

El método de encuestas para para estimar las prevalencias de consumo de diferentes sustancias psicotrópicas es muy habitual entre los países de la región y en Bolivia igualmente. Sin embargo, cada vez hay más planteamientos que alzan la voz por la carencia de validez como método de estimación de los usos y consumos de las drogas. En especial las referidas a sustancias de consumo más minoritario e ilegal.
Si bien es un método útil para estimar el uso de sustancias como el alcohol, tabaco y marihuana por ser su consumo es extendido, no es válido desde el punto de vista estadístico para medir los consumos de las drogas ilegales. E incluso la marihuana que, como digo, es de uso bastante prevalente, el hecho de que, en un contexto como el boliviano, este penado el consumo y la tenencia, plantea serias limitaciones de la validez debidas a la ocultación de las respuestas.
Un sistema de información mucho más útil y eficaz para evaluar políticas, y que se enfoque en el conocimiento de problema del uso de drogas y sus consecuencias en salud, sociales y en desarrollo, usar indicadores de morbilidad y mortalidad, de impacto en los servicios de salud y sociales, de comportamientos de riesgo, y de variables de desarrollo económico y social, es lo recomendable.

El uso de encuestas de consumo y aspectos relacionados con ello pueden ser útiles cuando se enmarcan en políticas de promoción de hábitos saludables de vida. Estudiar los hábitos nocivos para la salud de uso de sustancias psicoactivas, junto con otros malos hábitos como la alimentación, el sedentarismo, y la salud sexual y reproductiva de riesgo; es una buena forma de estudiar las sustancias psicoactivas. Esto quiere decir que, en la medida que se estudie el uso de drogas (legales o no) y sus consecuencias, dentro de encuestas y metodologías que aborden el tema integrado dentro del conjunto de temas de salud pública, se podrá obtener datos más fidedignos. Además de que se "normaliza" el estudio de las sustancias psicoactivas como un asunto más de la salud pública y la promoción de la salud.
Dicho esto, solamente si se hacen encuestas desde este presupuesto se pueden considerar como de interés para esta propuesta de SIISSD.

Añadido a esto, hay otro requisito necesario para poder validar un estudio de encuesta, y es que el Comité de Estudios e investigación en Salud Mental y adicciones, propuesto en como ente encargado de la calidad de la investigación en salud mental y adicciones dentro de la Agenda Nacional de Investigación, debe informar favorablemente el

diseño del estudio, la metodología, la preservación de la ética de los estudios y ensayos clínicos, y los fines para los que se va a utilizar la información.

Por todo ello, de ahora en adelante en el documento del SIISSD, cuando se hable de encuestas de prevalencia de uso de drogas y aspectos relacionados, habrá que tener en cuenta lo dicho aquí como condiciones necesarias para llevar a cabo este tipo de estudios y también el uso de indicadores de este tipo en el SIISSD.

Los **métodos cualitativos** de investigación se usan para profundizar en los determinantes que están detrás de hechos observados. Por ejemplo: sabemos con datos que un 40% de mujeres abandona su tratamiento de adicción, pero no sabemos por qué: el método cualitativo nos dará luz sobre lo que explica ese hecho.
La investigación cualitativa es inductiva (los conceptos se desarrollan a partir de los datos recopilados) y se enfoca no sólo en los individuos sino en el contexto que habitan. Asimismo, los estudios cualitativos requieren que los investigadores aparten sus propias creencias para valorar las opiniones y acciones de los participantes, además de reconocer el efecto de su labor sobre los entornos estudiados y los participantes.

La metodología cualitativa es pertinente para estudios que buscan recolectar datos descriptivos, que no están guiados por hipótesis rígidas, sino que son más bien exploratorios, flexibles, y que tienen por objetivo conocer el contexto de los individuos para entender los hechos sociales desde sus perspectivas.

Las Técnicas más útiles serán:

1.- Observación Participante.
2.- Entrevista individual.
3.- Focus Group – Entrevista Grupal-.
4.- Técnicas de acceso a poblaciones ocultas o de difícil acceso (usuarios de drogas de poco acceso, menores en riesgo, …)
5.- Muestreo no probabilístico "bola de nieve": El muestreo por bola de nieve es una técnica de muestreo no probabilística en la que los individuos seleccionados para ser estudiados reclutan a nuevos participantes entre sus conocidos. Se usa igualmente en poblaciones de difícil acceso. Entre sus ventajas la bola de nieve nos permite, parcialmente y dependiendo del caso, estimar el tamaño de una población, así como conocer aspectos centrales de los grupos como tipos de vínculos y espacios de sociabilidad frecuentes entre individuos.

PROPUESTA DE LINEAS DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Seguidamente expone líneas de investigación que se podrían desarrollar progresivamente mediante la agenda de investigación.
Para la formulación de las líneas de investigación se ha seguido una lógica de agrupación por áreas de interés susceptibles de ser investigadas.
Por otro lado, hay que señalar que la propuesta de agenda de investigación está centrada en el ámbito del conocimiento de la realidad del consumo y de los determinantes del mismo, factores de riesgo y vulnerabilidad, y abordaje de los consumos; dejando a un lado lo referido a reducción de la oferta y todo lo que rodea a ella. Esto es relevante ya que no se han incluido temas de investigación como los referidos a desarrollo alternativo al cultivo de drogas ilegales y temas relacionados. Tampoco se han incluido temas de interdicción y sanciones, por ser parte del control de la oferta igualmente.

LINEA 1: SOBRE DESARROLLO DE INTERVENCION DE BASE COMUNITARIA

Se entiende por tratamientos de base comunitaria (CBT) como el conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos organizados en un proceso que tiene como fin el mejoramiento de las condiciones de vida de los consumidores de drogas en una situación de exclusión social, y el mejoramiento de las condiciones de vida en las comunidades locales en las cuales ellos viven y los operadores trabajan. Sin embargo, este concepto tal y como lo entendemos aquí, se dirige no solo a contextos de alto riesgo y vulnerabilidad para la mejora de calidad de vida y empoderamiento de comunidades.
La comunidad entendida como personas que comparten un territorio y que crean redes de apoyo, y que se relacionan virtualmente también a través de las redes sociales, no son necesariamente de riesgo, pero si están es situaciones de vulnerabilidad por sufrir, en ocasiones una gran presión ambiental hacia el consumo especialmente de drogas legales como alcohol, tabaco y psicofármacos sin receta.

Este tipo de trabajo comunitario es la esencia del nuevo enfoque de la salud mental y adicciones. Tanto desde al primer nivel de salud como desde los dispositivos de atención comunitaria CAIFC.

Hay que tener en cuenta que la metodología idónea para este ámbito es la cualitativa como se comentó anteriormente.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Diagnósticos de recursos relacionados con la salud mental y adicciones de la comunidad: para proveer cuidados, nivel de empoderamiento, procesos de participación y apropiación comunitarios, lideres informales.

2.- Diagnostico de las redes y nodos relacionados con inicio de consumo de drogas y con la continuidad de este.

3.- Estudio de las representaciones sociales sobre las drogas, riesgos y conceptos relacionados, en zonas de riesgo y entornos específicos (policial, indígena, genero, adolescentes y jóvenes, familias, industria del ocio nocturno, …)

4.- Diagnóstico de factores de riesgo de ambientales y de contexto que promueven el consumo abusivo de alcohol.

5.- Estudio de la exposición a estrategias de industria tabaquera hacia los adolescentes y jóvenes (cigarrillos, cigarrillos electrónicos)

6.- Evaluaciones de impacto de los programas de tratamiento de base comunitaria.

7.- Estudios del impacto de la regulación sobre drogas ilegales en el consumo y en los riesgos derivados de dicha regulación en comunidades específicas vulnerables.

8.- Estudios de impacto de la regulación del alcohol y del tabaco y su control sobre el consumo.

LINEA 2: SOBRE ESTRUCTURA Y CONDICIONES FISICAS Y AMBIENTALES, Y ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO Y DEL SISTEMA DE INFORMACION SOBRE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

El diseño de los centros de tratamiento específicos de salud mental su ubicación física en lugares independientes del primer nivel de salud o en el mismo centro de salud, son, por poner un ejemplo concreto, variables que pueden tener mucha influencia a la hora de conseguir objetivos de la política de salud mental comunitaria. Los horarios de atención influyen la accesibilidad de grupos como mujeres o poblaciones vulnerables. La existencia de programas domiciliarios o en la comunidad para llegar a las poblaciones que no acuden a los centros. En "nudo gordiano" de esta línea es adaptar los servicios a las necesidades de la población. Eliminar barreras de acceso de la mujer. Diseñar dispositivos para adolescentes y jóvenes que faciliten su uso, dado que esta

población no frecuenta los servicios de atención con relación a otros grupos etarios. Adaptar los servicios a la idiosincrasia de las poblaciones indígenas o muy marginales.

La recopilación de la actividad asistencial y sobre los usuarios de los centros y programas, es una fuente de investigación y estudios para poder reprogramar acciones, estrategias, programas en función de lo que llega a tratamiento.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios de mejora de condiciones físicas y organizativas para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud mental y adicciones. Teniendo en cuenta las barreras de género, vulnerabilidad, culturales y otras.

2.- Diseño de consultas para jóvenes que favorezcan el acceso a los programas de prevención y de tratamiento.

3.- Diseño de servicios de salud mental y adicciones que minimicen las barreras para el acceso de la mujer.

4.- Estudio de estrategias de coordinación con el primer nivel de salud, con la comunidad, y centros especiales como los de privados de libertad, los centros o programas de rehabilitación y de reinserción.

5.- Estudios sobre los perfiles epidemiológicos, cargas de trabajo generadas, y estudios de coste efectividad de programas de tratamiento, recogidos por los sistemas de información de salud mental y adicciones.
6.- Estudios de eficacia para el uso de tecnologías de la información y comunicación en el tratamiento a distancia de problemas de salud mental y adicciones, en poblaciones de núcleos asilados o de difícil acceso a centros de tratamiento.

LINEA 3: SOBRE PROGRAMAS PREVENTIVOS DE SALUD PUBLICA EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Esta línea de investigación se refiere al conocimiento de la eficacia de los programas de prevención en contextos concretos y manejando diferentes variables de interés como en género, vulnerabilidad, TICs. Y se trata de estudiar los contextos clásicos de la prevención: escuela, familia, medio laboral y contextos comunitarios.
La salud pública debe liderar la prevención universal, selectiva e indicada en adicciones mediante programas contrastados en su efectividad y teniendo en cuenta los costes.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios de efectividad y eficiencia de programas preventivos en condiciones reales, validación de programas ya contrastados.

2.- Estudios para la mejorar la reducción de la disponibilidad de bebidas alcohólicas.

3.- Validación de intervenciones comunitarias en salud mental y uso de drogas sobre prevención selectiva e indicada.

4.- Estudios de prevención en el medio laboral dirigidos a reducir la siniestrabilidad por uso de alcohol y otras drogas.

5.- Estrategias preventivas para poblaciones indígenas.

6.- Estudio de Impacto de programas de apoyo a prisiones en promoción y prevención, tratamientos de adiciones y salud mental, y reinserción social.

7.- Estudios sobre la efectividad de programas de prevención basado en las tecnologías de la información y comunicación y redes sociales.

LINEA 4: SOBRE PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑOS

No hay evaluaciones sistemáticas de estrategias de reducción de daños más allá de las revisiones sobre programas referidos a opiáceos y uso de sustitutivos, programas de intercambio de jeringuillas y el impacto en el VIH-SIDA y las infecciosas en general. Tampoco estudios de reducción de daños en uso de pasta base o cocaína.
Por ello es muy pertinente una línea de estudios sobre reducción de daños en uso de alcohol, máxime cuando es una sustancia legal y de uso muy extendido social y culturalmente. Ejemplo de contextos de uso como:

- Conducción de Vehículos.
- En contextos de celebraciones en que se promueve el consumo incluso.
- En contextos deportivos para reducir riesgos de violencia.
- En contextos de familia y pareja por violencia de genero.
- En jóvenes por riesgo de embarazos no deseados.
- En el ámbito de la hostelería en venta responsable.
- En contextos de ocio y diversión en jóvenes donde hay consumos.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios sobre impacto de programas de consumo seguro, y ensayo de medidas para disminuir enfermedades infecciosas sobre la salud.

2.- Estudios de alternativas al uso de pasta base mediante uso de hoja de coca como reducción de daños, y otras alternativas de reducción de daños.

3.- Estudios de programas de reducción de daños por alcohol en entornos como la conducción, ocio nocturno, entornos festivos.

4.- Impacto de los programas de apoyo a prisiones en reducción de daños.

5.- Pilotaje y evaluación de impacto de programas comunitarios en poblaciones de riesgo y contextos especiales sobre reducción de daños (lugares de consumo controlado, dispensación de preservativos, kits de consumo seguro...)

LINEA 5: SOBRE PROGRAMAS DE PREVENCION Y TRATAMIENTO CON PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La adopción de una perspectiva de género en salud mental y adicciones significa varias cosas a conseguir, entre ella están:

· incorporar la perspectiva de género en las actuaciones, los programas, las actuaciones y las políticas de salud mental y drogas.
· Sensibilizar y mejorar los conocimientos en perspectiva de género de los agentes implicados en el Sistema Comunitario de atención de las adicciones y la salud mental.
· Adecuar el material y el contenido de los programas, integrando la perspectiva de género de forma transversal.
· Sensibilizar a los profesionales que participan del Sistema Comunitario de atención de las adicciones y la salud mental y mandos directivos y planificadores en mejorar sus competencias para incorporar la perspectiva de género en la prevención y tratamiento de la salud mental y adicciones.
· Mejorar la atención de las mujeres atendidas en los diferentes programas de salud mental y adicciones y reinserción social, así como en los programas de prevención del delito, de adolescentes y jóvenes en vulnerables, y cualesquiera que se elaboren dentro de los CAIFC, de intervención (minimizar los sesgos en el tratamiento: barreras de acceso y mantenimiento) y evitar desigualdades en el tratamiento.

Todo ello precisa un programa de investigación sobre género en prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción; además de las barreras de acceso.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios en el terreno de variables diferenciales en cuanto a factores de riesgo entre chicas y chicos sobre salud mental y el abuso de alcohol y otras drogas.

2.- Estudios sobre barreras para el acceso a programas de prevención y programas de tratamiento, y ensayo de medias alternativas.

3.- Estudios clínicos sobre modelos de tratamiento con perspectiva de género.

4.- Comparar los resultados de los programas basados en la evidencia en función del género para determinar cómo mejorar la eficacia de los programas de prevención para las chicas y los chicos, puesto que existe evidencia de que su efectividad y/o efectos preventivos pueden ser diferentes.

5.- Como sigue constatándose un aumento en la iniciación y el uso de distintas drogas entre las chicas, es muy importante aumentar la investigación sobre los enfoques específicos de género en el uso indebido de sustancias, poniendo un mayor énfasis en el desarrollo de modelos y programas etiológicos basados en el género y la difusión de las intervenciones preventivas eficaces para las chicas y para los chicos.

6.- Debe profundizarse en la investigación dirigida a identificar las estrategias preventivas que resultan más efectivas con las chicas y los chicos adolescentes, estableciendo la idoneidad o no de desarrollar programas específicos de género o programas mixtos comunes para chicas y chicos.

7.- Es necesario investigar sobre el impacto que distintas medidas dirigidas reducir la oferta de drogas (desarrollos normativos, políticas fiscales y de precios en relación con las bebidas alcohólicas y el tabaco, etc.) tienen en hombres y mujeres.

8.- Estudios de perspectiva de género para la planificación de programas preventivos en todos sus componentes: Evaluación de necesidades, diseño e implementación y evaluación.

9.- Diseño y evaluación de programas específicos de género para las mujeres que se centren en la promoción de la unión familiar, la comunicación y la supervisión de los hijos, así como en el reconocimiento de las funciones cruciales de la imagen corporal, depresión y asertividad social, como precursores de los consumos de drogas femeninos.

LINEA 6: SOBRE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Es importante conocer la realidad de las técnicas terapéuticas que usan los profesionales de salud mental y adicciones dado que en Bolivia se desconoce. Por otor lado, saber los perfiles de los profesionales que trabajan y el número es importante para saber el punto de partida en los recursos humanos. La investigación debe ligarse a la práctica clínica para mejorar la eficacia y también la eficiencia. Es sabido que procedimientos muy largos pueden no ser viables en un sistema público por demasiado costoso. Asimismo, es preciso conocer que técnicas que se usan eficaces en teoría, pueden no funcionar en contextos reales y poblaciones especiales.
Preservar la calidad científico-técnica de los tratamientos y posibilitar que los profesionales utilicen las mejores prácticas actualizadas en todo momento son claves de esta línea de investigación.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios de adaptación de los programas de tratamiento a población indígena.

2.- Estudios de evaluación de programas de tratamiento de salud mental y adicciones para poblaciones vulnerables.

3.- Estudios de eficacia de tratamientos en circunstancias reales.

4.- Estudios sobre tratamientos de salud mental y adicciones desde la perspectiva de género.

5.- Elaboración de protocolos clínicos modelados en la evidencia científica.

6.- Estudios de eficiencia de tratamientos para la toma de decisiones sobre recomendaciones clínicas.

7.- Relevamiento de información acerca de modalidades de tratamientos por patologías, y características de estos, para obtener un mapa de situación, referida a la

calidad científico-técnica en la práctica clínica8.- Estudios sobre estigma y discriminación en personas drogodependientes.

9.- Estudios de validez y fiabilidad en contexto boliviano de instrumentos de evaluación psicopatológica.

10.- Estudios sobre las representaciones sociales sobre las adicciones en responsables políticos y referentes institucionales, los profesionales de los servicios de salud, y población general.

LINEA 7: SOBRE PROGRAMAS DE REHABILITACION Y REINSERCION

Se puede decir que sin rehabilitación y reinserción no se culmina realmente el proceso terapéutico, de aquí su importancia en las líneas de investigación. Lamentablemente no es el ámbito más estudiado.
Por ello, esta línea es una puerta a la evaluación de los programas de esta finalidad.

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios sobre componentes de los programas de reinserción eficaces, para mejorar la persistencia de resultados en el tiempo.

2.- Ex privados de libertad y variables críticas de reinserción.

3.- Componentes de los programas de reinserción socio laboral eficaces con perspectiva de género.

4.- Componentes de programas de reinserción sociolaboral de jóvenes infractores.

5.- Estudios sobre el peso de los componentes de los programas de rehabilitación psicosocial, en la efectividad de los mismos: programas de rehabilitación cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, desarrollo de habilidades de la vida diaria, psicoeducación personal y familiar y rehabilitación vocacional; para conseguir más adherencia y más eficacia a largo plazo.

6.- Evaluación de las estrategias terapéuticas con base comunitaria cuyo foco es la reinserción social.

LINEA 8: SOBRE LAS ACTUACIONES DE PREVENCION, TRATAMIENTO, REHABILITACION Y REINSERCIÓN DESDE EL NIVEL DESCENTRALIZADO

El nivel departamental y municipal son esenciales en la implementación del sistema comunitario de atención a las adicciones y la salud mental (SCATASM). Pero dicha territorialización presenta múltiples retos que van desde lo administrativo descentralizado, hasta el conocimiento de la realidad de los problemas de salud mental y adicciones en una zona concreta, conocimiento de situaciones de vulnerabilidad, conocimiento de los programas activos de promoción, prevención, tratamientos y reinserción

Desde este presupuesto las líneas de investigación serian:

1.- Estudios de variables de desarrollo comunitario y el uso de drogas.

2.- Estudios de las condiciones ambientales (regulaciones municipales de bares y licencia de ventas de alcohol y tabaco, control de venta, publicidad)

3.- Estudios epidemiológicos de consumo de drogas y salud mental en territorio.

4.- Mapeo de los recursos e ítems municipales y departamentales de prevención, tratamiento y reinserción de adicciones y salud mental.

5.- Estudio de las necesidades de capacitación en ámbito municipal y departamental.

LINEA 9: EPIDEMIOLOGÍA DE CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS ILEGALES.

1. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población universitaria.

2. Epidemiología del consumo de drogas en jóvenes que residen en zonas cocaleras.

3. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adultos mayores.

4. Análisis del consumo y características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en la población LGTB (lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero).

5. Estudio de la prescripción de opioides y fármacos para el dolor por usuarios de consulta externa y en emergencia.

6. Estudio del uso de psicofármacos sin receta en la población

7. Epidemiología de uso de juegos de azar y apuestas en jóvenes y población general.

8. Estudio de la prescripción de tranquilizantes e hipnóticos para la población que acude a consultas médicas.

9. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en contextos de ocio nocturno.

10. Estimación de la prevalencia de personas con problemas de salud mental y de adicción a nivel nacional y regional.

11. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en adolescentes infractores.

12. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población privada de libertad.

13. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el medio laboral.

14. Epidemiología del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en el medio rural.

CONSIDERACIONES PARA LA IMPLANTACION DE UNA POLITICA DE INVESTIGACION EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

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.- 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.

3.- La investigación en salud mental y adicciones está intima 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.

4.- 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.

5.- 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.

6.- 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.

7.- 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.

8.- 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.

9.- 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.

10.- 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.

11.- La Agenda de investigación es necesario que se desarrolle en íntima relación con la academia. Mediante a cuerdos 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.

12.- 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.

13.- 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.

PLANIFICACION OPERATIVA DE LA POLITICA DE GESTION DEL CONOCIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

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

OBJETIVO GENERAL 1

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

JUSTIFICACION

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

Conforme se ha puesto de manifiesto en economía de la desigualdad y el desarrollo, es preciso generar una investigación aplicada sobre las prácticas y programas de prevención, tratamiento y reinserción, desde un enfoque cuasi experimental. A través de una programación de investigaciones sobre el terreno que nos permita identificar que prácticas son exitosas y eficientes, podremos creas un ciclo continuo de mejora de la calidad y un ahorro de costes.
Por otro lado, no hay una estimación de la prevalencia poblacional de los trastornos de salud mental más relevantes, por lo que es preciso elaborar un estudio ad hoc. Del mismo modo, para las adicciones que deben complementar los estudios cuantitativos con cualitativos para enriquecer los resultados.

ACCIONES

1.1.- Incorporar en todo el territorio, la habilitación y acreditación de centros y servicios de atención a las adicciones y la salud mental en los tres niveles de atención

Horizonte temporal: primera fase primera mitad de 2021. Redacción y aprobación de la normativa para final de 2021. Capacitaciones finalizadas en primer semestre de 2022. Difusión realizada a final de primer semestre de 2022. Segunda fase final 2023.

Agentes implicados: Ministerio de salud, SEDES departamentales, municipios.

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

1.2.- Puesta en marcha de un procedimiento de relevamiento de información, control y evaluación periódica de los programas y las practicas que se realizan en los centros y servicios de atención a las adicciones y la salud mental, para poder realizar transferencia de conocimiento, evaluar la eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios en prevención y tratamiento.

Horizonte temporal: final 2022.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, municipios.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

De proceso:

IP-1.1.1.- Para final de 2021, existencia de un documento de normativa y reglamento de habilitación y acreditación de centros y servicios de atención a la salud mental y adicciones en los tres niveles.

IP-1.1.2.- Existencia de un procedimiento de solicitud y gestión para dichos actos administrativos en cada una de los SEDES departamentales.

IP-1.1.3.- Para final de 2022 estarán habilitados y acreditados un 50% de los centros públicos y privados de atención a las adicciones y la salud mental.

IP-1.2.1.- Para final de 2023, existencia de un documento de control de la calidad de los programas de abordaje de los consumos para cada uno de los niveles y servicios de atención, que establezca un procedimiento de control de aplicación de las buenas prácticas en clínica y prevención.

IP-1.2.2.-Para primer semestre de 2024, elaboración de una estrategia de territorialización del control de la calidad.

IP-1.2.3.- Para final de 2022, elaboración de una guía de buenas prácticas basadas en la evidencia para los trastornos más prevalentes en los CAIFC, Comunidades terapéuticas, y resto de dispositivos a atención en los tres niveles.

De resultado:

IR-1.1.1.- Incremento de la calidad percibida de la atención en salud mental y adicciones en los centros públicos y privados medido en escalas de satisfacción, a los seis meses y al año de implantación de los procedimientos.

IR-1.2.1.- Aumento de la adherencia a los tratamientos de salud mental y/o adicciones, reducción de duración de ingresos hospitalarios, respecto a línea base previa a la implantación. A los seis meses y al año.

IR-1.2.2.- Aumento de la satisfacción de los profesionales de salud mental y adicciones con el Sistema de calidad.

OBJETIVO GENERAL 2

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

JUSTIFICACIÓN

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

ACCIONES

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

Horizonte temporal: primer semestre 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los
procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

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

Horizonte temporal: primer semestre 2022.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones. Viceministerio de ciencia y tecnología.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

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

Horizonte temporal: último trimestre 2021.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

De proceso:

IP-2.1. Para mitad de 2021 estará constituida la Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.

IP-2.2. Para el primer semestre de 2022 estará elaborado el plan bianual de investigación experimental aplicada de Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, que contemple perspectivas de género y vulnerabilidad. Y así sucesivamente en los años, 2023 y 2024 de vigencia de este plan.

IP-2.3. Para final de 2021 se estará redactado y aprobado, y difundido entre los CAIFC y otros niveles de atención un procedimiento interno de traslado de evidencia científica en prevención y tratamiento sobre salud metal y adicciones en la práctica clínica.

De resultado:

IR-2.1. Para final de 2023 se habrá incrementada la percepción de la calidad de la atención en salud mental y adicciones en un 30% según escala de medida, respecto a línea base de 2021.

IR-2.2. Incremento de la percepción de mejora de la calidad de la atención en salud mental y adicción por parte de los profesionales del salud mental y adicciones, respecto a medición entre 2021 y 2023.

IR-2.3. Para el fin de 2023 el 80% de los profesionales de salud mental y adicciones, estarán usando las directrices de actualización de las técnicas preventivas y terapéuticas.

OBJETIVO GENERAL 3

Conocer la aproximación de la epidemiologia de la Salud mental y las adicciones en Bolivia, que permita generar series temporales.

JUSTIFICACION

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

ACCIONES

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

Horizonte temporal: último trimestre 2022-primer trimestre de 2023

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones. Universidades.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

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

Horizonte temporal: último trimestre 2022.

Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y Adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

- De proceso:

IP-3.1. Para primer semestre de 2022 estará elaborado de diseño de la investigación epidemiológica preparado para ser realizado.

IP-3.2. Para primer trimestre de 2023, estará implementado el estudio epidemiológico y con los resultados y conclusiones cara a la planificación de la prevención y el tratamiento de salud mental y adicciones.

IP-3.3. Para final de 2022 se habrá realizado un estudio sobre las barreras de accesibilidad a los centros de tratamiento de poblaciones vulnerables y de la mujer con perspectiva de género.

De resultado:

IR-3.1. Para final de 2023 se habrá mejorado la atención de la población de la salud mental y las adicciones, medida por la satisfacción de los usuarios respecto a mediciones de 2021.

OBJETIVO GENERAL 4

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

JUSTIFICACION

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

ACCIONES

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

Horizonte temporal: Último trimestre de 2021
Agentes implicados: Ministerio de Salud, SEDES, Universidades y Centros de investigación. Comisión de Investigación en Salud Mental y adicciones.

Estimación de costes: con lleva coste de tiempo de trabajo de técnicos de dichos ámbitos y tiempos de reunión para elaboración de los procedimientos. Costes de presentación todos los centros y servicios de los procedimientos.

INDICADORES

- De proceso

IP-4.1. Para primer trimestre de 2022 estará firmado el primero convenio con las universidades en materia de investigación.

IP-4.2. Para primer semestre de 2022 se habrá diseñado el primer estudio al amparo del acuerdo entre Ministerio de Salud y Universidades.

IP-4.3. Se pondrá en marcha para final de 2022 un acuerdo para la asistencia técnica para la actualización de la cartera de servicios de salud mental y adicciones, basada en la evidencia.

De resultado:

IR-4.1. Se habrá mejorado para 2023 en la satisfacción de los profesionales del Sistema Comunitario de Atención y Tratamiento de Adicciones y Salud Mental, el resultado de los tratamientos y programas preventivos, según una línea base de medida en 2021.