

Fomento a la construcción de capacidades en relación a las políticas públicas
apoyadas por Contratos de Reforma Sectorial (CRS) en Bolivia 2014/25

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

PRE-018 FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE ADICCIONES Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

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
Bruselas, diciembre 2022

Disclaimer:

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

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

Contrato N° DCI/LA/2017/392-699

Misión PRE-018: FORTALECIMIENTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL A TRAVÉS DE LA ESTRATEGIA INTEGRAL DE ADICCIONES Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EN REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA

Autor: CHRISTIAM ARCE VARGAS MAGNE

La Paz / Bruselas, 15 de diciembre de 2022

Consortio AGRER – DT GLOBAL – COWATER





TABLA DE CONTENIDO

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	6
JUSTIFICACIÓN	8
METODOLOGÍA	8
DISEÑO METODOLÓGICO	8
OBJETIVO GENERAL	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	10
ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	10
MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL.....	10
<i>Convención Única sobre estupefacientes (1961).....</i>	<i>10</i>
<i>UNGASS 2016 “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”.....</i>	<i>12</i>
<i>Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2016-2020.....</i>	<i>15</i>
<i>Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos.....</i>	<i>17</i>
MARCO NORMATIVO NACIONAL	18
<i>Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia</i>	<i>18</i>
<i>Ley No. 913 de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas.....</i>	<i>19</i>
<i>Ley No. 259 del “Control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas”</i>	<i>20</i>
<i>Ley No. 264 del “Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana”</i>	<i>20</i>
<i>Ley No. 3029 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”</i>	<i>20</i>
<i>Ley No. 1280 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”</i>	<i>20</i>
<i>Agenda Patriótica 2025.....</i>	<i>22</i>
<i>Plan de Desarrollo Económico y Social 2021 – 2025</i>	<i>22</i>
<i>Estrategia contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y control de la expansión de cultivos de coca 2021-2025.....</i>	<i>23</i>
<i>Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013 - 2017.....</i>	<i>24</i>
<i>Plan Plurinacional de Salud Mental para Vivir Bien 2021-2025</i>	<i>26</i>
<i>Otra normativa relacionada con la reducción de la demanda de drogas</i>	<i>27</i>
ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	27
<i>Consumo de sustancias psicoactivas en el mundo</i>	<i>28</i>
<i>Consumo de sustancias psicoactivas en Bolivia.....</i>	<i>28</i>
<i>Factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias psicoactivas.....</i>	<i>36</i>
RESPUESTA DEL ESTADO EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REINTEGRACIÓN	37
<i>Acciones de fortalecimiento institucional.....</i>	<i>37</i>
<i>Acciones en prevención del consumo de sustancias psicoactivas</i>	<i>40</i>
<i>Formación de recursos humanos.....</i>	<i>41</i>
<i>Acciones en tratamiento y reintegración de personas con hábitos adictivos y drogodependientes.....</i>	<i>42</i>
ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS	44
<i>Instituciones Públicas</i>	<i>44</i>
<i>Organizaciones de la Cooperación Internacional</i>	<i>49</i>



<i>Organizaciones No Gubernamentales</i>	52
ANÁLISIS DE MODELOS, METODOLOGÍAS Y ENFOQUES DE TRABAJO EN ADICCIONES	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
BIBLIOGRAFÍA	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1: Objetivos y acciones prioritarias de la Estrategia Hemisférica	16
Tabla No. 2: Relación de estudios epidemiológicos sobre drogas realizados en Bolivia	29
Tabla No. 3: Comparación de prevalencias de drogas lícitas en población general	31
Tabla No. 4: Comparación de prevalencias de drogas ilícitas en población general	32
Tabla No. 5: Prevalencias de consumo de drogas por tipo de población estudiada	32
Tabla No. 6: Nivel de riesgo ante el consumo de alcohol	33
Tabla No. 7: Nivel de riesgo ante el consumo de alcohol	33
Tabla No. 8: Prevalencias de sustancias psicoactivas en privados de libertad	34
Tabla No. 9: Personas en situación de calle de acuerdo con la ciudad y sexo	35
Tabla No. 10: Factores de riesgo y protección	37
Tabla No. 11: Atribuciones de los diferentes niveles del Estado	44
Tabla No. 12: Centros para drogodependientes de Santa Cruz (2021).....	52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Comparación de prevalencias de año de drogas lícitas en escolares	30
Gráfico No. 2: Comparación de prevalencias de año de drogas ilícitas en escolares	31
Gráfico No. 3: Centros de tratamiento en Bolivia (2011).....	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1: Ejes temáticos del PNRDD	25
Cuadro No. 2: Spot preventivo difundido en la gestión 2018	54
Cuadro No. 3: Fotografía de una movilización estudiantil	54



ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

AICS	Agencia Italiana para la Cooperación al Desarrollo
APS	Apoyo Presupuestario Sectorial
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CECASEM	Centro de Capacitación y Servicio para la Integración de la Mujer
CICAD	Comisión Interamericana Contar el Abuso de Drogas
CONALTID	Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas
DROSICAN	Proyecto de Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de Drogas Sintéticas
ECO2	Epistemología de Complejidad y Ética en la Comunidad
EGPP	Escuela de Gestión Pública Plurinacional
ELCNYRCEC	Estrategia de Lucha Contra el Narcotráfico y Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca
ETA	Entidad Territorial Autónoma
FELCN	Fuerza Especial de Lucha Contra el Narcotráfico
FUNDESOC	Fundación Boliviana para el Desarrollo Social
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IPTK	Instituto Politécnico Tomás Katari
IPTD	Instituto Portugués de Toxicodependencias
mhGAP	Programa de acción para superar las brechas en salud mental (por sus siglas en inglés)
NNA	Niñas, Niños y Adolescentes
NNASC	Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle
NNATS	Niñas, Niños y Adolescentes trabajadores
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito
ONUSIDA	Oficina de las Naciones Unidas para el SIDA
PRADICAN	Programa Anti-Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina



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 – Contrato n° DCI/LA/2017/392-699



PREDEM	Proyecto de Apoyo a la Reducción de la Demanda de Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina
PNRDD	Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas
PROCOSI	Programa de Coordinación en Salud Integral
PROFOCOM	El Programa de Formación Complementaria para Maestras y Maestros en Ejercicio
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDEGES	Servicio Departamental de Gestión Social
SC-CONALTID	Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas
TGN	Tesoro General de la Nación
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
UNEFCO	Unidad Especializada de Formación Continua
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFRANZ	Universidad Privada Franz Tamayo
UMSS	Universidad Mayor de San Simón
VIH/SIDA	Virus de Inmunodeficiencia adquirida/síndrome de Inmunodeficiencia adquirida



JUSTIFICACIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia trabaja desde hace décadas en temas relacionados con la reducción de la demanda de drogas. Desde la gestión 2006, que asume la presidencia Evo Morales Ayma, toda la política en relación con la lucha contra el narcotráfico, que incluye la reducción de la demanda de drogas, tiene un cambio trascendental, a partir de la nacionalización de la lucha contra el narcotráfico.

El tema de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes, antes de la gestión 2006, ha sido objeto de muchos cambios y visiones. Por ejemplo, en 1999 existía el Viceministerio de Prevención y Rehabilitación, dependiente del Ministerio de Gobierno, que posteriormente paso a ser una dirección y luego cambio al Ministerio de Salud para constituirse en una Unidad. Esta etapa, fuertemente influenciada por la Embajada de Estados Unidos de Norteamérica, contó con muchos recursos económicos, sin necesariamente obtener los resultados óptimos en cuanto a prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración se refiere.

No es hasta la gestión 2010, que el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas dependiente del Ministerio de Gobierno, en calidad de Secretaria Técnica del CONALTID, junto al Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, elaboran el primer Plan de Reducción de la Demanda de Drogas, sin injerencia política de otros países ni de la Cooperación Internacional, en un contexto, donde el accionar del Gobierno Nacional en la materia, estaba bastante fragmentado. Con muchos Ministerios y Viceministerios interviniendo en el hecho preventivo, también se notó y se nota hasta la fecha la dispersión de recursos humanos y económicos, siendo que el Ministerio de Salud es la instancia llamada constitucionalmente a dirigir y coordinar las acciones en reducción de la demanda de drogas en el país, con un enfoque de salud pública, respetando los derechos humanos y en el marco de la Política SAFCI.

En ese sentido, el Estado Plurinacional de Bolivia, acorde a los lineamientos internacionales en materia de Reducción de la Demanda de Drogas, desde la gestión 2010 potencia la implementación del enfoque de Salud Pública en el abordaje de la prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales y drogodependientes.

Considerando que *“La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a los procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios de nuestro país y de su diversidad: el proceso salud/enfermedad no tiene solamente causas, sino más bien determinantes. Esta conceptualización permite avanzar respecto a la definición que limita a la salud como <un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad> (OMS, 1946)”* (Plan Sectorial de Salud, 2010), el abordaje integral de salud desde el Estado, involucra todo el hecho preventivo de las adicciones. Esto, se ve reflejado en todo el marco normativo y político del Estado, relacionado con el sector de salud y los temas económico-sociales.

METODOLOGÍA

Diseño metodológico

La presente investigación fue realizada bajo la metodología de: ANÁLISIS SITUACIONAL, utilizando el siguiente diseño metodológico:



Análítico, observacional participativo, no experimental, cuali-cuantitativo

La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura lograr una descripción holística, es decir que analiza exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular.

Por otro lado, la investigación cuantitativa es aquella que, a través de la observación, traducida en datos numéricos, puede analizar, inferir o proyectar datos (Hernández R., Fernández C., Baptista P., 2006).

A diferencia de los estudios descriptivos, correlacionales o experimentales, más que determinar la relación de causa y efecto entre dos o más variables, se interesa más en analizar la dinámica del sujeto de investigación.

El análisis situacional se obtiene al describir y realizar un análisis crítico de los componentes socio-históricos, culturales y socio-demográficos de la población; de los riesgos personales, familiares y comunitarios para identificar sus interrelaciones y explicar una enfermedad o una situación social determinada (Pria MC., Louro I., Fariñas A., Gómez H., Segredo A., 2004); toma aspectos de la investigación etnográfica ya que ésta es un proceso sistemático de aproximación a una situación social, considerada de manera global en su propio contexto natural (Vallés, 1997).

Es en ese sentido y en concordancia con lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009), que se parte de cuatro preguntas para un análisis de situación con el enfoque de derechos humanos:

- ¿Qué está pasando, donde y quiénes son los más afectados? (evaluación)
- ¿Por qué se produce estos problemas? (análisis causal)
- ¿Quién está obligado a hacer algo al respecto? (análisis de funciones)
- ¿Qué capacidades necesitan los afectados y los titulares de deberes para actuar? (análisis de la capacidad)

Objetivo general

Disponer de un diagnóstico situacional en la reducción de la demanda de drogas (investigación, prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales y drogodependientes), para que sirva de base para el nuevo Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas

Objetivos específicos

1. Analizar el marco normativo relacionado con la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas.
2. Analizar los datos epidemiológicos del consumo de sustancias psicoactivas en escolares, población general, universitarios y poblaciones fronterizas del país.
3. Describir las Instituciones públicas y privadas involucradas en la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas en el país, para que sirva como insumo para el nuevo Plan de Reducción de la Demanda de Drogas.



Limitaciones del estudio

Las limitaciones de la presente investigación están relacionadas con:

- *La limitada disponibilidad de información y datos.* Al no haberse realizado la visita a todos los departamentos del país, no se pudo recabar información primaria. Básicamente el diagnóstico fue realizado con base a información secundaria, basados en la revisión de bibliografía.

ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Marco normativo internacional

Convención Única sobre estupefacientes (1961)

La Convención de 1961, enmendando por el Protocolo de 1972¹ contiene recomendaciones tanto para abordar la reducción de la demanda como la oferta de drogas; además de contar con listas de sustancias prohibidas. En el acápite de “recomendaciones”, la numero 3 “*Condiciones sociales y protección contra la toxicomanía*”, cita:

“La Conferencia, recordando que en el Preámbulo de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, las Partes en la Convención se declaran “preocupadas por la salud física y moral de la humanidad” y “conscientes de su obligación de prevenir y combatir” el mal representado por la toxicomanía; considerando que las deliberaciones de la Conferencia han puesto de relieve el empeño en prevenir eficazmente la toxicomanía; considerando que, si bien la toxicomanía conduce a la degradación personal y al desequilibrio social, ocurre muy a menudo que las condiciones sociales y económicas deplorables en que viven ciertos individuos y ciertos grupos predisponen a la toxicomanía; reconociendo que los factores sociales ejercen una influencia indudable y a veces preponderante en el comportamiento de las personas y los grupos,

Recomienda a las Partes:

1. Que tengan en cuenta el hecho de que la toxicomanía de estupefacientes es con frecuencia resultado de una atmósfera social malsana en la que viven quienes están más expuestos al peligro del abuso de los estupefacientes;
2. Que en todo lo posible combatan la difusión del uso ilícito de los estupefacientes;
3. Que desarrollen medios de diversión y actividades favorables a la salud física y psíquica de la juventud”

Objetivos de Desarrollo Sostenible²

¹ Bolivia ratificó la Convención Única sobre Estupefacientes, sin reserva, a través del Decreto Supremo No. 12906 del 30 de septiembre de 1975.

² Tomado de: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>



Los ODS, también conocidos como Objetivos Mundiales, son un llamado universal a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

Estos 17 Objetivos se basan en los logros de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunque incluyen nuevas esferas como el cambio climático, la desigualdad económica, la innovación, el consumo sostenible y la paz y justicia, entre otras prioridades. Los ODS están interrelacionados y con frecuencia la clave del éxito de uno involucrará las cuestiones más frecuentemente vinculadas con otro. Los 17 objetivos, son:

1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (dentro de las metas propuestas para este objetivo están: 1) Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; 2) Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol).
4. Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad y promover oportunidades de aprendizaje durante toda la vida para todos.
5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.
6. Garantizar la disponibilidad de agua y su gestión sostenible y el saneamiento para todos.
7. Garantizar el acceso a una energía asequible, segura, sostenible y moderna para todos.
8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.
9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.
10. Reducir la desigualdad en y entre los países.
11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles.
13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.
14. Conservar y utilizar en forma sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible.
15. Gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad.
16. Promover sociedades, justas, pacíficas e inclusivas.
17. Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.



De manera específica, el objetivo 3 “salud y bienestar”, tiene como una de sus metas: 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

UNGASS 2016 “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”

La Asamblea General de las Naciones Unidas realizó una sesión especial (UNGASS)³ sobre el problema mundial de las drogas en la gestión 2016. Este período extraordinario de sesiones fue un hito importante en la consecución de los objetivos establecidos en el documento de política de 2009 "*Declaración política y plan de acción sobre cooperación internacional en favor de una estrategia integral y equilibrada para contrarrestar el problema mundial de las drogas*", que define las medidas que deben adoptar los Estados miembros, así como las metas a alcanzar para el año 2019.

Recomendaciones operacionales sobre la reducción de la demanda y medidas conexas, incluida la prevención y el tratamiento, así como otras cuestiones relacionadas con la salud

1. Reiteramos nuestro compromiso de promover la salud y el bienestar de todas las personas, familias y comunidades y la sociedad en general, y de facilitar modos de vida saludables mediante iniciativas de reducción de la demanda eficaces, amplias y basadas en datos científicos, a todos los niveles, que, de acuerdo con la legislación nacional y los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, abarquen medidas de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, así como iniciativas y medidas destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas en los ámbitos social y de la salud pública, y recomendamos las siguientes medidas: Prevención del uso indebido de drogas
 - a) Adoptar medidas de prevención primaria eficaces y prácticas para proteger a las personas, en particular a los niños y jóvenes, de la iniciación en el consumo de drogas, proporcionándoles información precisa sobre los riesgos del uso indebido de drogas, promoviendo competencias y oportunidades que permitan elegir modos de vida saludables y promover un desempeño positivo de las funciones parentales y entornos sociales saludables, y garantizando el acceso a la educación y la formación profesional en condiciones de igualdad;
 - b) Adoptar también medidas eficaces y prácticas para prevenir la evolución a trastornos graves relacionados con las drogas mediante intervenciones tempranas debidamente dirigidas a las personas que corren ese riesgo;
 - c) Ampliar la disponibilidad, cobertura y calidad de las medidas e instrumentos de prevención basados en datos científicos dirigidos a los grupos de edad y de riesgo pertinentes en múltiples entornos, como los jóvenes en el entorno escolar y fuera de este, entre otros, por medio de programas de prevención del uso indebido de drogas y de campañas de concienciación pública, entre otras cosas mediante la utilización de Internet, los medios sociales y otras plataformas en línea, elaborar planes de estudios sobre prevención y programas de intervención temprana e implantarlos en el sistema educativo a todos los niveles, así como en los centros de formación

³ Asamblea General de Naciones Unidas, realizada del 19 al 21 de abril de 2016. UNGASS 2016.



- profesional y en el lugar de trabajo, y mejorar la capacidad de los profesores y otros profesionales pertinentes para prestar servicios de orientación, prevención y atención, o recomendarlos;
- d) Promover el bienestar de la sociedad en su conjunto mediante la elaboración de estrategias de prevención eficaces basadas en datos científicos y centradas en las necesidades de las personas, las familias y las comunidades y adaptadas a ellas, en el marco de políticas nacionales en materia de drogas amplias y equilibradas, sin discriminación;
 - e) Alentar, según proceda, a los encargados de formular políticas, los parlamentarios, los educadores, la sociedad civil, la comunidad científica, el mundo académico, la población destinataria, las personas que se están recuperando de trastornos relacionados con el consumo de sustancias y sus grupos de pares, sus familias y otras personas codependientes, así como al sector privado, a que participen en la elaboración de programas de prevención destinados a crear conciencia pública sobre los peligros y riesgos asociados al uso indebido de drogas, y lograr que en la ejecución de esos programas participen, entre otros, los padres, los proveedores de servicios, los profesores, los grupos de pares, los profesionales de la salud, las comunidades religiosas, los líderes comunitarios, los trabajadores sociales, las asociaciones deportivas, los profesionales de los medios de comunicación y el sector del ocio, según proceda;
 - f) Considerar la posibilidad de incrementar la cooperación entre las autoridades responsables de la salud pública y la educación y las fuerzas del orden cuando se formulen iniciativas de prevención;
 - g) Construir centros de ocio y mejorar los ya existentes y proporcionar acceso a los niños y los jóvenes a actividades deportivas y culturales frecuentes, con miras a promover vidas y estilos de vida saludables, entre otras cosas mediante la recuperación y mejora de espacios públicos, y promover el intercambio de experiencias y buenas prácticas en ese ámbito a fin de seguir mejorando la eficacia de las intervenciones preventivas;
 - h) Promover y mejorar la recopilación sistemática de información y la reunión de pruebas, así como el intercambio, a nivel nacional e internacional, de datos fidedignos y comparables sobre consumo de drogas y epidemiología, incluidos datos sobre factores sociales y económicos y otros factores de riesgo, y promover, según corresponda, por conducto de la Comisión de Estupefacientes y la Asamblea Mundial de la Salud, el uso de las normas reconocidas internacionalmente, como las Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas, y el intercambio de mejores prácticas, a fin de formular estrategias y programas eficaces de prevención del consumo de drogas en cooperación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Organización Mundial de la Salud y otras entidades pertinentes de las Naciones Unidas;

Tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas, rehabilitación, recuperación y reinserción social; prevención, tratamiento y atención del VIH/sida, la hepatitis vírica y otras enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea

- i) Reconocer que la drogodependencia es un trastorno de la salud complejo en el que intervienen múltiples factores, que se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente con causas y consecuencias sociales y que se puede prevenir y tratar, por ejemplo mediante programas de tratamiento, atención y rehabilitación eficaces basados en datos científicos, incluidos programas de base comunitaria, y fortalecer la capacidad de postratamiento, rehabilitación, recuperación y



reinserción social de las personas con trastornos relacionados con el consumo de sustancias, entre otras, según proceda, mediante asistencia para su reincorporación efectiva al mercado laboral y mediante otros servicios de apoyo;

- j) Alentar la participación voluntaria de personas con trastornos relacionados con las drogas en programas de tratamiento con su consentimiento informado, cuando ello sea compatible con la legislación nacional, y preparar y llevar a cabo campañas y programas de divulgación en los que participen consumidores de drogas que hayan logrado la recuperación a largo plazo, cuando proceda, a fin de prevenir la marginación social y promover actitudes no estigmatizantes, así como alentar a los consumidores de drogas a que soliciten tratamiento y atención, y adoptar medidas que faciliten el acceso al tratamiento y amplíen la capacidad;
- k) Promover y fortalecer la cooperación regional e internacional en la formulación y ejecución de iniciativas relacionadas con el tratamiento, mejorar la asistencia técnica y el desarrollo de la capacidad y garantizar el acceso sin discriminación a una amplia variedad de intervenciones, incluidas intervenciones de tratamiento psicosocial, conductual y asistido por medicación, según proceda y de conformidad con la legislación nacional, así como a programas de rehabilitación, reinserción social y apoyo a la recuperación, incluido el acceso a esos servicios en las cárceles y tras la excarcelación, prestando especial atención a las necesidades específicas de las mujeres, los niños y los jóvenes a este respecto;
- l) Promover y fortalecer, según proceda, la capacidad de las autoridades sanitarias y sociales, las fuerzas del orden y otras autoridades de justicia penal para cooperar, en el marco de sus mandatos, a fin de ofrecer respuestas amplias, integradas y equilibradas al uso indebido de drogas y los trastornos relacionados con el consumo de drogas, a todos los niveles de gobierno;
- m) Promover la inclusión en las políticas nacionales en materia de drogas, de acuerdo con la legislación nacional y según proceda, de elementos de prevención y tratamiento de las sobredosis de drogas, en particular de opioides, incluido el uso de antagonistas de receptores de opioides como la naloxona, para reducir la mortalidad relacionada con las drogas;
- n) Promover la prestación de asistencia técnica a los Estados más afectados por el tránsito de drogas, y la cooperación con ellos, para formular y ejecutar políticas amplias e integradas a fin de hacer frente, cuando proceda, a los efectos del tráfico ilícito de drogas sobre el creciente consumo de drogas en dichos Estados, incluso mediante el refuerzo de los programas nacionales de prevención, intervención temprana, tratamiento, atención, rehabilitación y reinserción social;
- o) Invitar a las autoridades nacionales pertinentes a que, de conformidad con su legislación nacional y con los tres tratados de fiscalización internacional de drogas, consideren la posibilidad de incluir entre las medidas y programas nacionales de prevención, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, en el contexto de las iniciativas integrales y equilibradas de reducción de la demanda de drogas, medidas eficaces destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública, entre ellas, cuando proceda, programas de terapia asistida por medicación, programas relacionados con el equipo de inyección, así como la terapia antirretroviral y otras intervenciones pertinentes destinadas a prevenir la transmisión del VIH, la hepatitis vírica y otras enfermedades de



transmisión sanguínea relacionadas con el consumo de drogas, y a que consideren la posibilidad de garantizar el acceso a esas iniciativas, incluso en los servicios de tratamiento y divulgación, las cárceles y otros centros de detención, y promover a ese respecto, según proceda, el uso de la guía técnica publicada por la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el ONUSIDA para que los países establezcan metas en relación con el acceso universal de los consumidores de drogas por inyección a la prevención, tratamiento y atención del VIH;

- p) Promover y aplicar las normas para el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de drogas elaboradas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud y otras normas internacionales pertinentes, según proceda y de conformidad con la legislación nacional y los tratados de fiscalización internacional de drogas, y proporcionar orientación, asistencia y capacitación a los profesionales de la salud en relación con la aplicación adecuada de dichas normas, y considerar la posibilidad de formular normas y procedimientos de acreditación para los servicios que se prestan a nivel nacional a fin de garantizar una respuesta adecuada y basada en datos científicos;
- q) Intensificar, según corresponda, el apoyo y la capacitación que se ofrecen a las organizaciones y entidades de la sociedad civil que intervienen en los servicios de tratamiento sanitario y social relacionado con las drogas y su participación productiva en ellos, de conformidad con la legislación nacional y en el marco de políticas nacionales sobre drogas integradas y coordinadas, y alentar los esfuerzos de la sociedad civil y el sector privado encaminados a establecer redes de apoyo a la prevención y el tratamiento, la atención, la recuperación, la rehabilitación y la reinserción social de manera equilibrada e inclusiva;
- r) Alentar a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y a la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes a que estrechen la cooperación con la Organización Mundial de la Salud y otras entidades competentes de las Naciones Unidas, en el marco de sus respectivos mandatos, como parte de un enfoque amplio, integrado y equilibrado del fortalecimiento de las medidas de salud y bienestar social para abordar el problema mundial de las drogas, por ejemplo mediante una prevención eficaz, la intervención temprana, el tratamiento, la atención, la recuperación, la rehabilitación y la reinserción social, en cooperación, según proceda, con la sociedad civil y la comunidad científica, y a que mantengan a la Comisión de Estupefacientes debidamente informada.

Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2016-2020

La estrategia establece 5 ejes estratégicos e identifica objetivos y acciones prioritarias a ser desarrolladas hacia el año 2020 en cada uno de los 34 Estados Miembros que conforman la Organización de los Estados Americanos (OEA), de acuerdo con la realidad, la legislación interna y el nivel de desarrollo del abordaje del problema de las drogas que existen en cada Estado. El Plan de Acción también incorpora una perspectiva transversal de derechos humanos, el enfoque de género y el desarrollo con inclusión social, tomando en cuenta criterios de pertinencia de cultura y grupo etario.

El eje No. 2 de Reducción de la Demanda de Drogas, contempla los siguientes objetivos estratégicos:



Tabla No. 1: Objetivos y acciones prioritarias de la Estrategia Hemisférica

OBJETIVOS	ACCIONES PRIORITARIAS
<p>Establecer políticas para la reducción de la demanda con enfoque de salud pública, sustentada en la evidencia, integral, multidisciplinario, multisectorial y respetuosa de los derechos humanos, considerando los lineamientos y/o recomendaciones de los organismos internacionales especializados.</p>	<p>Establecimiento y/o actualización de programas en los ámbitos de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social, considerando la pertinencia cultural, etaria y de género, según corresponda.</p>
	<p>Creación y/o fortalecimiento de mecanismos de difusión y acceso a la información y a la evidencia asociadas al uso indebido de drogas y sobre los servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración social al público en general y las diversas poblaciones objetivo, con la participación de las universidades y centros de investigación.</p>
	<p>Implementación de evaluaciones de procesos y resultados de los programas de reducción de la demanda.</p>
	<p>Implementación, según corresponda, de mecanismos de coordinación con la sociedad civil y otros actores sociales, instituciones académicas y de investigación para el desarrollo e implementación de programas para la reducción de la demanda.</p>
	<p>Promoción, según proceda, entre las medidas y programas nacionales de prevención, tratamiento, atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social, en el contexto de las iniciativas integrales y equilibradas de reducción de la demanda de drogas, de medidas eficaces destinadas a reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública, promoviendo a ese respecto, según proceda, el uso de la guía técnica publicada por la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el ONUSIDA para que los países establezcan metas en relación con el acceso universal de los consumidores de drogas por inyección a la prevención, tratamiento y atención del VIH.</p>
<p>Establecer y/o fortalecer un sistema integrado de programas de prevención universal, prevención selectiva y prevención indicada del uso indebido de drogas, priorizando poblaciones vulnerables y en situación de riesgo, basados en la evidencia e incorporando un enfoque de derechos humanos, género, edad y multiculturalidad.</p>	<p>Desarrollo e implementación de estrategias y/o programas de prevención del uso indebido de drogas, basados en la evidencia, en los ámbitos escolar, familiar, laboral y comunitario.</p>
	<p>Elaboración de diagnósticos situacionales para identificar las necesidades particulares y los factores de riesgo y de protección de las poblaciones específicas a las que se dirigen los programas de prevención del uso indebido de drogas.</p>
	<p>Promoción del intercambio de experiencias y buenas prácticas para mejorar los programas de prevención, considerando las "Normas Internacionales sobre la Prevención del Uso de Drogas"</p>
	<p>Implementación de programas de prevención selectiva dirigidos a niños y niñas, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo.</p>
<p>Establecer y fortalecer, según corresponda, un sistema nacional de tratamiento, rehabilitación e inclusión social de personas con consumo problemático de drogas, incorporando un enfoque de derechos humanos y género, y teniendo en cuenta estándares</p>	<p>Desarrollo de programas de prevención indicada orientada a personas con consumo problemático de drogas.</p>
	<p>Implementación y fortalecimiento de programas y dispositivos integrales de atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social en las redes de salud pública y/o de protección social, garantizando el acceso sin discriminación.</p>
	<p>Monitoreo y evaluación de resultados de los programas de atención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social, tomando en cuenta criterios de pertinencia de género, de cultura y grupo etario, según corresponda.</p>



de calidad aceptados internacionalmente.	Promoción de medidas de protección de los derechos de las personas en los programas y servicios de tratamiento.
	Exploración de vías para ofrecer servicios de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a infractores de la ley penal dependientes de drogas, como medida alternativa a su prosecución penal o privación de libertad.
	Establecimiento de programas de tratamiento, rehabilitación y reinserción social a la población penal con consumo problemático de drogas.
	Diseño e implementación de mecanismos de colaboración entre los actores involucrados, para proporcionar servicios de apoyo social y comunitario que coadyuven a la integración social, en particular a aquellas poblaciones más vulnerables, de manera continua y sostenible.
Promover la capacitación continua y certificación de los recursos humanos que prestan servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social.	Implementación de programas de capacitación continua, basados en competencias, en colaboración con instituciones académicas y especializadas en el tema.
	Desarrollo de criterios básicos, intermedios y avanzados para la certificación por niveles y competencias de recursos humanos que prestan servicios de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social.
	Elaboración de un diagnóstico situacional para identificar las necesidades de capacitación de los recursos humanos que laboran en programas de prevención, tratamiento, rehabilitación e inclusión social.
Establecer y/o fortalecer capacidades institucionales gubernamentales para regular, habilitar, acreditar y supervisar los programas de prevención y los servicios de atención y tratamiento.	Establecimiento y aplicación de medidas de regulación, que incluyan criterios de calidad, para la acreditación de programas de prevención y servicios de atención y tratamiento.
	Establecimiento de mecanismos de supervisión para garantizar el cumplimiento de los criterios de calidad de los programas de prevención y servicios de atención y tratamiento.
	Elaboración de diagnósticos sobre las necesidades nacionales y la oferta de servicios de atención y tratamiento.

Fuente: CICAD, Plan de Acción Hemisférico sobre Drogas 2016-2020, Estrategia Hemisférica sobre Drogas

Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos

El Plan elaborado por la Secretaría General de la Comunidad Andina de Naciones, en el área de reducción de la demanda de drogas, contempla:

1. Detener la tendencia creciente de consumo de drogas ilícitas, especialmente en niños y jóvenes, escolarizados y no escolarizados, mediante programas dirigidos a la familia, comunidad y escuela.
2. Desarrollar una estrategia de comunicación masiva que informe, sensibilice y eduque a la juventud sobre las consecuencias del consumo de las drogas, con especial énfasis en las drogas sintéticas o de diseño de reciente aparición.
3. Fortalecer la incorporación de contenidos de prevención en la estructura curricular de los diversos niveles de educación y capacitar a los padres de familia y agentes educativos sobre las nuevas tendencias de consumo de drogas ilícitas.
4. Promover programas de rehabilitación y reinserción social de drogodependientes.



5. Implementar mecanismos que permitan realizar un seguimiento y evaluación de los programas de reducción de la demanda.
6. Diseñar y poner en marcha programas para la capacitación y formación de recursos humanos en prevención y rehabilitación.
7. Impulsar y apoyar la participación de organizaciones de la sociedad civil en las actividades de prevención y rehabilitación.

Marco normativo nacional

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia

El Título I, Capítulo Segundo: *Principios, Valores y Fines del Estado*, en el Artículo No. 9; establece como fines y funciones del Estado, entre otros, “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 Artículo No. 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. 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; cita:

Artículo 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 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 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 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 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, se hace referencia:

Artículo 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.

Ley No. 913 de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas

Afín a la dinámica social, política e internacional, Bolivia ha creado una nueva Ley de Sustancias Controladas⁴, que en el Capítulo V traza el marco político referencial en cuanto a la reducción de la demanda de drogas se refiere, a través de la creación de la “*Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su Entorno*”, cuya dirección y coordinación es delegada al Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de la Red pretende 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 CONALTID (Artículo N° 29).

Asimismo, la Ley brinda los lineamientos básicos para la construcción de la Política Pública en reducción de la demanda de drogas (Artículo 32) según los siguientes objetivos:

- 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.

Por último, el Artículo 33 describe a dos poblaciones vulnerables (aunque no se limitan solamente a estas):

- Personas privadas de libertad
- Personas en situación de calle.

Si bien esta Ley proporciona un insumo importante en el que se relacionan las sustancias psicoactivas con el accionar del Ministerio de Salud, refuerza también el hecho que las poblaciones en situación de calle son una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad al problema. Asimismo, no se podrá luchar contra el

⁴ Ley N° 913 aprobada el 16 de marzo de 2017.



tráfico ilícito de drogas si es que no se reduce la demanda de éstas con acciones de prevención y promoción de la salud.

Ley No. 259 del “Control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas”

La Ley, en el Artículo No. 11 establece que *“Las Entidades Territoriales Autónomas, Instituciones Públicas y Privadas implementarán las siguientes medidas de atención y rehabilitación basada en la comunidad:*

1. Fortalecer las Redes de Servicios de Salud y a las Comunidades Terapéuticas Especializadas, en cuanto a la capacidad de respuesta y atención del personal de salud, en lo que se refiere al tratamiento de la dependencia al alcohol;
2. Promover el fortalecimiento de instituciones específicas de rehabilitación, basadas en la comunidad a través de la conformación de grupos de autoayuda; y
3. Diseñar e implementar programas, proyectos y acciones dirigidas a la rehabilitación y reinserción a su medio familiar, comunitario-social y sobre todo laboral y/o educativo, a través de centros psicosociales y psicopedagógicos”.

Ley No. 264 del “Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana”

La Ley tiene por objeto el de *“garantizar la seguridad ciudadana, promoviendo la paz y la tranquilidad social en el ámbito público y privado, procurando una mejor calidad de vida con el propósito de alcanzar el Vivir Bien a través del Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana “Para una Vida Segura”, en coordinación con los diferentes niveles de Estado”,* en el Título VII, hace referencia específica a las medidas de prevención y rehabilitación de personas con adicciones.

De esta manera, se le encarga al Viceministerio de Seguridad Ciudadana la coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas (ETAs), la Policía Boliviana y el Ministerio de Educación *“planificar, diseñar y ejecutar programas, proyectos, estrategias y campañas de comunicación social educativas en materia de: seguridad ciudadana, prevención del delito, factores de riesgo y todo tipo de violencia”* (Artículo 62).

Asimismo, se propone la creación de programas de reeducación, rehabilitación y reinserción social dirigidos a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social y personas drogodependientes y alcohólicas (Artículo 66).

Adicionalmente, la norma impone a los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, la asignación del 10% del presupuesto proveniente de Impuesto Directo a los Hidrocarburos, previa deducción del treinta por ciento (30%) destinado a la Renta Dignidad (Artículo 38).

Ley No. 3029 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”

Que ratifica el Convenio Marco para el Control del Tabaco, adoptado en Ginebra - Suiza, el 21 de mayo de 2003 y suscrito por Bolivia el 27 de febrero de 2004.

Ley No. 1280 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”

Recientemente promulgada el 13 de febrero de 2020, la Ley 1280 no cuenta aún con la reglamentación correspondiente, lo cual la hace inviable.



En todo caso, tanto la Ley No. 3029 y la Ley No. 1280, establecen de manera taxativa la prohibición de consumo y venta de productos de tabaco en cercanías de Unidades Educativas, Centros de Salud, Establecimientos deportivos, así como prohíbe la publicidad, promoción y patrocinio a 100 metros a la redonda.

Si bien ambas leyes, prohíben de manera explícita el consumo, venta y comercialización de productos de tabaco a 100 metros circundantes a las Unidades Educativas; además de la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco, la Ley 1280 presenta un gran avance en el control, comercialización y venta de productos electrónicos de administración de nicotina, ausente en la Ley 3029.

En el Artículo No. 7 , inciso p) de la Ley 1280, se definen los productos electrónicos de administración de nicotina como un *“Sistema Electrónico de Administración de Nicotina, es un producto, o cualquiera de sus componentes, incluidos los cartuchos y el dispositivo sin cartucho, que pueda utilizarse para el consumo de vapor que contenga nicotina a través de una boquilla”*; además de encargar al Ministerio de Salud la reglamentación de la producción, importación y comercialización de estos (Artículo No. 14).

Respecto de la normativa para el etiquetado de productos de tabaco, el Ministerio de Salud y Deportes, promulgó las Resoluciones Ministeriales 576/2011 y 508/2015 para la implementación de advertencias sanitarias en productos de tabaco. Desde la gestión 2015 a la fecha, no se han actualizado los pictogramas con las advertencias sanitarias, dejando también, un vacío en la actualización de estas.

Decreto Supremo No. 29601 “Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)”

El objetivo de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural⁵ es el de *“Contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población”*.

Los principios de la Política de Salud Familia, Comunitaria e Intercultural (SAFCI):

- *Intersectorialidad* a través del trabajo en red y complementaria entre los diferentes actores;
- *Integralidad* en el abordaje, concibiendo a la persona como un ser bio-psico- social y espiritual;
- *Intercultural*, respetando los usos y costumbres de todas las naciones y basado en la comunidad;
- *Participación social* en la planificación, ejecución y evaluación juega un rol trascendental tanto en la prevención, tratamiento como en la reintegración.

La Política SAFCI guía en una metodología de intervención que aplica al contexto nacional boliviano, en la que confluyen las diferentes realidades territoriales y representaciones sociales locales.

⁵ Decreto Supremo N° 29601, aprobado el 11 de junio 2008



Agenda Patriótica 2025

La Agenda Patriótica 2025 tiene como objetivo *“construir un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y en lo plurinacional, para lograr el Vivir Bien”*. Consta de 13 pilares: 1) Erradicación de la pobreza extrema, 2) Socialización y universalización de los servicios básicos con soberanía para Vivir Bien, 3) Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral, 4) Soberanía científica y tecnológica con identidad propia, 5) Soberanía comunitaria financiera sin servilismo al capitalismo financiero, 6) Soberanía productiva con diversificación y desarrollo integral sin la dictadura del mercado capitalista, 7) Soberanía sobre nuestros recursos naturales con nacionalización, industrialización y comercialización en armonía y equilibrio con la Madre Tierra, 8) Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien, 9) Soberanía ambiental con desarrollo integral, respetando los derechos de la Madre Tierra, 10) Integración complementaria de los pueblos con soberanía, 11) Soberanía y transparencia en la gestión pública bajo los principios de no robar, no mentir y no ser flojo, 12) Disfrute y felicidad plena de nuestras fiestas, de nuestra música, nuestros ríos, nuestra selva, nuestras montañas, nuestros nevados, de nuestro aire limpio, de nuestros sueños, 13) Reencuentro soberano con nuestra alegría, felicidad, prosperidad y nuestro mar.

De manera específica, la reducción de la demanda de drogas, coadyuva al cumplimiento del pilar No. 3 *“Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral”*, que propone:

“La salud, la educación, la cultura, el arte, el deporte son dimensiones fundamentales de la vida. No hay cultura de la vida, no hay Vivir Bien si nuestro pueblo no tiene las mejores condiciones para cuidar la salud de las personas, practicar los deportes y desarrollar su creatividad artística”.

“El Estado Plurinacional de Bolivia tiene la obligación de proveer y garantizar servicios de educación pública y gratuita, así como servicios de salud accesibles, estatales, gratuitos, de calidad y calidez que protejan y brinden salud, bienestar y felicidad a todo el pueblo boliviano, y contribuyan a la formación del nuevo ser humano integral”.

Plan de Desarrollo Económico y Social 2021 – 2025

El Plan de Desarrollo Económico y Social 2021 – 2025 *“Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones”*, es un instrumento de planificación de mediano plazo que se articula con la Agenda Patriótica.

El Plan cuenta con 10 ejes: 1) Reconstruyendo la economía, retomando la estabilidad macroeconómica y social; 2) Industrialización con sustitución de importaciones, 3) Seguridad alimentaria con soberanía, promoción de exportaciones con valor agregado y desarrollo turístico, 4) Profundización del proceso de industrialización de los recursos naturales, 5) Educación, investigación, ciencia y tecnología para el fortalecimiento y desarrollo de capacidades y potencialidades productivas, 6) Salud y deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia, 7) Reforma judicial, gestión pública digitalizada y transparente; seguridad y defensa integral con soberanía nacional, 8) Medio ambiente sustentable y equilibrado en armonía con la madre tierra, 9) Integración y relaciones internacionales con soberanía, 10) Culturas, descolonización y despatriarcalización, para la revolución democrática cultural.

De manera específica, la reducción de la demanda de drogas, está vinculada con:

- Eje 6: Salud y Deportes para proteger la vida con cuidado integral en tiempos de pandemia, metas:



- 6.2. Fortalecer y universalizar la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que prioriza la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en los tres niveles de atención, recuperando la medicina tradicional ancestral.
 - 6.2.1 Se ha reducido las enfermedades transmisibles y no transmisibles en base a la política nacional de Salud (SAFCI), que prioriza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud
 - 6.2.1.2 Incrementar el porcentaje de las atenciones médicas de salud preventiva a través del programa MI SALUD/(SAFCI).
- 7.4. Garantizar la defensa de la sociedad y la conservación del orden público a través de la Policía Boliviana, luchar contra el tráfico ilícito de sustancias controladas, controlar cultivos excedentarios de hoja de coca y prevenir el consumo de drogas.

Estrategia contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y control de la expansión de cultivos de coca 2021-2025

Cuyo objetivo es el de *“Reducir el narcotráfico mediante el control eficiente del tráfico ilícito de sustancias controladas, la reducción sostenida de cultivos excedentarios de coca profundizando el control social, la prevención integral del consumo de drogas y la regionalización de los esfuerzos internacionales en el marco de la responsabilidad común y compartida; con dignidad, soberanía y respeto a los derechos humanos para el vivir bien”*, cuenta con cuatro componentes:

- 1) Control del tráfico ilícito de sustancias controladas,
- 2) Control de la expansión de cultivos de coca,
- 3) Abordaje integral de drogas en el ámbito de la salud, educación, familia y comunitario,
- 4) Regionalización y coordinación internacional.

El componente 3 *“Abordaje integral de drogas en el ámbito de la salud, educación, familia y comunitario”*, tiene como objetivo el de *“Desarrollar y promover programas, acciones, integrales de prevención universal, selectiva e indicada del consumo de drogas, con intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno, generando estilos de vida saludable y bienestar social en bolivianas y bolivianos, familias y comunidad con un enfoque biopsicosocial y de salud pública, en el marco del respeto de los derechos humanos, con enfoque de género”* y se proponen el cumplimiento de 2 resultados:

1. Se ha evitado el crecimiento de la prevalencia de consumo de drogas en la población general, producto de políticas, programas, proyectos y acciones en la prevención del consumo drogas en el ámbito de la salud, educación, familia y comunidad.
2. Se han consolidado el funcionamiento de los servicios Centros Comunitarios de Salud Mental y Adicciones (de tratamiento, rehabilitación y reintegración para personas con adicciones).

Asimismo, cuenta con dos programas:

1. Prevención del consumo de drogas, cuyo objetivo es el de *“desarrollar, promover y consolidar las acciones integrales de prevención del consumo de drogas, en el ámbito de la salud, educación,*



familia y comunidad, con la articulación de las instituciones nacionales, departamentales, municipales y la sociedad civil organizada, respetando los derechos humanos, de la niñez, identidad y género”.

2. Tratamiento, rehabilitación y reintegración, cuyo objetivo es el de *“establecer, promover, fortalecer el acceso a tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno, a nivel nacional y departamental, desarrollando modelos integrales y teniendo en cuenta estándares de calidad aceptados internacionalmente”.*

Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013 - 2017

El PNRDD, fue construido de manera conjunta entre el Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas (Secretaría Técnica del CONALTID) y con participación de los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales, así como representantes de la Sociedad Civil Organizada, en las gestiones 2011-2012.

El objetivo del PNRDD es el de *“Reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol y otras drogas en la población boliviana, focalizándose en los grupos de mayor riesgo a partir de estrategias integrales de prevención universal, selectiva e indicada, asegurando el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración familiar, social y laboral de las personas afectadas y fortaleciendo capacidades institucionales para mejorar los servicios y las respuestas oportunas y efectivas a los desafíos del Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas en Bolivia 2013 - 2017, con una visión de género y generacional, de manera intersectorial y asumiendo la interculturalidad”*⁶.

Asimismo, se asume como marco de referencia a la **promoción de la salud** *“buscando vincular a los actores con sus entornos y lograr la movilización comunitaria, lo que implica que la población se organice y participe activamente. A partir de una perspectiva de trabajo intersectorial, de acción coordinada de todos los implicados. La promoción de la salud apunta a mejorar la salud en general y la calidad de vida y forma parte de una nueva concepción de la salud pública. Por lo tanto, solo si cambian las condiciones de vida y las normas de un grupo es posible esperar cambios importantes en relación con el cuidado de la salud”*⁷.

También se toma como base fundamental el modelo de salud pública, donde *“la prevención y el tratamiento deben estar enfocados en abordar a la persona más que a las sustancias. La promoción de la salud se enmarca en tres modelos básicos: el informativo, en el que se brindan datos, el de empoderamiento, que alienta las capacidades de las personas, permitiéndoles identificar las posibles elecciones que pueden llevar adelante y el comunitario, que concibe la salud en base a los cambios comunitarios alcanzados a partir de la acción colectiva”*⁸.

El PNRDD por el nivel de complejidad del consumo del alcohol y otras drogas y al tratarse de un fenómeno multidimensional y multicausal, asume dos modelos teóricos⁹:

⁶ Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas. Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013-2017, publicado la gestión 2013., página 93.

⁷ Ídem, página 76

⁸ Ídem, página 78

⁹ Ídem, página 80



- ❖ **Modelo bio-psico-social:** recoge la importancia de promover la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta como el proceso de desarrollo continuo a nivel físico, psicológico y social. El modelo implica, además, movilizar recursos humanos de distintas disciplinas con el fin de responder al problema con una visión multidisciplinaria.
- ❖ **Modelo de competencias:** centra en potenciar las capacidades de las personas y de las comunidades para involucrarlas en la búsqueda de soluciones a sus propios problemas, estimulando su autogestión y autonomía. Esta última actúa como factor de protección frente al consumo de drogas, debido a que las personas presentan mayor capacidad en afrontar situaciones de riesgo.

Y plantea el abordaje integral a través de tres niveles:

- ❖ **Universal:** son las acciones diseñadas para intervenir con todos los miembros y sectores de la población.
- ❖ **Selectiva:** se dirige a subconjuntos de personas en riesgo de desarrollar abuso de sustancias en virtud de su filiación a un segmento particular de la población.
- ❖ **Indicada:** las acciones de este tipo de prevención se dirigen a grupos que ya han experimentado con drogas y además presentan conductas problemáticas. Esto supone que los programas a diseñar sean más específicos.

De manera puntual, se pretende abordar el hecho preventivo a través de 5 ejes temáticos, abarcando desde la prevención hasta la reintegración, tanto de drogodependientes como de personas en situación de alta vulnerabilidad (Gráfico No. 1).

Cuadro No. 1: Ejes temáticos del PNRDD





Fuente: PNRDD, página 95

Plan Plurinacional de Salud Mental para Vivir Bien 2021-2025

El Ministerio de Salud cuenta con un Plan de Salud Mental, cuyo objetivo es el de *“Contribuir a lograr una salud integral de los/as bolivianos/as, desarrollando acciones sectoriales e intersectoriales en el marco del derecho a la salud, promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos en la salud mental y del comportamiento con enfoque sociocultural para intervenir en las determinantes sociales de la salud mental. Profundizando el Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural que establece la complementariedad, la armonía material y espiritual, el bien común, la plenitud psicosocial en el marco del Vivir Bien”*.

Considera como poblaciones objetivo del Plan a:

- Niños, niñas y adolescentes de ambos sexos,
- Mujeres en general y mujeres embarazadas.
- Pueblos indígenas originarios campesinos.
- Adultos mayores.
- Personas con discapacidad
- Población vulnerable: Cualquier población vulnerable por condiciones de déficits de desarrollo social, económico y cultural (situación de calle; violencia y explotación de género, población migrante, personas privadas de libertad).

Los lineamientos estratégicos del Plan, son:

1. Gobernanza y gobernabilidad
2. Información y vigilancia en salud mental para fortalecer al SNIS-V
3. Protección y cuidado de la salud mental para una vida personal, familiar y comunitaria dignas y saludable.
4. Fortalecimiento institucional
5. Garantizar sustentabilidad financiera
6. Servicios integrales de salud mental y adicciones en el marco del modelo de atención SAFCI

En el lineamiento estratégico 6 *“Servicios integrales de salud mental y adicciones en el marco del modelo de atención SAFCI”*, tiene como objetivo *“Estructurar y organizar servicios integrales de Salud Mental y adicciones en el marco del modelo de atención SAFCI para el SUS, con la finalidad de prestar servicios esenciales de salud mental a la población boliviana”*.

Asimismo, propone los siguientes objetivos específicos y actividades:

- **Objetivo específico 1:** Reorientar los servicios de salud para garantizar una atención integral de la salud mental a partir de principios del respeto mutuo, buen trato y capacidad resolutoria.
 - Desarrollar e implementar protocolos o guía o investigación de atención integral elaborados en base al protocolo de atención según niveles de gestión y piso ecológico,



identidades culturales y otros aspectos de identidad organizacional comunitaria, para su aplicación en comunidad, enmarcado en el programa nacional de salud mental.

- Crear equipos multidisciplinarios de salud mental para brindar servicios de salud mental multidisciplinario integral.
 - Coordinación con AGEMED para la actualización permanente del LINAME respecto a los medicamentos requeridos para Salud Mental.
 - Promover el uso de medicina tradicional en salud mental.
 - Coordinación social de las personas con trastornos mentales a nivel Nacional y Subnacional.
- **Objetivo específico 2:** Fomentar la formación del talento humano con competencias para abordaje de la salud mental con enfoque integral e intercultural.
- Desarrollar programas de formación y capacitación continua al personal de salud, en base a la Guía de intervención mhGAP (contextualizada) para los trastornos mentales en el 1er nivel de atención en salud.
 - Coordinación con instituciones y asociaciones de profesionales en salud mental (Asociación de Médicos de Atención Primaria en Salud, Sociedades Científicas), para desarrollar procesos de capacitación.

Otra normativa relacionada con la reducción de la demanda de drogas

- Ley No. 235, que declara de necesidad y prioridad nacional la construcción, equipamiento y funcionamiento de Centros Psicosociales y Psicopedagógicos de Reinserción Social y Rehabilitación para la niñez, adolescencia y juventud con problemas de alcoholismo en los nueve departamentos del país, especializados en la atención médica, orientación psicológica, trabajo social y rehabilitación técnico – profesional, 2012.
- Ley No. 548, Código niña, niño y adolescente, 2014
- Ley No. 070 de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez”, 2010.

ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Desde el inicio de la historia de la humanidad y su desarrollo cultural, se ha constatado que una de las formas que existía para explicar el funcionamiento del mundo circundante y del universo (Escohotado A., 1998), era por medio de los rituales chamánicos, médicos, adivinatorios o festivos, y mediante el consumo de sustancias de origen vegetal que alteraban la percepción lineal de la realidad; dichas sustancias eran controladas por los jefes y líderes mágicos o religiosos y por los que detentaban el poder de las tribus y comunidades, y servían como vehículos de comunicación con los antepasados o con los espíritus propios de sus culturas y con ello se intentaba obtener un equilibrio con el universo.

Si bien desde épocas muy remotas el ser humano utiliza las sustancias extraídas de la naturaleza, especialmente las vegetales con fines de alimentación, vestimenta o construcción de vivienda y elaboración de objetos útiles, también encontró que numerosas plantas y extractos de ellas – siendo la



más conocida el líquido extraído de los frutos de la vid, en la elaboración del vino -que producían alteraciones en la conciencia y efectos que parecían conectar al ser humano con otros mundos diferentes al del entorno corriente.

De hecho numerosos datos arqueológicos de muy antiguas edades hablan de la presencia de la cannabis índica o “marihuana”, y sus usos ya se conocieron en la China y en la India desde épocas muy remotas, inclusive antes de la llegada de los españoles, los cuales, desde la conquista misma, al no comprender por su cultura la relación de esa planta con el pueblo arcaico, comienzan a reprimir y a demonizar (como si tuviera relación con el demonio) la planta que cinco siglos después llegaría a ser la fuente de una droga, que por consecuencia, de la prohibición especialmente norteamericana.

Consumo de sustancias psicoactivas en el mundo

Según el Informe Anual 2022 de la ONUD “*alrededor de 284 millones de personas de entre 15 y 64 años consumieron drogas en todo el mundo en 2020, lo que supone un aumento del 26% respecto a la década anterior. Las personas jóvenes están consumiendo más drogas y los niveles de consumo actuales en muchos países son más altos que los de la generación anterior. En África y América Latina, las personas menores de 35 años representan la mayoría de quienes reciben tratamiento por trastornos relacionados con el consumo de drogas*” (ONUDD, 2022).

Asimismo, el informe resalta el aumento en las muertes relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, con una estimación de 494.000 muertes solo en 2019, y un aumento global del 17,5 % entre 2009 y 2019.

Otros datos importantes del informe a destacar son:

- La marihuana sigue siendo la droga más consumida en el mundo: en 2020 la consumieron 209 millones de personas (de 15 a 64 años), es decir, el 4 % de la población mundial en este grupo de edad.
- El consumo de estimulantes de tipo anfetamínico afectó a 34 millones de personas en 2020 (de 15 a 64 años), es decir, al 0,7 % de la población mundial.
- En 2020, se calcula que 21,5 millones de personas han consumido cocaína al menos una vez en el último año.
- Aunque las drogas son consumidas predominantemente por hombres, las mujeres representan más del 40% de los que consumen estimulantes de tipo anfetamínico y hacen un uso no médico de estimulantes y opioides farmacéuticos, sedantes y tranquilizantes.
- Las mujeres están infrarrepresentadas en los programas de tratamiento debido a las numerosas barreras adicionales a las que se enfrentan (miedo a las sanciones legales, estigmatización social, falta de servicios de guardería, miedo a perder la custodia, etc.)

Consumo de sustancias psicoactivas en Bolivia

En Bolivia, la década de los años ochenta marcó un hecho de trascendencia histórica dramática y determinante para la realidad social, económica y moral del país; el crecimiento espectacular del narcotráfico como negocio de insospechada expansión. Si bien este fenómeno comenzó a darse al comienzo de los años setenta, tiempo en el que comenzaron a crecer los grupos que conformaron



verdaderas mafias, fue realmente en los años ochenta y particularmente durante el gobierno de Luis García Meza, que tuvo su mayor apogeo.

El Estado Plurinacional de Bolivia, desde la gestión 2004 y con mayor ímpetu desde el inicio de la gestión 2006, ha venido impulsando la realización de estudios destinados a la caracterización del consumo de drogas y los factores asociados, en población general, población escolar y en poblaciones específicas.

De manera general, las drogas más consumidas en el país son el alcohol, el tabaco, la marihuana y los inhalantes. Muchos estudios con tendencia criminalizadora de algunas ONG's¹⁰ en Bolivia, han tratado de mostrar que el principal problema del país está en torno a la pasta base y el clorhidrato de cocaína, para justificar intervenciones específicas en productores de hoja de coca. El Estado Plurinacional, viene realizando los estudios oficiales, utilizando metodologías estandarizadas y comparativas, propuestas por la CICAD/OEA, para de esta manera proporcionar datos confiables y reales.

Tabla No. 2: Relación de estudios epidemiológicos sobre drogas realizados en Bolivia

No.	TITULO DEL ESTUDIO	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	AÑO DE REALIZACIÓN
1	Estudio de prevalencia del consumo de drogas en estudiantes bolivianos de 13 a 18 años	Secretaría de Coordinación del CONALTID (Viceministerio de Relaciones Exteriores)	2004
2	Primer estudio de prevalencia del consumo de drogas en población general de diez ciudades bolivianas	Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas – Jefatura de Prevención Holística	2007
3	Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de 13 a 18 años (documento no publicado)	Observatorio Boliviano de Drogas	2008
4	Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria	Proyecto DROSICAN en coordinación con el Observatorio Boliviano de Drogas	2009
5	Estudio Cualitativo sobre drogas sintéticas	Proyecto DROSICAN en coordinación con el Observatorio Boliviano de Drogas	2009
6	Consumo de Drogas y factores Asociados, en Adolescentes infractores de Ley	Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas	2010
7	Consumo de Drogas en pacientes consultantes a salas de emergencia (no publicado)	Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas	2010
8	II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria	Proyecto PRADICAN en coordinación con el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas	2012
9	Segundo Estudio de Prevalencia del Consumo de Drogas en Población General	CONALTID	2013
10	Censo de personas en situación de calle	Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas	2014

¹⁰ Informes del Centro Latinoamericano de Investigación (CELIN) que contaba con financiamiento de la Embajada de Estados Unidos de Norteamérica, mostraban porcentajes elevados de consumo de pasta base y clorhidrato de cocaína.



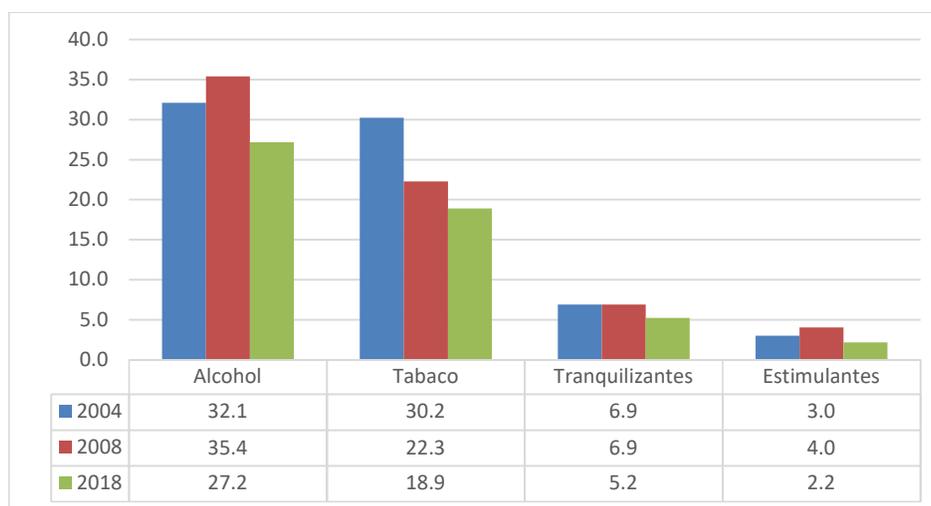
11	III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria	Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito	2016
12	Estudio del Consumo de Drogas en Ciudades Intermedias y Fronterizas	CONALTD	2017
13	III Estudio de Prevalencia de Consumo de Drogas en Población Escolar	Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contras las Drogas	2018
14	I Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en centros penitenciarios	Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contras las Drogas	2018

FUENTE: Elaboración propia en base a estudios oficiales

En relación con el consumo de drogas en escolares de 13 a 18 años de Bolivia (OBSCLCD, 2018), éstos consumen más alcohol (prevalencia de año de 27,2%), tabaco (prevalencia de año de 18,9%), tranquilizantes (prevalencia de año de 5,2%), marihuana (prevalencia de año de 4,3%) y estimulantes tipo anfetamínicos (prevalencia de año de 2.2%).

Haciendo una comparación, entre datos obtenidos en los estudios realizados en escolares en las gestiones 2004, 2008 y 2018 se puede evidenciar que las prevalencias de año, presentan un decremento, en las sustancias lícitas.

Gráfico No. 1: Comparación de prevalencias de año de drogas lícitas en escolares

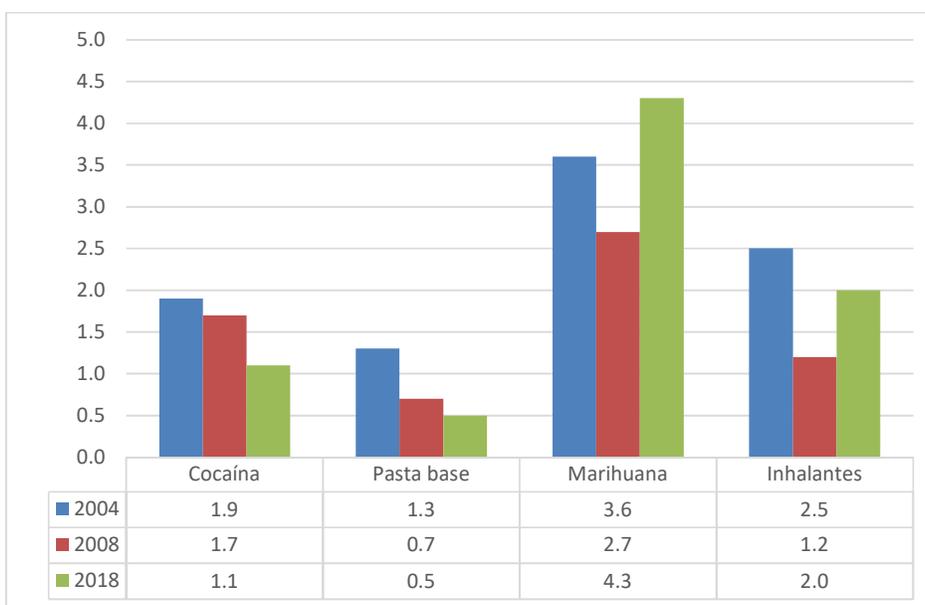


FUENTE: Elaboración propia en base a datos oficiales

Respecto a las sustancias ilícitas estudiadas, el consumo de marihuana presenta un aumento significativo respecto a los datos de las gestiones 2004 y 2008, llamando la atención también, el consumo de inhalantes, que presentaba un decremento en la prevalencia de año entre 2004 y 2008, volviendo a incrementar su consumo para la gestión 2008.



Gráfico No. 2: Comparación de prevalencias de año de drogas ilícitas en escolares



FUENTE: Elaboración propia en base a datos oficiales

Los datos obtenidos en población general (SC-CONALTID, 2013) comprendida entre 12 y 65 años de edad, revelan que, de acuerdo a la prevalencia de año, 49 de cada 100 personas refieren haber consumido alcohol; 25 de cada 100 consumieron tabaco, 1 persona de cada 100 entrevistados consumieron marihuana y 2 de cada 100 consumieron tranquilizantes.

Comparando los datos, entre los estudios realizados en la gestión 2007 y 2013, en las sustancias lícitas, las prevalencias de año muestran un decremento relativamente significativo.

Tabla No. 3: Comparación de prevalencias de drogas lícitas en población general

Sustancia	Prevalencia de Mes		Prevalencia de Año		Prevalencia de Vida	
	2007	2013	2007	2013	2007	2013
Alcohol	37,7	23,02	59,1	48,53	76,4	69,38
Tabaco	27,5	14,81	32,4	25,05	53,0	44,31
Tranquilizantes	1,2	0,95	2,6	1,87	2,7	4,62
Estimulantes	0,2	0,05	0,5	0,26	1,6	0,64

FUENTE: Elaboración propia en base a datos oficiales

El mismo fenómeno se da en las sustancias ilícitas, donde las prevalencias de consumo de inhalantes, marihuana, cocaína, pasta base y éxtasis, principalmente la prevalencia de año, muestran un descenso.



Tabla No. 4: Comparación de prevalencias de drogas ilícitas en población general

Sustancia	Prevalencia de Mes		Prevalencia de Año		Prevalencia de Vida	
	2007	2013	2007	2013	2007	2013
Inhalantes	0,5	0,20	0,9	0,30	2,0	1,00
Marihuana	0,5	0,66	4,5	1,27	10,4	3,61
Cocaína	0,4	0,04	0,6	0,32	3,0	0,83
Pasta Base de Cocaína	0,1	0,04	0,1	0,05	0,7	0,19
Éxtasis	0,0	0,00	0,1	0,00	0,5	0,04

FUENTE: Elaboración propia en base a datos oficiales

En relación a la población universitaria (ONUDD, 2016), el fenómeno se repite, ya que el 56,9% presentan una prevalencia de año para el alcohol, un 25,5% para el tabaco y un 5,0% para la marihuana.

En el caso de las drogas ilícitas, como ya se explicó, la marihuana presenta las prevalencias más elevadas de consumo, contrariamente al consumo de pasta base y cocaína que población general y universitaria no alcanza ni siquiera al 1%, siendo los escolares quienes consumen más estas drogas.

Tabla No. 5: Prevalencias de consumo de drogas por tipo de población estudiada

SUSTANCIAS	POBLACIÓN GENERAL (2014)			POBLACIÓN UNIVERSITARIA (2016)			ESCOLARES DE 13 A 18 AÑOS (2018)			CIUDADES INTERMEDIAS Y FRONTERIZAS (2018)		
	Vida	Año	Mes	Vida	Año	Mes	Vida	Año	Mes	Vida	Año	Mes
Alcohol	69,4	48,5	23,0	77,7	56,9	32,1	44,6	27,2	16,0	60,4	50,4	18,5
Tabaco	45,3	25,1	14,8	46,3	25,5	15,5	37,7	18,9	9,0	31,7	16,8	10,1
Tranquilizantes	4,6	1,9	1,0	3,1	1,2	0,5	9,7	5,2	2,7	2,5	1,8	0,8
Estimulantes	0,6	0,3	0,1	0,9	0,3	0,1	5,3	2,2	1,6	1,5	0,7	0,4
Marihuana	3,6	1,3	0,1	12,3	5,0	2,1	7,7	4,3	2,3	2,6	1,9	0,9
Cocaína	0,8	0,3	0,0	1,4	0,4	0,2	2,7	1,1	0,6	1,7	0,8	0,3
Pasta base	0,2	0,1	0,0	0,4	0,04	0,04	1,2	0,5	0,3	0,6	0,4	0,05
ETA	-	-	-	1,3	0,3	0,2	-	-	-	-	-	-
Inhalantes	1,0	0,3	0,2	1,3	0,2	0,1	3,2	2,0	1,1	0,7	0,2	0,05
LSD	-	-	-	2,2	0,8	0,1	-	-	-	-	-	-

FUENTE: Elaboración propia en base a datos oficiales

Otro dato importante, es la estimación de dependencia a las diferentes sustancias estudiadas. De acuerdo con el último estudio realizado en población general en la gestión 2014, el 58,5% de la población consumidora, se encuentra en un nivel de riesgo bajo, requiriendo solamente educación sobre los efectos del consumo de sustancias. El 31,3% se ubica en el segundo nivel, es decir en riesgo medio, requiriendo consejería un poco más especializada; un 7,6% se encuentra en el tercer nivel o riesgo alto, requiriendo terapia breve y un 2,6 de los entrevistados presentan signos y síntomas de dependencia, requiriendo atención especializada para las adicciones.



Tabla No. 6: Nivel de riesgo ante el consumo de alcohol

Nivel de riesgo	Porcentaje	Acción
Primer nivel, puntaje entre 0 y 7	58,5	Educación
Segundo nivel, puntaje entre 8 y 15	31,3	Consejería
Tercer nivel, puntaje entre 16 y 19	7,6	Terapia breve
Cuarto nivel, puntaje entre 20 y 40	2,6	Derivación a especialista
Total	100,0	

FUENTE: Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en población general de diez ciudades de Bolivia, 2014. CONALTID

Asimismo, y de acuerdo con los resultados del estudio en población general, realizado en la gestión 2014, el 63,5% recibió tratamiento por problemas con el alcohol, el 5,2% debido a sus problemas con otras drogas y un 31,3 por el consumo de ambas sustancias. Si se analiza este dato en función del sexo se tiene que porcentualmente son más mujeres quienes buscaron ayuda por consumo de drogas y alcohol y más hombres quienes lo hicieron por el consumo de alcohol.

Tabla No. 7: Nivel de riesgo ante el consumo de alcohol

	Solo por alcohol	Sólo por drogas	Fue por alcohol y drogas
Hombre	57,3	0,0	42,7
Mujer	67,9	8,9	23,1
General	63,5	5,2	31,3

FUENTE: Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en población general de diez ciudades de Bolivia, 2014. CONALTID

En relación con el consumo de tabaco, el estudio más reciente es la “Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes” (OPS, 2018) realizada por la OPS y el Ministerio de Salud y Deportes en Bolivia en la gestión 2018, cuyos principales resultados son:

- El 10,9% de estudiantes, 13,6% de niños y 8,1% de niñas utiliza actualmente productos de tabaco.
- El 9,3% de los estudiantes, el 11,6% de los niños y el 6,9% de las niñas fuman actualmente tabaco.
- El 6,9% de los estudiantes, el 8,6% de los niños y el 5,2% de las niñas fuman cigarrillos actualmente.
- El 2,8% de los estudiantes, el 3,6% de los niños y el 2,0% de las niñas usan actualmente productos de tabaco sin humo.
- El 7,4% de los estudiantes, el 9,7% de los niños y el 5,0% de las niñas utilizan actualmente cigarrillos electrónicos.



- 6 de cada 10 estudiantes (64,0%) que actualmente fuman tabaco, intentaron dejar de fumar en los últimos 12 meses.
- 6 de cada 10 estudiantes (64,7%) que actualmente fuman tabaco, quisieran dejar de fumar ahora.
- El 15,8% de los estudiantes estuvieron expuestos al humo del tabaco en el hogar.
- El 25,0% de los estudiantes estuvieron expuestos al humo del tabaco dentro de lugares públicos cerrados.
- El 58,3% de los estudiantes que actualmente fuman cigarrillos compraron cigarrillos en una tienda, vendedor ambulante o quiosco.
- Entre los estudiantes que actualmente fuman cigarrillos y que intentaron comprar cigarrillos, el 65,8% no fue impedido e comprarlos por su edad.

Los datos en poblaciones especiales, como son las personas privadas de libertad, muestran que el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida, es muy alto, superando a las prevalencias de la población en general. De las personas privadas de libertad, el 82,7% consumieron alguna vez en la vida alcohol, el 56,1% tabaco, el 32,6% marihuana, el 15,7% clorhidrato de cocaína. El consumo reciente o consumo dentro de los centros penitenciarios muestran prevalencias elevadas en el consumo de tabaco (47,6%), marihuana (21,9%) y alcohol (19,5%).

Tabla No. 8: Prevalencias de sustancias psicoactivas en privados de libertad

SUSTANCIAS	PREVALENCIA DE VIDA		PREVALENCIA DENTRO DEL CENTRO PENITENCIARIO	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Alcohol	87,72%	77,83%	30,37%	8,61%
Tabaco	64,59%	47,52%	54,01%	41,15%
Tranquilizantes o estimulantes	16,45%	7,18%	8,38%	3,83%
Inhalantes	9,16%	6,78%	1,70%	0,48%
Marihuana	45,66%	19,54%	33,24%	10,53%
Clorhidrato de cocaína	24,27%	7,10%	16,42%	1,44%
Pasta base	15,77%	8,45%	10,64%	4,07%
Crack	3,59%	1,75%	2,15%	0,00%
Heroína	1,05%	0,72%	0,36%	0,00%
Otras sustancias	1,01%	1,20%	0,55%	0,32%

FUENTE: I Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en centros penitenciarios

Respecto a la frecuencia de consumo dentro de los centros penitenciarios, en hombres consumen estimulantes, tranquilizantes y tabaco diariamente, en cambio el consumo de alcohol es entre 1 y 3 días al mes. En el caso de las sustancias ilícitas, la marihuana, inhalantes y pasta base tiene una frecuencia casi diaria, mientras que el crack y el clorhidrato de cocaína es de consumo mensual. Las mujeres refieren consumir alcohol entre 2 y 11 veces al año, mientras que estimulantes, tranquilizantes y tabaco, lo hacen casi a diario.



Por último, de acuerdo con los datos proporcionados por el Censo de Personas en situación de calle, publicado en la gestión 2014 por el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, la Red Nacional por la Defensa de la Niñez y Adolescencia en Situación de Calle y el INE (VDS-SC, 2015); a nivel nacional muestran que como mínimo, en las diez ciudades estudiadas¹¹, existen 3.768 personas en situación de calle. De este dato, el 73% son hombres y el 25,9% son mujeres.

Analizando este dato por ciudad, se evidencia que El Alto, Cochabamba, La Paz y Santa Cruz aglutinan el mayor número de personas en situación de calle (89% del total).

La población en situación de calle es predominantemente joven, ya que el 60,4% es menor de 29 años y la media de edad es de 23 años. Lo alarmante de este dato, es que el 31,6% son niñas, niños y adolescentes (menores de 19 años).

Tabla No. 9: Personas en situación de calle de acuerdo con la ciudad y sexo

CIUDAD	SEXO DE LOS ENTREVISTADOS			TOTAL
	Hombres	Mujeres	NS/SR	
Sucre	43	23	0	66
La Paz	504	220	2	726
Cochabamba	782	180	15	977
Oruro	150	22	2	174
Potosí	46	7	1	54
Tarija	60	5	1	66
Santa Cruz	418	152	12	582
Trinidad	37	9	0	46
Cobija	3	3	0	6
El Alto	708	354	9	1.071
TOTAL:	2.751	975	42	3.768

Fuente: Censo de personas en situación de calle, 2014

Respecto al lugar de pernocte, se puede mencionar:

- El 37,1% de los encuestados refiere que lo hace en la calle,
- El 17,7% en la casa familiar u hogar,
- El 16,9% en alojamientos,
- El 10,4% en ambientes en alquiler,
- El 7,1% en albergues,
- El 5,8% actualmente se encuentra recluso en Centro de Justicia Penal Juvenil,

¹¹ Ciudades capitales de los nueve Departamentos más la ciudad de El Alto.



- El 3,9% en una Comunidad Terapéutica,
- El 1,1% regularmente en el lugar de trabajo.

En relación con el consumo de sustancias psicoactivas, se tomó como indicador de consumo, la prevalencia actual. En ese sentido, las sustancias más consumidas por la población en situación de calle son, en orden de importancia: el alcohol (85,6%), el tabaco (68%), los inhalantes (66,1%), la marihuana (65,6%) y la pasta base de cocaína (47,9%). Respecto a la frecuencia de consumo de éstas, la mayoría de los entrevistados refiere consumir a diario alguna de estas sustancias.

Un elemento que resulta alarmante es el inicio precoz en el consumo de sustancias psicoactivas, siendo siempre la edad de 16 años, y en el caso de los inhalantes, el inicio es anterior a los 13 años.

En relación con la callejización, aproximadamente el 50% de los entrevistados, inició el proceso de callejización antes de los 14 años; el 18% lo hizo entre los 5 y los 9 años.

Más del 68% de los entrevistados indica pasar en la calle entre 9 y 24 horas al día. Está claro que, la calle no es percibida como su espacio de vida y no genera sentido de pertenencia, sino que, las personas en situación de calle perciben su vida en calle como una situación transitoria o coyuntural.

De acuerdo con las formas o estrategias para conseguir recursos económicos, la gran mayoría refiere trabajar (42,8%), otros lo hacen a través de la comisión de delitos menores (robo, hurto o prostitución), otros a través de la mendicidad o de la familia. Un dato alarmante es que aproximadamente el 3,1% de los entrevistados refieren conseguir los recursos económicos, con prácticas de violencia sexual comercial y del microtráfico de drogas (4,1%).

De los ingresos económicos generados por las diversas estrategias explicadas anteriormente, un 66,9% se invierte en necesidades básicas y sobrevivencia (comida, vivienda, vestimenta, pareja, sustento familiar) y aproximadamente el 30% es destinado al consumo de alcohol, drogas y diversión.

Las causas para que las personas estén en situación de calle son diversas. El abandono y el fallecimiento de los padres (22,9%), seguida de las decepciones (22,4) y el maltrato infantil (18,9%), son las descritas como principales.

Y referente al por qué de la permanencia actual en esta situación, la mayoría refiere que es por la libertad que encuentran en la calle (32,4%), por las amistades con las que conviven (25,8%) y debido al consumo de alcohol y otras drogas (17,3%).

Factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias psicoactivas

En Bolivia, no existe estudios serios ni oficiales realizados sobre factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, lícitas e ilícitas.

El único documento oficial que presenta factores de riesgo y protección es el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013-2017, que toma como referencia a los factores de riesgo y protección propuestos por Hawkins (1992), por Petterson (1992) o por Mondaca (1997):



Tabla No. 10: Factores de riesgo y protección

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES	FACTORES DE RIESGO A NIVEL DE LA COMUNIDAD	FACTORES PROTECTORES A NIVEL DE LA COMUNIDAD
<ul style="list-style-type: none"> Fomento de la competitividad y el individualismo Promoción de la pasividad y la dependencia Existencia de relaciones de dominación, desequilibradas y discriminatorias Ausencia de estímulo a la participación Déficit de espacios recreativos, deportivos y culturales Falta de política y normativa definida de rechazo a las drogas Disponibilidad de drogas Escasa capacitación de profesionales, docentes y referentes comunitarios en materia de drogas y su abordaje integral 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la autonomía personal Comunicación fluida y bidireccional Estímulo a la participación y la reflexión de los miembros de la comunidad Promoción de la solidaridad y de la integración Existencia de políticas coherentes en relación al consumo de drogas Elevada calidad de la educación Cobertura de salud para toda la población Refuerzo de los valores positivos de las comunidades Reconocimiento de los logros, méritos y ayuda mutua Existencia de espacios alternativos, recreativos, culturales deportivos 	<ul style="list-style-type: none"> Crisis de valores Pocas oportunidades educativas Empobrecimiento creciente de la población Exclusión social Desempleo Presencia de redes de distribución de drogas Tendencias sociales que propicien el consumo de drogas en vez de limitarlo 	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de oportunidades de estudio y de empleo Promoción del desarrollo humano y social Fomento de la cooperación y la solidaridad Establecimiento de relaciones de igualdad Red de organizaciones de apoyo

Fuente: Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013-2017

RESPUESTA DEL ESTADO EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REINTEGRACIÓN

Acciones de fortalecimiento institucional

En el país existieron algunas experiencias que aportaron al fortalecimiento de la institucionalidad pública en reducción de la demanda de drogas:

- **Proyecto DROSICAN:**

El proyecto fue ejecutado por la Secretaría General de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) entre 2008 y 2010 en los países miembros: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, con financiamiento de la Unión Europea.

Las acciones realizadas en estas gestiones fueron:

- Diagnóstico del estado de situación de los Observatorios Nacionales de Drogas.
- Diagnóstico de laboratorios forenses.



- Estudios cualitativos en poblaciones de riesgo para el consumo de drogas de síntesis, Informe Bolivia.
- Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria, Informe Bolivia.
- Contratación de personal técnico para el Observatorio Boliviano de Drogas, que en ese momento dependía de la Secretaría de Coordinación del CONALTID, dependiente del Ministerio de Relaciones Exteriores. Con el apoyo financiero del proyecto DROSICAN, se pudo relanzar el Observatorio Boliviano de Drogas en las gestiones 2008 y 2009.
- Proyecto de Intervención Temprana respecto al consumo de drogas sintéticas y otras drogas en jóvenes de 15 a 25 años (varones y mujeres) de las ciudades de La Paz, Oruro y Tarija.
- El proyecto organizó 50 cursos de formación y capacitación, donde servidores públicos del Estado Plurinacional de Bolivia participaron. Los cursos fueron en las siguientes áreas: reducción de la demanda, reducción de la oferta e investigación en drogas.

En el tema de reducción de la demanda, 15 funcionarios participaron de las 17 capacitaciones realizadas en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, incluyendo pasantías en el Observatorio Europeo de Drogas y en el Plan Nacional de Drogas de España.

▪ **Proyecto PRADICAN:**

El proyecto fue ejecutado por la Secretaría General de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) entre el 2010 y 2013 en los países miembros: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú, con financiamiento de la Unión Europea.

Los resultados y acciones realizadas en estas gestiones fueron:

- RESULTADO 1. “Fortalecer los observatorios nacionales de drogas y establecimiento de una red entre ellos” se desarrollaron cuatro actividades y 16 sub-actividades, con alianzas estratégicas y apoyo directo a los observatorios, ambas acciones sinérgicas que permiten tener logros mayores de los esperados tanto en número como en tiempo, que implica sostenibilidad.
 - Realización del II Estudio epidemiológico Andino sobre el consumo de drogas en población universitaria en los cuatro países.
 - Realización de 10 talleres, dirigido a técnicos institucionales y autoridades en: reducción de la oferta, desarrollo alternativo integral/ sostenible/ preventivo y reducción de la demanda.
 - Capacitación a los técnicos de los Observatorios Nacionales de Drogas y del área de reducción de la demanda de los Países Miembros en los sistemas de clasificación DCM-IV y CIE/10.
 - Sensibilización a periodistas, reporteros, columnistas que escriben sobre los temas de la producción de drogas.



- En el Observatorio Boliviano de Drogas (que se encontraba en fase de estructuración), se realizaron dos talleres con el apoyo de profesionales de los Observatorios de Ecuador y Perú. También se contrató un profesional, por ocho meses con el objetivo de apoyar en la estructuración del Observatorio.
 - Realización de la línea base del Programa Familias Fuertes.
 - Implementación del programa Familias Fuertes, en coordinación con la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- RESULTADO 2. facilitar el diálogo entre gobiernos y entre los gobiernos y la sociedad civil sobre el problema de las drogas, a nivel andino” se desarrollaron dos (2) actividades y tres (3) sub-actividades, con alianzas estratégicas y apoyo directo de las instituciones – públicas y privadas- que operan en los temas de desarrollo alternativo, integral y sostenible, además del preventivo, las Comisiones Nacionales de Drogas, de las cancillerías y de las entidades policiales y entre otras los municipios beneficiarios de los proyectos.
 - RESULTADO 3: mejorar las habilidades en el control de sustancias se han desarrollado actividades a nivel regional sobre el control de precursores en la Comunidad Andina.
 - RESULTADO 4: mejorar la capacidad de análisis relacionado a las drogas en los países de la Comunidad Andina, se han desarrollado acciones que al final del Proyecto permite advertir que los cuatro (4) laboratorios de los diferentes países miembros, tienen homologado y estandarizado el análisis de drogas y metodologías de recolección de muestras cocaínicas.
- **Proyecto PREDEM:**

El objetivo de PREDEM fue el de contribuir al esfuerzo de la Comunidad Andina por superar el problema de las drogas ilícitas y fortalecer el marco de acción existente en los países miembros para la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas.

Fue ejecutado por la ONUDD en los países miembros de la CAN. En el país, las principales acciones ejecutadas fueron:

- Con los gobiernos departamentales y municipales de Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Tarija y Oruro se implementaron procesos de capacitación e implementación de los programas de tratamiento TREATNET, programas preventivos como “Familias Fuertes”, “Iniciativa Juvenil Andina” y aplicación de estándares internacionales de prevención y buenas prácticas.
- Fortalecimiento de capacidades técnicas de servidores públicos en reducción de la demanda de drogas.
- Fortalecimiento de Centros de Tratamiento y Rehabilitación en el país, a través de la dotación de insumos y equipamiento.
- Implementación del programa “Familias Fuertes” en La Paz, El Alto Cochabamba, Sucre Santa Cruz de la Sierra y Sucre.



- Realización del Tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Bolivia, 2016.

▪ **Unión Europea:**

La Unión Europea, viene financiando gran parte de la lucha contra el narcotráfico en el país. Se tiene referencia de la implementación de tres Convenios de Financiación:

- Convenio de Financiación N° DCI-ALA/2010/021-936, denominado “Programa de Institucionalización del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas – CONALTID”.
- Convenio de financiación No. DCI-ALA/2014/025-027 “Programa de Apoyo al Plan de Acción para implementar la Estrategia de la Lucha Contra el Narcotráfico y la Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca (ELCNyRCEC)”.
- Convenio de financiación actual.

En estos tres Convenios, la reducción de la demanda de drogas fue un pilar fundamental, logrando por ejemplo la creación del Programa “Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones”, que se constituye en el Ente Regulador de la Demanda de Drogas, a través de la Resolución Ministerial No. 398 del 30 de junio de 2017, al interior del Ministerio de Salud.

Acciones en prevención del consumo de sustancias psicoactivas

En Bolivia se han implementado algunas iniciativas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas, desde los diferentes actores involucrados en la materia.

Se tiene referencia de tres proyectos que involucraron a más de 15 municipios en el país:

- Descentralización de Políticas de Prevención, que durante tres gestiones (2006-2009), impulsó la elaboración de planes municipales de prevención en 15 municipios del país; ejecutado por la ex Secretaria de Coordinación del CONALTID (ubicada en ese entonces en el Ministerio de Relaciones Exteriores).
- Proyecto piloto de Fortalecimiento Municipal en Prevención de Drogodependencias, que fomentó la organización y movilización social en siete municipios del país; ejecutado por el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas.
- Proyecto comunitario de prevención y tratamiento ambulatorio para personas con hábitos disfuncionales y adictivos del alcohol y otras drogas AID 11303, implementado por la AICS en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes y el Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba.

A través del CAIF, se realizaron capacitaciones, charlas preventivas y movilizaciones estudiantiles de prevención.

Adicionalmente, se debe mencionar que la FELCN ejecuta acciones de prevención, principalmente en unidades educativas del país, relacionadas con: charlas informativas, movilizaciones estudiantiles y el



programa “Mochila segura”¹², que consiste en realizar las pesquisas en Unidades Educativas en busca de sustancias ilícitas, armas blancas y contenido digital inapropiado.

También se debe destacar, que el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, viene realizando campañas informativas en diferentes municipios del país, a través de ferias educativas, difusión de spots preventivos y capacitaciones a funcionarios públicos policiales, departamentales y municipales.

Formación de recursos humanos

En el país se implementaron diversas actividades de formación y capacitación, destinadas a diferentes públicos.

Por un lado, las capacitaciones cortas implementadas por Instituciones Públicas:

- Ministerio de Salud y Deportes, que capacitó a personal de Salud (Bono Juana Azurduy, Programa Mi Salud y Telesalud), profesores a nivel nacional.
- Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, que capacita de manera constante a maestros y maestras, policías y miembros de Defensorías de la Niñez y Adolescencia en todo el país.
- Viceministerio de Seguridad Ciudadana, que realiza capacitaciones y formaciones constantes a los miembros de los Consejos Departamentales de Seguridad Ciudadana, donde incluyen temas de adicciones y personas en situación de calle.

Por otro lado, de acuerdo con el documento “*Currículo de formación de Agentes Comunitarios preventivos de consumo de alcohol y otras drogas*” publicado por la Agencia Italiana para la Cooperación al Desarrollo (AICS, 2020), se tiene el registro del desarrollado de algunos cursos de postgrado relacionados con el abordaje de las adicciones, principalmente en las ciudades del eje troncal del país:

- Diplomado en educación de calle: metodología de abordaje a Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle y Alto Riesgo (Universidad Salesiana, UNICEF y Red Nacional por la Defensa de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Situación de Calle, 2017).
- Curso de experto en Comportamiento Adictivo y Gestión en Intervención Terapéutica en Adicciones (UNIFRANZ, 2017).
- Diplomado en metodologías y técnicas de abordaje a personas en situación de calle con enfoque comunitario (SEDEGES y UMSS, 2015).
- Diplomado en intervención integral en drogodependencias: Modalidad Comunidad Terapéutica (UNIFRANZ, 2013).
- Diplomado internacional en derechos humanos y políticas públicas sobre drogas (UNIFRANZ, 2013).

¹² Actividad suspendida en mayo de la gestión 2022, ya que un informe de la Defensoría del Pueblo consideraba que se estaban vulnerando los derechos de niñas, niños y adolescentes.



La última capacitación oficial registrada, fue la implementada por el “*Proyecto Comunitario de prevención y tratamiento ambulatorio para personas con hábitos disfuncionales y adictivos del alcohol y otras drogas*” a través del:

- Diplomado “Formación de agentes comunitarios preventivos del consumo de alcohol y otras drogas” impartido por la Universidad Católica Cochabamba, con una carga horaria de 800 horas académicas y donde se formó a 60 servidores públicos de Cochabamba.

Por último, se ha evidenciado que durante la gestión 2022, se han estado ofertando algunos cursos de actualización y postgrado en el tema de adicciones:

- Especialización Superior en Terapéutica de las Adicciones, ofertado en modalidad a distancia por la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca.
- Postítulo en Drogodependencias y Adicciones Tecnológicas en Niñas/os, Adolescentes y Adultos, ofertada en modalidad virtual por la Universidad Central de Cochabamba.
- Seminario de formación: Adicciones y jóvenes en proceso de exclusión social, ofertado por la Universidad Mayor San Simón en la ciudad de Cochabamba.
- Curso especializado: Reducción de riesgos en el abuso del alcohol y otras sustancias, ofertado de manera virtual por la Fundación Semilla y la EGPP.

Acciones en tratamiento y reintegración de personas con hábitos adictivos y drogodependientes

Quizás el ámbito menos abordado en el país, desde el estamento público, está relacionado con el tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos adictivos y drogodependientes.

A nivel nacional solamente existen 5 centros públicos de tratamiento y rehabilitación de drogodependientes:

- Instituto Nacional en Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación en Drogodependencias y Salud Mental – INTRAID, ubicado en la ciudad de Tarija, que, aunque inicialmente solamente atendía casos relacionados con el alcohol y otras drogas, actualmente, amplió su accionar a otras patologías psiquiátricas.
- Hospital de segundo nivel para drogodependientes del Gobierno Municipal de Santa Cruz. Centro especializado en el tratamiento y rehabilitación de drogodependientes, que funciona bajo el modelo de comunidad terapéutica.
- Centro Camino dependiente de la Gobernación de Cochabamba, que trabaja a través del abordaje multidisciplinario en el tratamiento y rehabilitación de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, bajo el modelo de comunidad terapéutica.
- Centro Comunitario de Apoyo a la Familia (CAIF), dependiente del Gobierno Municipal de Cochabamba, desde donde se realiza el abordaje terapéutico ambulatorio en personas mayores de 18 años con problemas de consumo de alcohol y otras drogas.



- Playa Ancha, que funcionará en Capinota como una Comunidad Terapéutica, dedicada por ahora a atender a menores de 18 años en situación de calle¹³.

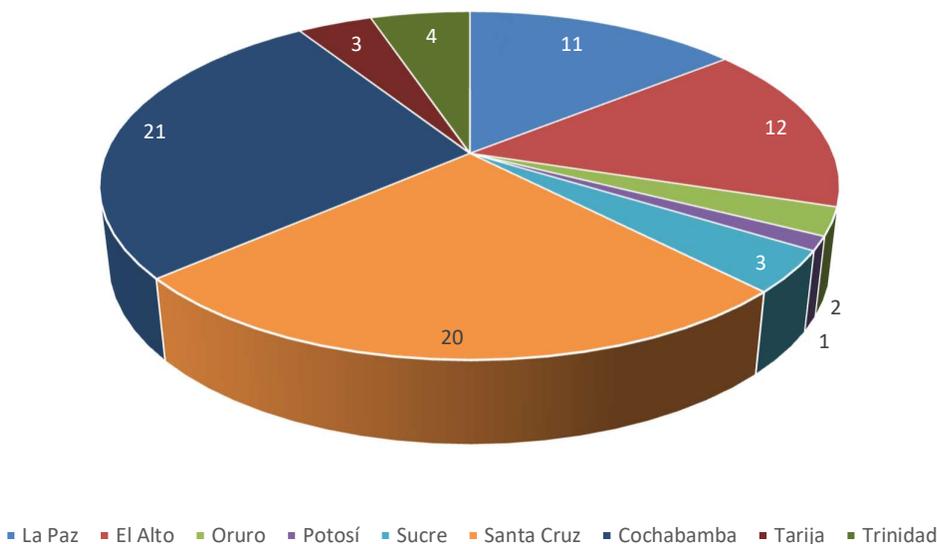
Adicionalmente, se tiene referencia que, en el Departamentos de La Paz, se tiene previsto la implementación de una comunidad terapéutica:

- Comunidad terapéutica que la Gobernación de La Paz pretende implementar en La Paz o El Alto, a través de la dotación de un bien inmueble incautado al narcotráfico. Para eso Asambleísta Departamental Samantha Coronado, tiene un proyecto de Ley Departamental que está en proceso de aprobación.

El resto de las organizaciones que trabajan en trabajo de calle, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos adictivos y drogodependientes, son no gubernamentales, con un gran porcentaje, además, con orientación religiosa.

De acuerdo con el último informe realizado por el Ministerio de Salud y la fundación SEAMOS en la gestión 2011 (SEAMOS, 2011), existían el país 77 centros para drogodependientes.

Gráfico No. 3: Centros de tratamiento en Bolivia (2011)



Fuente: Informe SEAMOS 2011

¹³ Playa Ancha, tiene previsto albergar a 300 personas en situación de calle y drogodependientes, en un futuro no muy lejano, requiriendo para esto, la dotación de personal especializado.



ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

Instituciones Públicas

De acuerdo con la normativa vigente, detallada páginas atrás, las atribuciones de las instituciones públicas involucradas en la reducción de la demanda son:

Tabla No. 11: Atribuciones de los diferentes niveles del Estado

GOBIERNO NACIONAL	GOBIERNOS AUTONOMOS DEPARTAMENTALES	GOBIERNOS AUTONOMOS MUNICIPALES
<p>Ministerio de Salud y Deportes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ente rector en salud, por ende para la atención, promoción de la salud y hábitos saludables, prevención para la reducción de la demanda de drogas. ▪ Dirige y coordina la “Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de Personas con Adicciones y su Entorno”. ▪ Propone, monitorea y evalúa políticas, programas, proyectos, manuales, protocolos en prevención, tratamiento y reintegración. 	<p>Tratamiento residencial de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes (comunidades terapéuticas).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención (universal, selectiva e indicada) de hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes. 2. Seguimiento y acompañamiento a NNATS 3. Trabajo de calle (con NNASC y niñas, niños y adolescentes en riesgo psicosocial) 4. Tratamiento ambulatorio comunitario de hábitos disfuncionales y adictivos. 5. Reintegración de personas rehabilitadas.
<p>Ministerio de Salud y Deportes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Apoyar en la construcción de políticas y programas de prevención de hábitos disfuncionales y adictivos dentro del ámbito educativo, en coordinación con los miembros de la Red; b) Promover la educación, formación integral, en valores socio-comunitarios, de manera integral e intercultural, en igualdad de condiciones sin discriminación, en función a sus necesidades y particularidades; c) Incorporar en el currículo Base del Sistema Educativo Plurinacional contenidos sobre la prevención hábitos disfuncionales, adictivos o drogodependientes; d) Elaborar material pedagógico y didáctico, con contenidos sobre prevención de hábitos disfuncionales, adictivos o drogodependientes dirigido a 		



<p>maestros, estudiantes, madres y padres de familia;</p> <p>e) Promover acciones de capacitación, sobre prevención hábitos disfuncionales, adictivos o drogodependientes para maestros, maestras, estudiantes, madres y padres de familia;</p> <p>f) Promover ferias, campañas y movilizaciones en contra del consumo de drogas y otras determinantes.</p>		
<p>Ministerio de Gobierno:</p> <p>a) Coordinar, promover y ejecutar acciones conjuntas con las entidades territoriales autónomas en materia de prevención;</p> <p>b) Garantizar el accionar efectivo de los entes operativos en la preservación, mantenimiento y la defensa de la sociedad, priorizando su acción preventiva;</p> <p>c) Promover la implementación, programas de reintegración basados en evidencia científica en los centros y recintos penitenciarios a personas con problemas de adicción, en coordinación con la Dirección General de Régimen Penitenciario;</p> <p>d) Promover la capacitación, formación y especialización en materia preventiva de la Policía Boliviana.</p>		

En ese sentido, las acciones realizadas hasta la fecha por las Instituciones mencionadas y otras, del Gobierno Nacional, son:

➤ **Ministerio de Salud, a través de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud:**

- El Ministerio es el punto focal para temas de tabaco.
- Es punto focal de la OPS/OMS en el país.
- Ha realizado capacitaciones y formaciones de servidores públicos en diversos GAD y GAM.
- Implemento en dos oportunidades el Ente Regulador en Reducción de la Demanda de Drogas (2016 y 2018).



- Construcción de protocolos de prevención en la comunidad (Mi Salud), en la comunidad educativa, en familias; y de tratamiento.
- Inició la construcción de protocolos de caracterización de servicios para drogodependientes, con asistencia técnica de la Agencia Italiana para la Cooperación al Desarrollo (2016).
- Creo el Programa “Programa Nacional de Prevención y Tratamiento de Adicciones”, que se constituye en el Ente Regulador de la Demanda de Drogas, a través de la Resolución Ministerial N° 398 del 30 de junio de 2017.
- Elaboró y aprobó la “Guía de Procedimientos para Subvenciones de Tratamiento Residencial para Poblaciones con Hábitos Disfuncionales, Adictivos y drogodependientes”, a través de la Resolución Ministerial No. 804 del 25 de octubre de 2017.
- Se ha elaborado la Norma Nacional de Caracterización de Servicios de Trabajo de Calle para Personas con Hábitos Disfuncionales, Adictivos y Drogodependientes. El mismo fue aprobado a través de la Resolución Ministerial N° 804.
- Se elaboró la “Guía de Prevención de Hábitos Disfuncionales, Adictivos o Drogodependientes en Unidades Educativas”, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 804.
- Se construyó, implementó y sistematizó el único Centro Integral de Atención a la Familia (CAIF) del país. Este proyecto fue ejecutado por la Agencia Italiana para la Cooperación al Desarrollo, en coordinación con el Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba (2018-2020).
- Se desarrolló la investigación “Encuesta Mundial sobre el Tabaquismo en los Jóvenes” en Bolivia, con la asistencia técnica y financiera de la OPS/OMS (2018).
- Se desarrolló la investigación “Encuesta Mundial de Salud en Adolescentes” en Bolivia, con la asistencia técnica y financiera de la OPS/OMS (2018).
- A través de la asistencia técnica de la AICS se elaboraron los siguientes documentos: 1) criterios para la acreditación de centros y servicios de tratamiento ambulatorio; 2) caracterización y acreditación de servicios de tratamiento residencial; 3) caracterización y acreditación de servicios de trabajo de calle
- A través de la asistencia técnica de DITISA se elaboraron los siguientes documentos: 1) Diseño de un modelo integral de abordaje en adicciones para personas privadas de libertad, considerando las condiciones de género; 2) Diseño del sistema nacional de tratamiento en adicciones y de su sistema de información; 3) Diseño curricular para el fortalecimiento de capacidades institucionales en salud mental y adicciones con enfoque comunitario.

➤ **Ministerio de Educación:**

- En coordinación con la ONUDD, se realizó la capacitación de profesores y padres de familia en prevención del consumo de drogas (2013-2016).
- Elaboró juntamente con el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas el “Protocolo de prevención y actuación ante la presencia, tenencia, consumo y microtráfico de drogas en las Unidades Educativas” (2019).



- Realiza diferentes cursos de capacitación y actualización en prevención del consumo de drogas, dirigidos a maestros y maestras a nivel nacional.
- **Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas (a través de la Unidad de Prevención contra el Consumo de Drogas):**
 - Realizó el Primer estudio de prevalencia del consumo de drogas en población general (2007).
 - Realizó el Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de 13 a 18 años (2008).
 - Ejecutó el programa de Fortalecimiento Municipal de Prevención del consumo de drogas, con la metodología ECO2 en los Municipios de Coroico, Villa Tunari, Shinahota, Chimoré, La Guardia, Warnes y Villazón, con la asistencia técnica y financiera de CARITAS alemana (2009-2011).
 - Realizó el estudio Consumo de Drogas en Menores infractores de Ley (2010).
 - Coordinó el Primer estudio de prevalencia del consumo de drogas en población universitaria, implementado por la CICAD/OEA (2012).
 - Realizó el Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas, con la asistencia técnica y financiera de CARITAS alemana (2011-2013).¹⁴
 - Realizó el Censo de Personas en situación de calle (2015).
 - Coordinó con la ONUDD la implementación del Programa de prevención “Familias fuertes” (2013-2014).
 - Ejecutó el programa de prevención en Unidades Educativas “MUSUJ RUNA” con el Arzobispado de Cochabamba (2014-2015).
 - Organizó juntamente con la Red Nacional por la Defensa de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Situación de Calle, el encuentro mundial de educadores de calle (2016).
 - Elaboró juntamente con el Ministerio de Educación el “Protocolo de prevención y actuación ante la presencia, tenencia, consumo y microtráfico de drogas en las Unidades Educativas” (2019).
 - En coordinación con Maya Paya Kimsa, realizaron la investigación “*Lineamientos de atención, prevención y rehabilitación para población en situación de calle de 12 a 25 años, con un enfoque territorial en ciudades capitales del eje troncal y la ciudad de El Alto*” (2022)
 - Realiza ferias educativas y preventivas a nivel nacional.
 - Realiza capacitaciones a efectivo policiales y maestros en prevención del consumo de drogas.
 - Realizan campañas de prevención en medios de comunicación masivos (televisión) y redes sociales.
 - A través de la FELCN se realizan charlas y movilizaciones de prevención con estudiantes de secundaria.

¹⁴ El PNRDD fue liderado por el VDS-SC y realizado de manera conjunta con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.



➤ **Viceministerio de Seguridad Ciudadana:**

- Realizó, con la asistencia técnica y financiera de UNICEF los siguientes diagnósticos de niños en situación de calle:
 - “Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle a nivel nacional” (2014)
 - “Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle de La Paz” (2014)
 - “Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle de El Alto” (2014)
 - “Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle de Cochabamba” (2014)
 - “Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad Diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle de Santa Cruz” (2014)
- Elaboró, con la asistencia técnica y financiera de UNICEF el documento “Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad. Modelo Nacional de Prevención y Atención Integral e Intersectorial para Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle” (2014).
- Elaboró “El Protocolo para la Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle” (2016).

➤ **Ministerio de Justicia:**

- La Ley los faculta a coordinar con los SEDEGES y GAM servicios y programas de prevención, protección y tratamiento de NNASC.
- En coordinación con la Fundación Munasim Kullakita, la Dirección Plurinacional de la Juventud dependiente del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades del Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, publicó el documento titulado “Protocolo Municipal para la Prevención, atención y reintegración de jóvenes en situación de calle” (2021).

➤ **La extinta Secretaría de Coordinación del CONALTID, dependiente en primera instancia del Ministerio de Relaciones Exteriores y luego del Ministerio de Gobierno:**

- Ejecución del proyecto de fortalecimiento del OBD (Instituto Portugués de Toxico Dependencias -IPTD)
- Ejecución del proyecto de descentralización de políticas de prevención con Municipios (CICAD/OEA), donde se implementó, además, el proyecto PROTEGO de prevención del consumo de drogas.
- Punto focal del Proyecto DROSICAN (CAN).
- Ejecutor del Convenio de Financiación N° DCI-ALA/2010/021-936, denominado “Programa de Institucionalización del Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas – CONALTID”.
- Punto focal del Proyecto PREDEM (a través del cual se ejecutó Familias Fuertes).



- Ejecutor del convenio de financiación No. DCI-ALA/2014/025-027 “Programa de Apoyo al Plan de Acción para implementar la Estrategia de la Lucha Contra el Narcotráfico y la Reducción de Cultivos Excedentarios de Coca (ELCNyRCEC)”.
- Realizó el primer estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de 13 a 18 años (2004).
- Coordinó el Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en población universitaria (2009).
- Realizo el segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en población general (2015).
- Coordino el Estudio cualitativo sobre drogas sintéticas (2009).

Organizaciones de la Cooperación Internacional

Dentro de los Organismos de Cooperación Internacional identificados, que trabajan de manera directa y cofinanciando programas y proyectos en prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes, se tiene:

- *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*¹⁵: que trabaja directamente en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes, en temas relacionados con salud mental y prevención y tratamiento del tabaco, habiendo realizado investigaciones, conversatorios, foros-debates en el tema. Asimismo, brinda asistencia técnica al Ministerio en temas de tabaco y salud mental.

En la gestión 2018, la OPS juntamente con el Ministerio de Salud, realizó el estudio “*Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes*” en Bolivia.

Asimismo, fue un actor importante, juntamente con el Ministerio de Salud y Organizaciones de la Sociedad Civil Organizada, en impulsar y asesorar la Ley No. 1280 de Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco, aprobada el 13 de febrero del 2020.

Por otro lado, realizaron capacitaciones a nivel nacional, con personal de salud en:

- 800 recursos humanos en salud de primer nivel capacitados en primeros auxilios psicológicos.
 - 60 recursos humanos en salud mental, a nivel nacional, fortalecieron sus capacidades en el manejo de estrés laboral para personal de primera línea frente a la COVID-19.
 - 200 profesionales capacitados en la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.
- *Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD)*: desde hace varias gestiones, la ONUDD en Bolivia ejecuta proyectos en el país. Los más relevantes y recientes son¹⁶:

¹⁵ Tomado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54783>

¹⁶ Tomado de: https://www.unodc.org/bolivia/es/prevencion_del_uso_indebido_de_drogas.html



- Capacitaciones en estándares internacionales para el tratamiento de drogodependientes, a través del Programa TREATNET en las áreas de trabajo social, psicología y medicina. Se capacitaron: personal de salud, educativo y comunitario.
- Implementación del programa de prevención “Familias fuertes” en las ciudades de La Paz, El Alto Cochabamba, Sucre Santa Cruz de la Sierra y Sucre.
- Realización del Concurso Nacional de Buenas Prácticas en Iniciativas de Prevención, Tratamiento y Reinserción Sociolaboral del Consumo de Drogas.
- En el marco del Proyecto BOL/J39, elaboraron manuales de prevención del consumo de drogas, destinado a la comunidad educativa: Manual de prevención del uso indebido de drogas - Problemática de las drogas. Orientaciones generales; Manual de prevención del uso indebido de drogas, para docentes de primaria; Manual de prevención del uso indebido de drogas, para docentes de secundaria; Manual de capacitación de padres de familia en prevención del uso indebido de drogas, para facilitadores.
- Transferencia al Ministerio de Educación la metodología de intervención en prevención del uso indebido de drogas en los ámbitos escolar y familiar, para su réplica a nivel nacional a través de instancias de formación del Ministerio (PROFOCOM, UNEFCO, EDUCA INNOVA).
- Capacitación y formación de estudiantes y maestros a nivel nacional en prevención del consumo de drogas.
- Organizaron más de 100 eventos de movilización social (ferias y festivales educativos, jornadas interdisciplinarias y manifestaciones colectivas contra el consumo del alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, anfetaminas, pasta base de cocaína y otras drogas).
- En el marco del proyecto PREDEM, coordinaron la realización del “*Tercer estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Bolivia, 2016*”
- Brindó asistencia técnica a Instituciones Públicas para la organización y reglamentación de la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno (Ley No. 913 de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas).
- Realizaron donaciones de insumos, equipamiento y fármacos al Centro de Rehabilitación y Salud Mental San Juan de Dios.
- Actualmente se encuentra ejecutando el proyecto de tratamiento y reintegración de personas en situación de calle de la Coronilla de la ciudad de Cochabamba.



- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)¹⁷: fiel a su mandato, UNICEF trabaja con Organizaciones No Gubernamentales socias, en proyectos destinados a la niñez y adolescencia. En ese sentido, se tiene el registro de:

- Maya Paya Kimsa, en temas de prevención y trabajo de calle con niñas, niños, adolescentes y jóvenes en situación de calle de El Alto principalmente. Asimismo, con la asistencia técnica y financiera de UNICEF se publicó el documento *“educarse en la calle”*, guía de formación para educadores de calle, que promueve una metodología de abordaje basadas en los derechos humanos para el trabajo con niñas, niños, adolescentes (NNA) y jóvenes que viven en situación de calle.

Asimismo, apoyó en la sistematización y publicación del estudio *“Caracterización de niñas, niños y adolescentes en alta vulnerabilidad en el espacio público de la ciudad de Oruro”*

- Munasim Kullakita, en temas relacionados con abordaje de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, migrantes y trata y tráfico de personas.

- Unión Europea: no solo financia en gran parte la lucha contra el narcotráfico de Bolivia, con principal énfasis en la reducción de la demanda de drogas, sino que, a través del financiamiento de proyectos a Organizaciones No Gubernamentales, apoya y fortalece el trabajo preventivo. Se tiene registro de la siguiente acción:

- PROCOSI¹⁸, CECASEM, FUNDESOC e IPTK están ejecutando el proyecto *“Proyecto Construyendo Redes Departamentales Comprometidas Con las Prevención del Consumo de Drogas”* en La Paz, Municipio de El Alto, Santa Cruz de la Sierra, Chuquisaca, Municipio de Sucre, Beni: Municipios de San Borja y Guayaramerín.

El objetivo de este proyecto es el de *“aportar y contribuir en el proceso de prevención del consumo de drogas en adolescentes de 12 a 18 años, gracias a sus capacidades de articulación y posibilidades de generar incidencia a nivel municipal y departamental”*. El fin último de la acción es construir y/o fortalecer mecanismos de protección, cuyo eje central es la familia apoyada en la comunidad, para reducir el riesgo del consumo de drogas lícitas e ilícitas de adolescentes de 12 a 18 años.

- Caritas Alemana: desde la gestión 2012 aproximadamente, apoya a la Fundación Munasim Kullakita en la prevención y tratamiento comunitario de las adicciones bajo el modelo comunitario ECO2. Este proyecto está siendo ejecutado en la ciudad de EL Alto, Cochabamba, Santa Cruz y La Paz.

Cabe resaltar que el primer proyecto en Bolivia ejecutado con la metodología ECO2, fue en el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, en 7 municipios del país, entre las gestiones 2009-2011.

- Agencia Italiana para la Cooperación al Desarrollo (AICS): a través de su programa de salud, ejecuto entre las gestiones 2018 y 2020 el *“Proyecto comunitario de prevención y tratamiento*

¹⁷ Tomado de: <https://www.unicef.org>

¹⁸ Tomado de: <https://www.procosi.org.bo/es/component/sppagebuilder/?view=page&id=38>



ambulatorio para personas con hábitos disfuncionales y adictivos del alcohol y otras drogas” AID 11303, en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes y el Gobierno Autónomo Municipal de Cochabamba.

En este proyecto se logró diseñar, construir, implementar y sistematizar la experiencia del primer Centro Comunitario de Apoyo a la Familia del país. El CAIF, se constituye en centro comunitario ambulatorio de mediano umbral de prevención y tratamiento comunitario de adicciones.

Con este proyecto se publicaron los siguientes documentos:

- Modelo de prevención y tratamiento comunitario de personas con hábitos disfuncionales y adictivos.
- Currículo de formación de agentes comunitarios preventivos de consumo de alcohol y otras drogas.
- Sistematización de la experiencia del “Proyecto comunitario de prevención y tratamiento ambulatorio para personas con hábitos disfuncionales y adictivos del alcohol y otras drogas”
- Detección temprana e intervención breve del consumo de alcohol.

Organizaciones No Gubernamentales

De acuerdo con la última acreditación de centros para drogodependientes, realizada por la ex Secretaria de Coordinación del CONALTID (ubicada en ese entonces en el Ministerio de Relaciones Exteriores) en la gestión 2005 (CONALTID, 2005), se contaban con 72 centros a nivel nacional.

Por otro lado, como se mencionó en capítulos anteriores, el último registro con el que se cuenta a nivel nacional, es el realizado por el Ministerio de Salud y la Fundación SEAMOS realizado en la gestión 2011, donde se tenían contabilizados 77 centros.

Asimismo, el dato más reciente es el presentado por el consultor de DITISA, Dr. Juan del Pozo, donde evidencio la existencia de 12 centros en Santa Cruz en la gestión 2021, de acuerdo con el siguiente detalle:

Tabla No. 12: Centros para drogodependientes de Santa Cruz (2021)

NOMBRE DEL CENTRO	TIPO
Centro un día a la vez	Privada
Centro de rehabilitación de Salud mental Blanca Añez	ONG
Centro de rehabilitación de adictos (CREA)	ONG
Centro de rehabilitación FUNSER	ONG
Hospital psiquiátrico y de salud mental Benito Mennin	ONG
Centro RAFA	Fundación
Centro de drogodependientes Ana Medina (centro de tratamiento municipal)	Pública
Centro PENIEL	Iglesia
Centro Salvos por Amor	ONG



Comunidad Encuentro	Fundación
Fundación Casa Éxodo	ONG
Centro de Vida	Privada

ANÁLISIS DE MODELOS, METODOLOGÍAS Y ENFOQUES DE TRABAJO EN ADICIONES

Considerando el periodo comprendido entre la gestión 2006 y 2022, como se mencionó anteriormente, el abordaje en prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes en Bolivia, está siendo implementado principalmente por Organizaciones No Gubernamentales, con una reducida participación del Estado, en sus diferentes niveles de administración (Gobierno Nacional, Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales).

Por un lado, desde el Gobierno Nacional, las Instituciones antes mencionadas han implementado acciones, principalmente destinadas a la investigación, prevención del consumo de sustancias psicoactivas y promoción de estilos de vida saludables. Estas acciones fueron implementadas, en su gran mayoría, de manera aislada, no coordinadas con otras instituciones públicas, de manera coyuntural, sin formar parte de un programa “macro” de prevención y sin un modelo metodológico subyacente. Por ejemplo: las movilizaciones estudiantiles, las ferias comunitarias y festivales preventivos implementados por la mayoría de las Instituciones del Gobierno Nacional, en fechas especiales (día mundial contra el tabaco, día internacional de lucha contra las drogas, día internacional contra el alcohol, etc.), solamente fueron eso, una actividad aislada, sin demostrar la efectividad de éstas, más allá de mostrar indicadores de cobertura y participación¹⁹.

Como consecuencia de no existir un modelo preventivo establecido por el Estado, los mensajes y campañas preventivas, no siguen un mismo hilo conductor. Por ejemplo, en las movilizaciones organizadas por la FELCN a nivel nacional, se puede advertir, la difusión de mensajes relacionados con la muerte: “las drogas matan”; o la implementación de campañas tituladas “di no a las drogas”²⁰, por su parte el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, llegó a difundir en la gestión 2018, mensajes preventivos en redes sociales con el slogan “por favor no consumas drogas”.

¹⁹ La literatura mundial sobre prevención del consumo de sustancias psicoactivas ha demostrado que las actividades aisladas de movilización, ferias y festivales no tienen casi ningún efecto en la población. Es más, los organismos internacionales especializados en la materia, recomienda y brinda lineamientos específicos para la implementación de acciones preventivas basadas en evidencia científica, para evitar dispersos esfuerzos y recursos.

²⁰ El concepto “di no a las drogas” responde a un modelo internacional denominado “guerra contra las drogas” impulsado principalmente por el Gobierno de los Estados Unidos. Este enfoque, implementado en la década de los 80’s y 90’s ha sido catalogado como un fracaso, vulnerando derechos humanos y criminalizando al consumidor y productor.



Cuadro No. 2: Spot preventivo difundido en la gestión 2018



Cuadro No. 3: Fotografía de una movilización estudiantil



Fuente: captura de pantalla de la movilización realizada en la gestión 2015

A nivel subnacional, las Defensorías de la Niñez y Adolescencia tiene el mandato de implementar acciones de prevención. Las principales actividades realizadas por estas Instituciones están relacionadas con charlas y ferias en Unidades Educativas, donde los materiales utilizados y temas tratados, son seleccionados de manera discrecional por el personal de estas reparticiones municipales, ya que no existe material, ni página web oficial, ni guías metodológicas donde puedan basar sus contenidos.



Este mismo hecho, se reproduce en las Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en adicciones, principalmente en el área de tratamiento y rehabilitación de personas con adicciones. No se debe olvidar que pasaron 17 años desde la última acreditación realizada en la gestión 2005, siendo que, en este tiempo el Estado no puede garantizar ni controlar el correcto accionar de estas Organizaciones, donde muchas veces se vulneran los derechos humanos de pacientes que en su desesperación y ante la ausencia de centros de tratamiento públicos, acuden a éstos.

“Duberti Soletto, director de Políticas Sociales de la Gobernación de Santa Cruz, informó que los adictos del centro de rehabilitación Misión Esperanza en el municipio de Cotoca eran maltratados. Agregó que las personas a cargo de este centro están detenidas y que posteriormente serán puestas ante un juez cautelar” (Noticia publicada por ATB Digital el 28 de mayo 2018²¹)

La mayor parte de los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales tiene un enfoque cristo-céntrico, sin muchas veces, contar con un modelo terapéutico ni mucho menos profesionales en el área de salud mental, derivando este hecho en un manejo empírico (no clínico) de los síndromes de abstinencia y basándose solamente en la oración y trabajo durante el proceso de recuperación.

Por último, cabe mencionar que en el país no se ha trabajado ni fomentado la diversificación de opciones para el abordaje integral de las adicciones. Más del 80% de las ONG que trabajan en el tema, son Comunidades Terapéuticas o centros psiquiátricos con Comunidades Terapéuticas en su interior. Existen muy pocas opciones relacionadas con centros de día, centros ambulatorios de tratamiento o de tratamiento comunitario. Este hecho, sumado a que la gran mayoría de los centros están destinados a hombres, se constituyen en barreras de acceso muy fuertes para la población con adicciones.

CONCLUSIONES

1. En Bolivia existe el marco normativo – jurídico necesario para el emplazamiento de acciones en prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes. Exceptuando por la Ley No. 1280, que aún no cuenta con la reglamentación respectiva, lo que la hace inviable.
2. En el país existen y existieron experiencias muy interesantes en prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes, tanto desde el sector público como privado. Se deben considerar las lecciones aprendidas y buenas prácticas, para futuros planes, programas y proyectos en el tema.
3. Antes de la Ley No. 913, las acciones del hecho preventivo estaban muy dispersas, duplicando muchas veces esfuerzos y recursos. A partir de la gestión 2019, el Ministerio de Salud y Deportes asume la conducción técnica del tema.
4. El Ministerio de Salud y Deportes, a través de la Dirección General de Promoción y Prevención de la Salud es la responsable de designar la Entidad operativa para dirigir y coordinar la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración de personas con adicciones y su entorno. Para este cometido, debe fortalecerse en cuando a recursos humanos calificados, equipamiento e insumos.

²¹ Tomado de: <https://www.atb.com.bo/sociedad/adictos-eran-maltratados-en-el-centro-de-rehabilitación-misión-esperanza>



5. Si bien el Ministerio de Salud y Deportes es la cabeza de sector en temas relacionados con la reducción de la demanda de drogas, no se debe perder de vista los enfoques de: salud pública, bio-psico-social-espiritual y educativo; evitando de esta manera caer en un abordaje netamente médico de las adicciones.
6. La alta rotación de personal en el Sistema público afecta de sobremanera en la implementación de planes, programas y proyectos en reducción de la demanda, ya que, al no existir una política de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración, las nuevas autoridades y técnicos, tratan de implementar sus ideas y visiones propias.
7. Además de la rotación de personal, existe una gran debilidad en el recurso humano disponible, ya que el personal no necesariamente cuenta con la formación especializada. El trabajo en prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración en el Estado está muy desvalorado y considerado como una actividad que cualquier persona puede realizarla.
8. Se deben buscar mecanismos técnico-políticos para involucrar plenamente al Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha Contra las Drogas, Viceministerio de Seguridad Ciudadana y el Ministerio de Educación en temas de planificación, gestión, implementación y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos.
9. Innegablemente, la fuerza y experiencia en el abordaje de las adicciones en el país, está en las Organizaciones No Gubernamentales. En ese sentido, existen dos caminos: ignorarlas y solamente recabar información de ellas; o más bien, generar alianzas, capitalizar sus experiencias, trabajar conjuntamente y mejorar de esta manera la cobertura y formas de trabajo.

RECOMENDACIONES

1. Es recomendable que la Red de Prevención Integral, Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración analice profundamente seguir trabajando bajo el concepto de “reducción de la demanda de drogas” o más bien trazar el horizonte político-técnico relacionado con los hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes. Esta recomendación, básicamente por la carga política que implica el término de “reducción de la demanda de droga”, vinculado fuertemente con la “guerra contra las drogas” y todos los males sociales, económicos y políticos que esto implicó.
2. Si bien el Ministerio de Salud y Deportes cuenta con un Plan de Salud Mental, no es recomendable que un nuevo plan de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración dependa o se descuelgue de este.

Por un lado, al tratarse de un Plan Multisectorial, éste responde no solo a salud mental, sino a otras áreas de acción, como: seguridad ciudadana, deporte, educación, etc. Por otro, el plan de salud mental es muy reduccionista y simplista en su propuesta para el abordaje de las adicciones, centrándose básicamente en el abordaje médico del tratamiento y rehabilitación de adicciones y la promoción de la salud, dejando de lado las diferentes y múltiples dimensiones y aristas necesarias para entender y abordar las adicciones.



3. En un nuevo Plan de prevención, tratamiento, rehabilitación y reintegración de hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes, se debe considerar no solo a las adicciones a sustancias, sino que, debe incluir también las nuevas adicciones: al juego, a las pantallas, entre otras.
4. Es altamente recomendable que las nuevas acciones públicas en la materia contemplen la evaluación y sistematización de experiencias, ya que no fue una práctica común en las anteriores intervenciones.
5. El abordaje de las adicciones debe ser integral, sistémico e intersectorial. Para esto es importante que los diferentes actores públicos, dependiendo del nivel de administración al que pertenecen y de sus mandatos, comprendan sus responsabilidades a cabalidad. Ya que, desde el punto de vista de gestión pública, tener a un Ministerio o Viceministerio, organizando ferias de prevención e nivel local, en vez de direccionar sus esfuerzos y recursos a la construcción de políticas, estrategias, guías y manuales, se estarían duplicando esfuerzos y recursos con las ETAs.

La misma recomendación para algunos Organismos Multilaterales de Cooperación, que muchas veces confunden su mandato (asesorar, financiar, apoyar en la política pública) con las acciones propias de una ONG (implementar proyectos directamente con las ETAs)



BIBLIOGRAFÍA

CONALTID (2014). 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.

Convención Única sobre estupefacientes (1961). Formato digital: https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf

PRADICAN (2012). II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria, Informe Bolivia.

Escohotado Antonio (1998). Historia General de las Drogas. Editorial S.L.U. Espasa, Madrid - España, edición actualizada.

Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2016-2020. Formato digital: http://www.cicad.oas.org/mem/activities/poa/poa-version_final-esp.pdf

Hernández R., Fernández C., Baptista P. (2006). Metodología de la investigación. México DF, México: McGraw-Hill Interamericana.

Maya Paya Kimsa (

Ministerio de Salud (2010). Plan Sectorial de Salud 2010-2020, aprobado el 11 de agosto de 2010 con Resolución Ministerial No. 889.

Munasim Kullakita (2022). Protocolo Municipal para la Prevención, atención y reintegración de jóvenes en situación de calle.

Objetivos de Desarrollo Sostenible. Formato digital: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contras las Drogas. (2018). III Estudio de Prevalencia de Consumo de Drogas en Población Escolar. La Paz - Bolivia.

OMS (2009). Enfoque de la salud basado en los derechos humanos. Formato digital: http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf

UNUDD (2016). III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Regional, 2016.

ONUDD (2022). Informe Mundial sobre las Drogas 2022. Formato digital: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

OPS (2018). Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes, ficha informativa. Formato digital: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/bolivia/bolivia-gyts-2018-factsheet-\(ages-13-15\)-final_508tagged.pdf?sfvrsn=3597142e_1&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/bolivia/bolivia-gyts-2018-factsheet-(ages-13-15)-final_508tagged.pdf?sfvrsn=3597142e_1&download=true)



Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos. Formato digital: <https://www.comunidadandina.org/StaticFiles/DocOf/DEC505.pdf>

Pria M., Louro I., Fariñas A., Gómez H., y Segredo A. (2004). Análisis de la situación de salud. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas

Secretaría de Coordinación del CONALTID (2013). Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en población general de diez ciudades de Bolivia, 2013.

Vallés M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid, España: Síntesis.

Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, INE y Red Nacional por la Defensa de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Situación de Calle (2015). Censo de Personas en Situación de Calle, estudio realizado en niñas, niños, adolescentes y adultos de diez ciudades de Bolivia, 2015.

Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas (2008). Segundo estudio de prevalencia del consumo de drogas en escolares de 13 a 18 años de ciudad capitales de Bolivia (documento no publicado).

UNGASS 2016. Formato digital: <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>

Leyes, Decretos y Resoluciones Ministeriales:

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia
- Ley No. 913 de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas, aprobada el 29 de marzo de 2017 y reglamentada mediante Decreto Supremo No. 3434 del 13 de diciembre de 2017.
- Ley No. 259 del “Control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas”, aprobada el 11 de julio de 2012 y reglamentada mediante Decreto Supremo No. 1347 del 10 de septiembre de 2012.
- Ley No. 264 del “Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana”, aprobada el 31 de julio de 2012 y reglamentada mediante Decreto Supremo No. 1436, de 14 de diciembre de 2012.
- Ley No. 3029 de “Ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco”, aprobada el 22 de abril de 2005 y reglamentada mediante Decreto Supremo No. 29376 del 12 de diciembre de 2007.
- Ley No. 1280 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”, aprobada el 13 de febrero de 2020.
- Ley No. 548 “Código niña, niño y adolescente”, aprobada el 7 de julio de 2014 y reglamentada mediante Decreto Supremo No. 2377 del 27 de mayo de 2015.
- Ley No. 235, que declara de necesidad y prioridad nacional la construcción, equipamiento y funcionamiento de Centros Psicosociales y Psicopedagógicos de Reinserción Social y Rehabilitación para la niñez, adolescencia y juventud con problemas de alcoholismo en los nueve departamentos del país, especializados en la atención médica, orientación psicológica, trabajo social y rehabilitación técnico – profesional, aprobada el 20 de abril de 2012.



- Ley No. 650 Agenda Patriótica 2015 – 2025, aprobada el 19 de enero de 2015.
- Ley No. 1407 Plan de Desarrollo Económico Social 2021-2025, aprobado el 9 de noviembre de 2021.
- Decreto Supremo No. 29601 “Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)”
- Resolución del Ministerio de Salud No. 398 del 30 de junio de 2017.
- Resolución del Ministerio de Salud No. 804 del 25 de octubre de 2017.

Estrategias y Planes:

- Estrategia contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y control de la expansión de cultivos de coca 2021-2025.
- Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas 2013 - 2017
- Plan Plurinacional de Salud Mental para Vivir Bien 2021-2025