

PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA

2023 - 2026



Unión Europea

1. TABLA DE CONTENIDO

1.	TABLA DE CONTENIDO.....	1
2.	ÍNDICE DE TRABLAS.....	2
3.	ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	2
4.	ÍNDICE DE CUADROS.....	2
5.	ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	3
1.	RESUMEN EJECUTIVO	5
6.	2.INTRODUCCION	6
7.	3.ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL	7
3.1.	MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	7
❖	Convención Única sobre estupefacientes (1961)(convention_1961_es.pdf, s. f.).....	7
❖	UNGASS 2016 “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas”(UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf, s. f.)	7
❖	Estrategia Hemisférica sobre Drogas 2016-2020(Monasterios, Yapú.Freddy;Reyes, Rodas Gabriela; Gonzáles, Guzmán. Miguel;Chávez,Gutiérrez. Patricia; Tórrez, Miranda.E.Luis; Mendoza ,Méndez. Boris Benjamín, 2021)	11
❖	Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos (Rodríguez, s. f.) 14	14
3.2.	MARCO NORMATIVO NACIONAL	14
❖	Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia(CPE, 2009).....	14
❖	Ley No. 913 de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas	15
❖	Ley No. 259 del “Control al expendio y consumo de bebidas alcohólicas”(Ley N° 259.doc, JULIO 2012) 16	16
❖	Ley No. 264 del “Sistema Nacional de Seguridad Ciudadana”(Ley N° 264.doc, 31 de julio 2012).....	17
❖	Ley No. 3029 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”.....	17
❖	Ley No. 1280 “Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco”	17
❖	Agenda Patriótica 2025(Gorena,Vargas.Paola; García,Rivera.Pablo; Cazas,Machicao.Marcelo; Ottich,Ortiz.Mariana; Calderón,Montaño.Alejandro; Maldonado,Morales.Daniela, 2013)	18
❖	Plan de Desarrollo Económico y Social 2021 – 2025(PDESFINAL.pdf, 3 de Noviembre 2010)	19
❖	Estrategia contra el tráfico ilícito de sustancias controladas y control de la expansión de cultivos de coca 2021-2025(Monasterios, Yapú.Freddy;Reyes, Rodas Gabriela; Gonzáles, Guzmán. Miguel;Chávez,Gutiérrez. Patricia; Tórrez, Miranda.E.Luis; Mendoza ,Méndez. Boris Benjamín, 2021)	19
❖	Plan Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas (PNRDD) 2013 – 2017 (actualmente vigente) (Choque,Yauli.Rodrigo; Monasterios, Yapu.Freddy;Valenzuela, Maria del Rosario; Fuente,López.Humberto; Herbas,René; Sullcata,Evi.Ana, 2013).....	20
❖	Plan Plurinacional de Salud Mental para Vivir Bien 2021-2025(UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD, 2022).....	21
❖	Otras normativas relacionadas con la reducción de la demanda de drogas.....	22
3.	ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	22
3.1	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL MUNDO.....	22
3.2.	CONTEXTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.....	23
3.3.	LA CARGA DE LA PÉRDIDA DE SALUD DEBIDA A LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS	23
3.4.	CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN BOLIVIA	24

3.5. POBLACIÓN VULNERABLE Y EN RIESGO	27
4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	30
5. RESPUESTA HISTORICO DEL ESTADO EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REINTEGRACIÓN	32
5.1. ACCIONES DE FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL	32
5.2. ACCIONES EN PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	32
5.3. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.....	33
5.4. ACCIONES EN TRATAMIENTO Y REINTEGRACIÓN DE PERSONAS CON HÁBITOS ADICTIVOS Y DROGODEPENDIENTES	33
6. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS	34
6.1. INSTITUCIONES PÚBLICAS.....	34
6.2. ORGANIZACIONES DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL.....	36
6.3. ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	38
7. ANÁLISIS DE MODELOS, METODOLOGÍAS Y ENFOQUES DE TRABAJO EN ADICCIONES	39
8. CONCLUSIONES EN BASE DE DIAGNOSTICO	40
9. RECOMENDACIONES EN BASE DE DIAGNOSTICO	41
10. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA 2023 - 2026	43
10.1. ESTRUCTURA DEL PLAN CONCEPTUAL Y PROGRAMÁTICA.....	43
10.2. JUSTIFICACIÓN.....	44
10.3. OBJETIVO GENERAL DE PLAN	45
10.4. COMPONENTES DEL PLAN, OBJETIVO GENERAL, ESPECIFICO Y RESULTADOS ESPERADOS	45
11. METODOLOGÍA	49
12. BIBLIOGRAFÍA DEL DIAGNÓSTICO.....	55
BIBLIOGRAFÍA DEL PLAN DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA Y PREVENCIÓN	57

2. ÍNDICE DE TRABLAS

Tabla No. 1: Objetivos y acciones prioritarias de la Estrategia Hemisférica	12
Tabla No. 2: Relación de estudios epidemiológicos sobre drogas realizados en Bolivia	24

3. ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1: Comparación de prevalencias de año de drogas licitas en escolares	26
Gráfico No. 2: Comparación de prevalencias de año de drogas ilícitas en escolares	26

4. ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1: Ejes temáticos del PNRDD.....	21
---	----

5. 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
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	Secretaria 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

1. RESUMEN EJECUTIVO

Según la Organización Mundial de la Salud, la carga de trastornos por consumo de drogas; la sitúan entre las principales causas de mortalidad prematura y discapacidad en la Región de las Américas. Con una tendencia creciente, en toda la región en 2019, los trastornos por consumo de drogas se clasificaron como la novena causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), la quinta causa de años vividos con discapacidad (AVD) y la decimoquinta causa de años de vida perdidos (AVDP) debido a la mortalidad prematura. Esas muertes y años de vida saludable perdidos a causa de los trastornos por consumo de drogas son evitables mediante intervenciones preventivas y de salud pública, atención y tratamientos de salud adecuados, así como prevención, manejo de daños asociados con el consumo de drogas, y acceso a medicamentos controlados.(González,Anaya.Teresa, 2015)

Según los datos del Censo de Población y Vivienda del año 2012, Bolivia tiene una población total de 10.027.254 habitantes, de los cuales la población joven, comprendida entre los 15 y 29 años de edad, llega a los 2.865.517, un total de 28,5%. La base poblacional comprendida entre los 15 y 29 años de edad, tiende a ensancharse y se constituye en un grupo altamente importante y estratégico para las políticas públicas nacionales. Sin embargo, no solamente son un sector importante por la cantidad sino por sus cualidades, pues contribuyen a las relaciones humanas con su creatividad, innovación, energía y optimismo; y por ello deben ser considerados socios estratégicos para el desarrollo global. (MINISTERIO DE DEFENSA, VICEMINISTERIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, s. f.) (López, Barrón. Miriam; Lora Rocha Oscar, s. f.)

En Bolivia se prevé que la duración del bono se extienda más allá de la mitad de este siglo (2060). Por ello se reitera que es absolutamente oportuno en este momento, invertir más en los y las adolescentes y jóvenes para aprovechar al máximo estas oportunidades demográficas y prepararse para una etapa demográfica posterior.¹

El marco Normativo Internacional está constituido por acuerdos de los cuales Bolivia forma parte; mismos que han servido para establecer un eje conductor de la política boliviana para la reducción de la demanda.

El marco normativo nacional resume la evolución de los paradigmas con los cuales se ha construido la política nacional antidrogas, con enfoques de interdicción, lucha contra el tráfico ilícito y sustancias controladas sin respeto por los derechos humanos, hasta la actualidad en la que se ha reconocido que el consumo de drogas es un problema de salud pública y todas las intervenciones deben ser costo eficientes y centradas en la prevención temprana y control de daños.(STIPPELJörg; SERRANO, Juan., 2018)

Se establece al mismo tiempo un marco conceptual que determina los grupos vulnerables y de mayor riesgo que este Plan de acción para la reducción de la demanda abordarán; con la esperanza de que las lecciones aprendidas y la fortaleza de las instituciones miembros de la Red, logren

¹ <https://boliviadigna.org/es/sobre-bolivia-digna/cifras-clave/>

establecer una línea base y un nuevo comienzo de mecanismos de articulación intersectorial más eficientes y basados en la evidencia

6. 2.INTRODUCCION

El Estado Plurinacional de Bolivia trabaja desde hace décadas en temas relacionados a 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 América, 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.

Asimismo, el uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad además de problemas crónicos de salud en personas que se inician en el consumo cada vez más jóvenes; destruyendo sus posibilidades de alcanzar sus metas pues no solamente producen trastornos neurológicos, afectando los circuitos cerebrales que participan en los procesos del aprendizaje y la memoria, la recompensa y motivación, sino también tienen un efecto directo sobre el comportamiento dependiendo del tiempo de uso y la droga; la velocidad con que el usuario desarrolla tolerancia y dependencia, los síntomas de abstinencia y las consecuencias para la salud

de un uso breve o prolongado de las mismas.(Téllez, Diaz, Paulo Roberto; Inglez-Dias, Aline; Borges, Guimarães, Guilherme, Monteriro, Maristela; et al et al., 2009)

Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de drogas afectan finalmente a la sociedad en su conjunto; ya que el consumo habitual se asocia a entornos perniciosos y favorecedores del consumo de drogas, exclusión social, inequidad, violencia, marginación, pobreza extrema; que contribuyen a agravar el problema.

En ese contexto, el uso y abuso de drogas psicoactivas se relaciona de forma directa con varios determinantes sociales y debe ser enfrentado por medio de acciones y políticas, que consideren su complejidad y las graves consecuencias que alcanzan en personas, familias y sociedad.

De esa forma, las intervenciones deben tomar en cuenta la vulnerabilidad extrema de los más jóvenes, con baja escolaridad, sin referencia familiar, con antecedentes criminales y sin vínculo laboral, personas en situación de calle, privados de libertad; que requieren un abordaje multidisciplinario; intersectorial; coordinado, focalizado en la prevención y la reducción de daños.

7. 3.ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL Y NACIONAL

3.1. Marco normativo internacional

❖ Convención Única sobre estupefacientes (1961)(*convention_1961_es.pdf*, s. f.)

La Convención de 1961, enmendando por el Protocolo de 1972² contiene recomendaciones tanto para abordar la reducción de la demanda como la oferta de drogas; además de contar con listas de sustancias prohibidas. La convención 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”

❖ UNGASS 2016 “*Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas*”(UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf, s. f.)

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

² Bolivia ratificó la Convención Única sobre Estupefacientes, sin reserva, a través del Decreto Supremo No. 12906 del 30 de septiembre de 1975.

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

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

- 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 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(Monasterios,Yapú.Freddy;Reyes, Rodas Gabriela; Gonzáles, Guzmán. Miguel;Chávez,Gutiérrez. Patricia; Tórrrez, Miranda.E.Luis; Mendoza ,Méndez. Boris Benjamín, 2021)**

La estrategia establece 5 ejes 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</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>Desarrollo de programas de prevención indicada orientada a personas con consumo problemático de drogas.</p>

derechos humanos, género, edad y multiculturalidad.	
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 de calidad aceptados internacionalmente.	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.
	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.
	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.

❖ **Plan Andino de Cooperación para la Lucha contra las Drogas Ilícitas y Delitos Conexos (Rodríguez, s. f.)**

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 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 drogo dependientes.
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.

2.2. Marco normativo nacional

❖ **Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia(CPE, 2009)**

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

Afin 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.

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

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 que hecho de la población en situación de calle es una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad al problema. Asimismo, no se podrá luchar contra el 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” (Ley N° 259.doc, JULIO 2012)**

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”(Ley N° 264.doc, 31 de julio 2012)**

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”**

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

❖ **Agenda Patriótica 2025(Gorena,Vargas.Paola; García,Rivera.Pablo; Cazas,Machicao.Marcelo; Ottich,Ortiz.Mariana; Calderón,Montaño.Alejandro; Maldonado,Morales.Daniela, 2013)**

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. 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

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

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(PDESFINAL.pdf, 3 de Noviembre 2010)**

El Plan de Desarrollo Económico y Social 2021 – 2025 es un instrumento de planificación de mediano plazo que se articula con la Agenda Patriótica.

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 trasmisibles 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(Monasterios,Yapú.Freddy;Reyes, Rodas Gabriela; Gonzáles, Guzmán. Miguel;Chávez,Gutiérrez. Patricia; Tórrez, Miranda.E.Luis; Mendoza ,Ménde. Boris Benjamín, 2021)**

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”*.

El componente 3 de la estrategia *“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:

8. 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”***.
 9. 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 (PNRDD) 2013 – 2017 (actualmente vigente) (Choque,Yauli.Rodrigo; Monasterios,Yapu.Freddy;Valenzuela, Maria del Rosario; Fuente,López.Humberto; Herbas,René; Sulcata,Evi.Ana, 2013)**

El PNRDD, fue construido de manera conjunta 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

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.

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.

De manera puntual, la estrategia pretende abordar el hecho preventivo a través de 5 ejes temáticos, abarcando todo el hecho preventivo, 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



❖ **Plan Plurinacional de Salud Mental para Vivir Bien 2021-2025 (UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD, 2022)**

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***”.

Entre los lineamientos estratégicos del Plan, es: Servicios integrales de salud mental y adicciones en el marco del modelo de atención SAFCI, lo cual 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*”.

⁷ Ídem, página 76

⁸ Ídem, página 78

❖ Otras normativas relacionadas 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 N° 235.doc*, abril 2012)
- Ley No. 548, Código niña, niño y adolescente, 2014 (*LEY 548 ACTUALIZACION 2018 WEB.*)
- Ley No. 070 de la Educación “Avelino Siñani – Elizardo Pérez”, 2010.

3. ANÁLISIS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

3.1 Consumo de sustancias psicoactivas en el Mundo

Según el Informe Anual 2022 de la UNODC “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” (UNODC, 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.)

3.2. Contexto en América Latina y el Caribe

En 2019, los trastornos por consumo de drogas causaron 85.984 muertes en ambos sexos combinados (55.616 en hombres y 30.367 en mujeres); representando el 47% de las muertes globales causadas por trastornos por uso de drogas. El número de muertes en 2019 aumentó un 296% en relación con las 21.719 muertes en 2000, siendo América del Norte el principal contribuyente a este aumento.

En 2019, la tasa de mortalidad estandarizada por edad fue de 8,0 muertes por 100 000 habitantes (10,7 muertes por 100 000 habitantes en hombres y 5,4 muertes por 100 000 habitantes en mujeres), las tasas de mortalidad estandarizadas por edad aumentaron un 197 % de 2,7 muertes por 100 000 habitantes en 2000 a 8,0 muertes por 100 000 habitantes en 2019.

Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad debido a trastornos por consumo de drogas varían sustancialmente entre los países de la Región, de 21,3 muertes por 100.000 habitantes en los Estados Unidos a 0,4 muertes por 100.000 habitantes en Barbados.

El 20% de países con los niveles más altos de tasas de mortalidad en 2019 fueron:

- 1.Estados Unidos de América
- 2.Canadá
- 3.Bolivia** (Estado Plurinacional de)
- 4.Guayana
- 5.Perú
- 6.Guatemala
- 7.Honduras

3.3. La carga de la pérdida de salud debida a los trastornos por consumo de drogas

En 2019, los trastornos por consumo de drogas fueron responsables de: 791,2 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por 100.000 habitantes, mayor en hombres (973,6 AVAD por 100.000 habitantes) que en mujeres (613,8 AVAD por 100.000 habitantes) 409,1 años vividos con discapacidad (AVD) por 100.000 habitantes (458,1 AVD por 100.000 habitantes en hombres y 361,5 AVD por 100.000 habitantes en mujeres) 332 años de vida perdidos (AVP) por 100.000 habitantes debido a muertes prematuras (515,5 años por 100.000 habitantes para hombres y 252,3 años por 100.000 habitantes para mujeres)

En la Región, las tasas de AVAD estandarizadas por edad debido a trastornos por consumo de drogas aumentaron 102% de 387,0 AVAD por 100.000 habitantes en 2000 a 782,2 AVAD por 100.000 habitantes en 2019.

En 2019, el 20% superior de los países con las tasas de AVAD más altas debido a trastornos por consumo de drogas fueron:

1. Estados Unidos de América

2. Canadá
3. Perú
4. **Bolivia** (Estado Plurinacional de)
5. Uruguay
6. Brasil
7. Guayana

Encarar el problema de las drogas en Bolivia ha significado, en los últimos 25 años, la implementación de varias estrategias, parciales y ciertamente condicionadas, tanto por el contexto internacional y la suscripción de varios acuerdos de los que Bolivia forma parte, como por la necesidad de los países desarrollados de frenar el embate del narcotráfico y el creciente consumo de drogas.

3.4. Consumo de sustancias psicoactivas en Bolivia

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's⁹ 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.	TÍTULO 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	Observatorio Boliviano de Drogas	2008

⁹ 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.

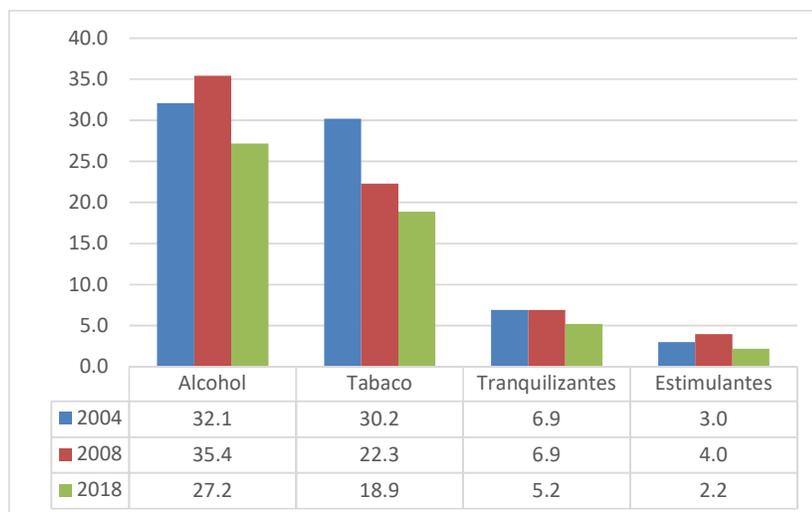
	escolares de 13 a 18 años (documento no publicado)		
4	Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria	Proyecto DROSICAN en coordinación con el Observatorio Boliviano de Drogas	2009
5	Estudio Cualitativo sobre drogas sintéticas	Proyecto DROSICAN en coordinación 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
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

Fuente: Elaboración propia

En relación con el consumo de drogas en escolares de 13 a 18 años de Bolivia (OBSCD, 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, principalmente en las sustancias lícitas.

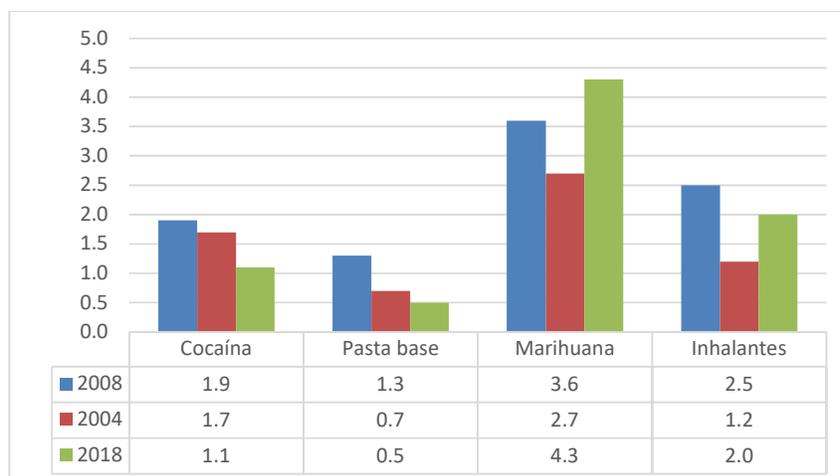
Gráfico No. 1: Comparación de prevalencias de año de drogas licitas en escolares



Fuente: OBDR

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: OBDR

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. 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.

En relación a la población 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.

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.

3.5. Población vulnerable y en riesgo

Según los datos del Censo de Población y Vivienda del año 2012, Bolivia tiene una población total de 10.027.254 habitantes, de los cuales la población joven, comprendida entre los 15 y 29 años de edad, llega a los 2.865.517, un total de 28,5%. La base poblacional comprendida entre los 15 y 29 años de edad, tiende a ensancharse y se constituye en un grupo altamente importante y estratégico para las políticas públicas nacionales. Sin embargo, no solamente son un sector importante por la cantidad sino por sus cualidades, pues contribuyen a las relaciones humanas con su creatividad, innovación, energía y optimismo; y por ello deben ser considerados socios estratégicos para el desarrollo global. (MINISTERIO DE DEFENSA, VICEMINISTERIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, 2008.) (López, Barrón. Miriam; Lora Rocha Oscar, 2012.)

Cuadro N°3 Distribución de la población, según CENSO 2012

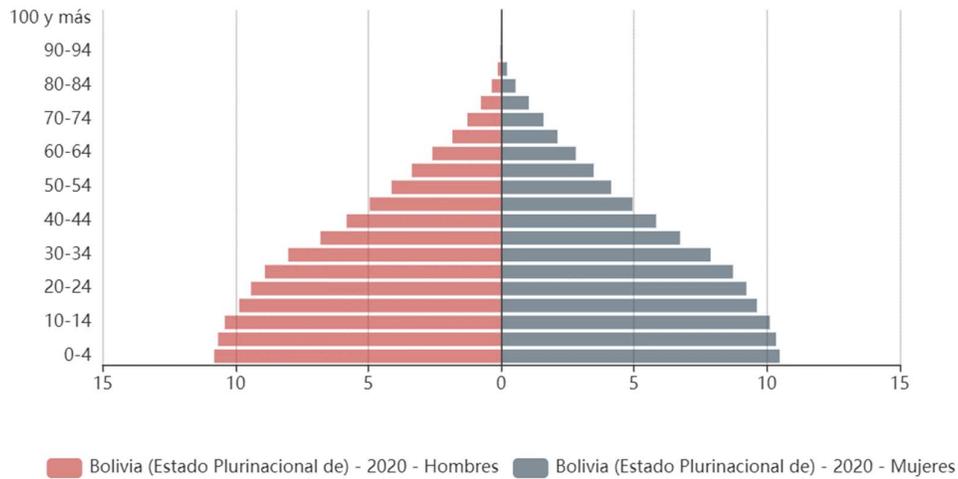


Actualmente en América Latina se ha iniciado un proceso de transición demográfica, lo que significa que nuestros países se encuentran experimentando cambios en la población, al existir mayor cantidad de población joven. Esto significa que estamos en un momento clave para cambiar de forma positiva las realidades de adolescentes y jóvenes (MINISTERIO DE DEFENSA, VICEMINISTERIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, 2012.)

Desde 1950 hasta el presente las y los jóvenes han aumentado casi cuatro veces en Bolivia, a partir de 2013 la población joven seguirá creciendo hasta mediados de la década del 2030. (CELADE/OIJ, 2008). ¹⁰Además de ofrecer más oportunidades para las y los jóvenes, el bono también representa una posibilidad única de prepararse para los desafíos que planteará el envejecimiento de la sociedad.

Cuadro N°4 Proyección de la población para el año 2022,de acuerdo con la CEPAL

¹⁰ <https://www.ine.gob.bo/index.php/en-bolivia-existen-alrededor-de-26-millones-de-jovenes/>

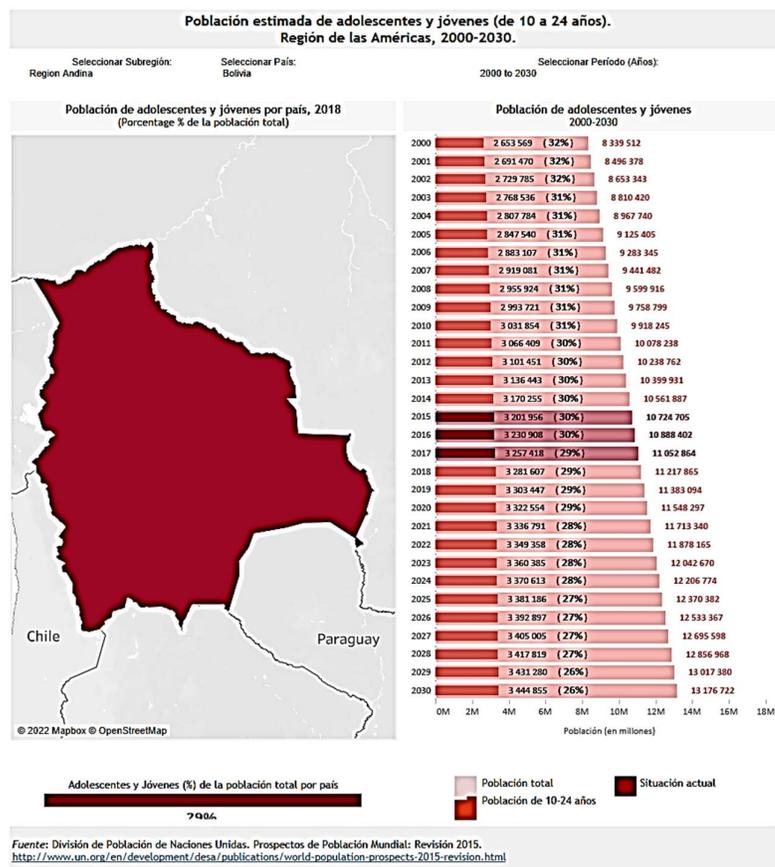


Fuente: CEPAL

En Bolivia se prevé que la duración del bono se extienda más allá de la mitad de este siglo (2060). Por ello se reitera que es absolutamente oportuno en este momento, invertir más en los y las adolescentes y jóvenes para aprovechar al máximo estas oportunidades demográficas y prepararse para una etapa demográfica posterior.¹¹

Cuadro N°5. Población estimada de adolescentes y jóvenes(de 10 a 14 años). Región de las Américas

¹¹ <https://boliviadigna.org/es/sobre-bolivia-digna/cifras-clave/>



De lo anterior, podemos inferir que la necesidad de proteger el bien más valioso que es la vida humana, además de centrar nuestro accionar en una población altamente vulnerable y en riesgo como son niñas, niños, adolescentes y jóvenes, por no solamente las consecuencias a largo plazo del consumo de drogas sino fundamentalmente por el perjuicio irreparable sobre sus planes de vida; sus posibilidades de educación superior sino el goce pleno de sus vidas en un entorno saludable y en óptimas condiciones.

4. 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, licitas 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. 4: 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

5. RESPUESTA HISTORICO DEL ESTADO EN PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y REINTEGRACIÓN

5.1. Acciones de fortalecimiento institucional

En el país existieron algunas experiencias que aportaron al fortalecimiento de la institucionalidad pública en reducción de la demanda, como *Proyectos DROSICAN*, *PRADICAN* que fortalecieron los observatorios nacionales de drogas entre otras actividades y *Proyecto PREDEM* de la Comunidad Andina lo cual contribuyó para superar el problema de las drogas ilícitas.

La Unión Europea, viene financiando gran parte de la lucha contra el narcotráfico en el país, implementando 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.

5.2. Acciones en prevención del consumo de sustancias psicoactivas

En Bolivia se han implementado algunas iniciativas modestas 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 diez 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”, 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.

5.3. 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.

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

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

A nivel nacional solamente existen 4 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.

Adicionalmente, se tiene referencia que, en los Departamentos de Cochabamba y La Paz, se tiene previsto la implementación de dos comunidades terapéuticas:

- Playa Ancha, que funcionará en Capinota como una Comunidad Terapéutica para 300 personas en situación de calle y drogodependientes. Se tiene referencia que ya se cuenta con la infraestructura construida y equipada.
- 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 en el país 77 centros para drogodependientes.

6. ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS EN LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS

6.1. 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.4: 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 		<ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención (universal, selectiva e indicada) de hábitos disfuncionales, adictivos y drogodependientes. 2. Seguimiento y acompañamiento a NNATS

<p>con Adicciones y su Entorno”.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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"> 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 maestros, estudiantes, madres y padres de familia; e) Promover acciones de capacitación, sobre prevención hábitos disfuncionales, adictivos o drogodependientes para maestros, maestras, estudiantes, madres y padres de familia; f) Promover ferias, campañas y movilizaciones en contra del consumo de drogas y otras determinantes. 		
<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>		
--	--	--

6.2. 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)**¹²: 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, capacitaciones de los recursos humanos, conversatorios, foros de debates en el tema. Asimismo, brinda asistencia técnica al Ministerio en temas de tabaco y salud mental.
- ❖ **Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC)**: desde hace varias gestiones, la UNODC en Bolivia ejecuta proyectos en el país. Los más relevantes y recientes son¹³:
 - 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.

¹² Tomado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54783>

¹³ Tomado de: https://www.unodc.org/bolivia/es/prevencion_del_uso_indebido_de_drogas.html

- 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.
- Capacitación y formación de estudiantes y maestros a nivel nacional en prevención del consumo de drogas.
- 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).
- 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).
- 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).
- 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)** 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.
- ❖ **Caritas Alemana:** desde la gestión 2012 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 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.

6.3. Organizaciones No Gubernamentales

El ultimo 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 de rehabilitación. 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. Sin embargo, no hay información más precisa ni su capacidad ni la metodología lo que están utilizando.

De acuerdo con la sustancia de demanda de tratamiento, el consumo de alcohol aparece como la causa principal de demanda de rehabilitación. El 55% de casos ingresan en estos centros con problemas exclusivos de consumo de alcohol, el 13% alcohol y alguna droga, 6% alcohol y drogas (policonsumo) y 5% droga y alcohol.

7. ANÁLISIS DE MODELOS, METODOLOGÍAS Y ENFOQUES DE TRABAJO EN ADICCIONES

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, actividades aisladas, sin demostrar la efectividad de éstas, más allá de mostrar indicadores de cobertura y participación¹⁴.

Como consecuencia de no existir un modelo preventivo establecido en 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”¹⁵, por su parte el Viceministerio de Defensa Social

¹⁴ 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.

¹⁵ 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.

y Sustancias Controladas, llego a difundir en la gestión 2018, mensajes preventivos en redes sociales con el slogan “por favor no consumas drogas”.

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.

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. Mas 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.

8. CONCLUSIONES EN BASE DE DIAGNOSTICO

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 cuanto a recursos humanos calificados, equipamiento e insumos.
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, imprimen tratan de implementar sus ideas 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.

9. RECOMENDACIONES EN BASE DE DIAGNOSTICO

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 termino 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 y educación. 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.

10. PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA 2023 - 2026

10.1. Estructura del plan conceptual y programática

De acuerdo con el INE (Instituto Nacional de Estadística) 34% de toda la población boliviana tiene entre 0 a 14 años, 15 a 29 años representan el 27,2% del total; asimismo se estima que el 30% de la población es menor de 25 años; por lo cual dada la transición demográfica que ensancha la cohorte de 15 a 29 años; no solamente es una población altamente importante a proteger porque se constituye en el motor del desarrollo económico del país, son el bono epidemiológico que se estima alcance incluso hasta 2060 con un crecimiento acelerado; sino que deben tomarse en cuenta los riesgos inherentes a la disminución de la iniciación del consumo de drogas (7 años), que afectará seriamente su desempeño; eliminará progresivamente la posibilidad de alcanzar educación superior, tener algún oficio y desarrollarse plenamente, incrementando así la inequidad, evitando que logren salir del círculo de la pobreza y exclusión que se nota al evaluar acciones concretas que se llevan a cabo para mejorar su calidad de vida desde el estado, no solamente mediante leyes sino articulación de políticas de desarrollo centrada en ellos.(MINISTERIO DE DEFENSA, VICEMINISTERIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES, 2009.)

Las crecientes necesidades económicas de las familias bolivianas; obligan a niñas, niños, adolescentes y jóvenes a ingresar tempranamente al mercado laboral, ya sea en la venta ambulante junto a toda su familia o en oficios mal remunerados y en condiciones de casi esclavitud, como las niñas, niños y adolescentes de la zafra y las minas, asimismo en la región la incidencia de pobreza de personas comprendidas entre los 15 a 29 años de edad supera el 50% y la indigencia bordea el 25% para este grupo de edad, el 25% de las y los jóvenes de 15 a 29 años no pueden satisfacer sus necesidades mínimas en América Latina incluidas las alimentarias; todo esto representa un riesgo potencial para el desarrollo de toda una generación. En Bolivia 39% de la población entre 15 – 29 años trabaja en el comercio informal y solamente 10% de acuerdo con los datos oficiales cuenta con un contrato de trabajo; finalmente, se estima que el 71% del total de la población entre 15 a 29 años vive en áreas urbanas y el 28,9% en áreas rurales; en áreas urbanas 1 de cada 7 trabaja (Lora, 2012)

En Bolivia 24% de las mujeres embarazadas tienen entre 15 a 19 años, 3 de cada 4 embarazos de mujeres entre 15 a 19 años no han sido planificados. 46,7% de las mujeres jóvenes de 16 a 29 años de edad ya son madres. Según resultados de la Encuesta de Demografía y Salud – EDSA 2016, el 46,7% de mujeres entre 16 a 29 años de edad son madres. En el caso de las mujeres entre 25 y 29 años de edad, esta cifra asciende al 74,3%. Se observa también que el 14,6% de las mujeres adolescentes entre 16 y 19 años ya son madres, por tanto, al recordar que el embarazo en adolescentes es un indicador de pobreza extrema e inequidad; se debe hacer énfasis en mejorar sus condiciones de vida, oportunidades de empleo formal bien remunerado para romper el círculo vicioso de la pobreza que amenaza no solo a ellas y sus familias sino a la sociedad

10.2. Justificación

Al evaluar las políticas y normas desarrolladas en favor de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes se nota que no se han focalizado acciones para incrementar sus potencialidades, el desarrollo de habilidades para la vida; la inteligencia emocional y el reconocerlos básicamente como sujetos de derecho y no objetos de derecho; ha determinado que se cuente con múltiples normas, leyes y otros pero no la garantía real de acceso por ejemplo a salud sexual y reproductiva, servicios de salud sexual y reproductiva amigables y estructurados a sus necesidades; como por ejemplo la imposibilidad de otorgar de forma gratuita preservativos a las adolescentes en los servicios de salud; expresa de forma clara que una es la realidad manifiesta y otra es la estrategia de abordaje.

La población de niñas, niños y adolescentes en situación de calle representa de acuerdo con datos del INE, más de 8 mil niños que viven en situación de calle y constituyen una población altamente vulnerable a una serie de riesgos como la explotación laboral, las drogas, el consumo de alcohol, la violencia sexual comercial, entre otros. Las características propias de la vida en la calle y su condición de población marginada hacen que esta vulnerabilidad se incremente constantemente.

Al mismo tiempo, esta población se ha incrementado de manera exponencial en las ciudades capitales, particularmente en Santa Cruz; Cochabamba y la Paz; de acuerdo al censo especializado desarrollado en la ciudad de Santa Cruz 1.043 personas viven en situación de calle. Las razones por las que viven en las calles, principalmente, son violencia intrafamiliar, consumo de alcohol y drogas. Los oficios que desempeñan para sobrevivir son limpia parabrisas, ayudante de albañil, mendicidad, venta callejera de caramelos y reciclado de botellas plásticas.

Un 35 % de esta población que se inició en el consumo de drogas lo hizo por invitación de sus amigos, un 26 % se inició por curiosidad, 17 %, por problemas emocionales, 15 %, por presión de su entorno social y un 6 %, por otras razones. Los niños y niñas en situación de calle de entre seis y 12 años son consumidores habituales de inhalantes (clefa, gasolina y tinner), el 72 % y una minoría que fuma marihuana (11 %). Entre los adolescentes de 13 y 17 años, el 28 % consume inhalantes y 34 %, marihuana. Los jóvenes entre 18 y 30 años, 36 % consume marihuana y 7 % pasta básica también llamado “cheiro”, mientras que la población de adultos en situación de calle el 19 % consume marihuana y 7 %, pasta básica y solo un 22 % de adultos que consume cocaína.

Finalmente si notamos que todos los factores de riesgo asociados al consumo de drogas como pobreza extrema, exclusión social, débil o inexistente desarrollo de habilidades para la vida a edades tempranas y el no reconocimiento de las necesidades de los más vulnerables, se constituyen en un caldo de cultivo altamente riesgoso, capaz de desencadenar una explosión a corto y mediano plazo de un tema que no se ve con claridad o no se quiere ver, no se gestiona eficientemente y no se está preparado para subsanar sus consecuencias tampoco en términos de manejo adecuado, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; por lo que trabajar en prevención, nos obligará a utilizar eficientemente

los recursos, evaluar la pertinencia de las intervenciones y el resultado de ellas se notará sin duda en esta nueva generación que es necesario proteger y salvaguardar.

10.3. Objetivo General de Plan

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. Bajo los ejes temáticos planteados en este plan son: Prevención, poblaciones altamente vulnerables, tratamiento y rehabilitación, reintegración y desarrollo institucional.

10.4. Componentes del Plan, objetivo general, específico y resultados esperados

Componente 1: Habilidades para la Vida con Enfoque de Género y Derechos Humanos (Ministerio de Educación).

Objetivo General: Desarrollar y Promover Programas, Acciones integrales de Prevención, Universal, Selectiva e Indicada, 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 comunidades con un enfoque biopsicosocial y de salud pública en el marco del respeto de los derechos humanos con enfoque de género.

Objetivo Específico: Desarrollar la estructura y contenido curricular del área de Habilidades para la Vida y Prevención del Consumo de Drogas en niñas, niños adolescentes y jóvenes en situación de educación inicial, primaria, secundaria y universitaria.

Resultado esperado: Todos las niñas, niños adolescentes y jóvenes reciben educación en el área de habilidades para la vida que incluye la prevención del uso de drogas en todos los niveles educativos.

Indicador 1: Unidad de Desarrollo curricular del Ministerio de Educación y Culturas creada.

Indicador 2: Plan y Cronograma de trabajo con todos los actores en los niveles nacional, departamental y municipal, completado.

Indicador 3: Términos de Referencia y contratación de la asistencia técnica, completada.

Indicador 4: Herramientas e instrumentos elaborados y validados y contenidos necesarios para la prevención de drogas identificados, incorporados a la estructura curricular de maestros.

Meta Anual 2023, para indicadores 1,2,3,4: 100%

Indicador 5: Se han capacitado 30 capacitadores departamentales (3 por departamento, más el Municipio de El Alto).

Meta Anual 2024, para indicador 5: 50%

Meta Anual 2025, para indicador 5: 50%

Medios de verificación:

1. Resolución Ministerial Creando la Unidad de Desarrollo Curricular del ministerio de Educación y Cultura.
2. Documento de Plan y Cronograma validado y completo.
3. Términos de Referencia debidamente validados y aprobados y contratos firmados.
4. Documento conteniendo Plan de Trabajo para el desarrollo de las herramientas, instrumentos y otros, debidamente aprobados mediante Resolución Ministerial, para implementación en 2024 y 2025.
5. Documentos, actas de talleres de capacitación de capacitadores y evidencia de participantes (actas y listados firmados).

Componente 2: Ministerio de Gobierno - Viceministerio de Defensa Social

Objetivo General: Desarrollar y Promover Programas, Acciones integrales de Prevención, Universal, Selectiva e Indicada, 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 comunidades con un enfoque biopsicosocial y de salud pública en el marco del respeto de los derechos humanos con enfoque de género.

Objetivos Específicos:

1. Realización de acciones integrales de prevención del consumo de drogas para población general con énfasis en acciones educativas comunitarias, familiares e indicadas.
2. Diseño e implementación de la política integral de prevención de consumo de drogas en el ámbito de la salud, educación, familiar y comunitaria.
3. Tratamiento, rehabilitación y reintegración.

Resultados esperados: 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.

Indicador 1: número de municipios priorizados con acciones integrales de prevención en consumo drogas priorizadas y financiadas por esos mismos municipios.

Meta Anual 2024: 30 municipios por año.

Medios de verificación:

1. Informes de asistencia técnica conteniendo Planes de acciones de prevención de consumo de Drogas Municipales debidamente aprobados por el consejo municipal.

Indicador 2: número de Ciudades capitales, el Alto y ciudades fronterizas con sus actividades identificadas, priorizadas y recursos financieros propios alocados.

Meta Anual 2023: 5 ciudades; 3 ciudades capitales, 2 ciudades fronterizas.

Meta Anual 2024: 6 ciudades; 3 ciudades capitales, 3 ciudades fronterizas.

Meta Anual 2025: 8 ciudades; 3 ciudades capitales, El Alto, 4 ciudades fronterizas.

Medio de Verificación: Informes de asistencia técnica, conteniendo Planes de acción de prevención de consumo de Drogas Municipales, debidamente aprobados por el consejo municipal respectivo.

Indicador 3: Documento de modelos, diseños conceptuales, metodológicos y líneas de investigación completado y aprobado por el Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno.

Meta Anual 2023 para Indicador 3: 100% (Documento aprobado por Ministerio de Salud y Ministerio de Gobierno).

Componente 3: Ministerio de Salud y Deportes.

Objetivo General: Desarrollar y Promover Programas, Acciones integrales de Prevención, Universal, Selectiva e Indicada, 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 comunidades con un enfoque biopsicosocial y de salud pública en el marco del respeto de los derechos humanos con enfoque de género.

Objetivo Específico: Desarrollo e implementación de planes y programas de prevención integral para poblaciones vulnerables y en riesgo con la finalidad de contribuir con la reducción de la demanda de drogas, con énfasis en el respeto a la interculturalidad, la promoción de estilos de vida saludables, desarrollo de capacidades en los niveles departamental y municipal del personal de salud para la atención integral en el marco de la política pública SAFCI, coherente con el Plan de Salud Mental, con enfoque de género y respetando los derechos humanos

Resultados esperados: Se ha implementado Plan de Acción para la Reducción de la demanda de drogas, con acciones integrales de promoción y prevención de la salud para poblaciones vulnerables y en riesgo, respetando su cultura, conocimientos y saberes, promoviendo estilos de vida saludables y habilidades para la vida.

Se han fortalecido las capacidades del personal de salud, desarrollando una red integral de atención de adicciones que considere a todos los actores, estableciendo sinergias interinstitucionales y basadas en la evidencia

Indicador 1: Plan nacional de implementación de habilidades para la vida validado y aprobado.

Meta Anual 2023 para Indicador 1: 100% (Plan de Acción aprobado).

Meta Anual 2024 para Indicador 1: 100% (Manual de operaciones validado y aprobado).

Meta Anual 2025: 30% (De lo programado en el Plan de Acción, implementado)

Indicador 2: Manual de Operaciones validado y aprobado.

Meta Anual 2023: 100%.

Indicador 3: Manual para Personal de gestión y manejo de adicciones, completo, validado y aprobado.

Meta Anual 2023: 100%

Indicador 4: Guía técnica para preparación de guías de POA Municipales.

Meta Anual 2023: 100%.

Indicador 5: Diagnostico de Redes Funcionales completado y aprobado.

Meta Anual 2024: 100%.

Indicador 6: Documento conteniendo marco conceptual de instrumentos y herramientas desarrollados y validados, por actores claves aprobado por el Ministerio de Salud.

Meta Anual 2025: 100%.

Medio de verificación: Resolución Ministerial aprobando el Marco Conceptual de instrumentos herramientas desarrollados y validados.

Componente 4: Coordinación Interinstitucional y trabajo de la Red de Prevención.

Objetivo General: Desarrollar y Promover Programas, Acciones integrales de Prevención, Universal, Selectiva e Indicada, 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 comunidades con un enfoque biopsicosocial y de salud pública en el marco del respeto de los derechos humanos con enfoque de género.

Objetivo Especifico: Lograr un funcionamiento adecuado, ágil, eficiente y eficaz de la red Nacional de Prevención para garantizar la correcta implementación en tiempo y forma del Plan de acción para la reducción de la demanda de drogas 2023 -2026.

Resultados esperados: Red Nacional de Prevención funciona de manera adecuada ágil, eficiente y eficaz; garantizando la correcta implementación en tiempo y forma del Plan de Acción para la reducción de la demanda de drogas.

Indicador: Reglamento de operación debidamente validado y completado.

Meta Anual 2023: 100%

Medio de verificación: Resolución multiministerial de Ministerio de Educación, Ministerio de Gobierno, Ministerio de Salud, aprobando reglamento de operaciones de la red

Adjunto (anexo 2) se defina claramente las siguientes acciones en una tabla de Excel:

- a. Resultados Esperados,
- b. Actividades Críticas y de Apoyo
- c. Indicadores que permitan medir la eficiencia y eficacia de la implementación
- d. Medios de Verificación claros.
- e. Periodo de Implementación
- f. Responsables institucionales
- g. Estimación de Costos
- h. Clara percepción de los riesgos y
- i. Medidas específicas para reducir esos riesgos.

11. METODOLOGÍA

Basados en las lecciones aprendidas de la implementación de planes previos relacionados con la naturaleza del Plan de reducción de la Demanda, así como en otras experiencias internacionales, los consultores hemos establecido que la estrategia de implementación del Plan de Reducción de la Demanda de Drogas 2023-2026, se deberá basar en los siguientes pasos/tareas a seguir:

- ❖ La Primera tarea es el establecimiento de una visión compartida de todas las instituciones y actores institucionales sobre el Plan de Reducción de la Demanda como un proyecto que parte de las necesidades de la Sociedad Boliviana y la necesaria intervención del Estado a través de sus diferentes instituciones con actividades objetivas y realistas cuyos resultados sean eficientes eficaces y medibles. Esta tarea inicial podrá lograrse mediante un taller de consenso sobre la implementación del Plan.
- ❖ La segunda tarea será la de definir la constitución, en cada institución participante, de un equipo de alto rendimiento que asuma la responsabilidad de preparar los planes de implementación para cada actividad crítica y de apoyo en cada componente institucional del plan, esos planes deberán responder a lo siguiente:
 - a. Quiénes participaran, en la actividad,
 - b. Cuáles son los recursos financieros disponibles (POAS).
 - c. Cuáles son los materiales y equipo necesario.
 - d. Quiénes estarán a cargo de conducir la actividad y preparar el informe de resultados, asegurando la obtención de la información requerida para formar el indicador definido y su medio de verificación

- e. Quienes estarán a cargo de vigilar los riesgos definidos y de tomar las medidas de reducción de los mismo.
- ❖ La tercera tarea será la de consensuar un marco de operación funcional de la Red de Prevención que establezca como mínimo, pero sin limitarse a ello, lo siguiente:
- a. Los periodos obligatorios de reuniones de la Red,
 - b. Los delegados propietarios y suplentes a cada reunión de la red,
 - c. Los mecanismos para la obtención de consensos en la definición de los resultados esperados
 - d. Los mecanismos para la preparación de informes de cumplimiento establecidos por las metas definidas en el Marco lógico del Plan (descrito en Excel)
 - e. El equipo técnico responsable de preparar el Reglamento de operación funcional de la Red de Prevención.
 - f. Los mecanismos de comunicación interna e interinstitucional de la Red.
 - g. Los mecanismos para la autorización de divulgación y/o publicación de los resultados de las actividades del Plan de Reducción de la demanda.
- ❖ La Cuarta Tarea será la de establecer los mecanismos y criterios de evaluación de resultados e impacto de la implementación del Plan de Reducción de la Demanda y Consumo de Drogas en Bolivia conforme a los resultados esperados en el Plan y su alineamiento con PDESS, PSDIs, PEIs y POAs institucionales por periodos que corresponda al plazo de ejecución de 3 años del Plan.

PDES	PSDI	PEI	Articulación		Componente 2: Ministerio de Gobierno – Viceministerio de Defensa Social					Período Implementación			
			Resultados Esperados	Actividades	Indicador	Metas Anuales	Fecha Inicio	Fecha de Finalización	Responsable	Costo Estimado	Riesgos	Medidas de Reducción de Riesgos	
7.3.1 se ha reducido significativamente todas las formas de violencia, en especial hacia poblaciones en situación de vulnerabilidad.	No aprobado aun	No aprobado aun	B.1. Brindar asistencia técnica en prevención integral del consumo de drogas para el periodo 2023-2025 a los municipios de alta vulnerabilidad en términos de accesibilidad en tiempo y espacio a servicios de prevención y atención a la adicción y atención de recursos financieros de apoyo para la ejecución de actividades que identifiquen por áreas municipales.	Ayoyo	No. de municipios integrados en la prevención de consumo de drogas por parte de los municipios y por esos mismos municipios.	2023	30	01 Julio 2023	31 de Octubre 2023	Viceministerio de Defensa Social	Bs 1.200.000,00	Ausencia de acompañamiento de las autoridades municipales en el proceso de priorización y asignación de recursos para sus acciones de prevención del consumo de drogas.	Establecer acuerdos entre el Viceministerio de Defensa Social y las Asociaciones Municipales de Prevención de Consumo de Drogas para la participación de autoridades municipales.
						2024	30						
						2025	30						
						Medio de verificación: Informe de asistencia técnica a las autoridades municipales. Pares de acciones de prevención de consumo de drogas aprobadas por el consejo municipal.							
B.2. Capacitación de maestros y maestros capacitados en el uso del protocolo de prevención y atención ante la presencia o tenencia de drogas en unidades educativas, en el marco de respeto a los derechos humanos y coherente con el enfoque de género.	No aprobado aun	No aprobado aun	B.2. Desarrollar el proceso de asistencia técnica especializada en prevención de consumo de drogas para el periodo 2023-2025 a los municipios de alta vulnerabilidad y de alto riesgo (niños, niñas, adolescentes, jóvenes y personas en situación de calle y ciudades capitales departamentales, El Alto y ciudades fronterizas convenio, Argentina y Brasil).	Ayoyo	No. de municipios capacitados con sus actividades de prevención de consumo de drogas en unidades educativas y centros comunitarios.	2023	30	01 Julio 2023	31 de Octubre 2023	Viceministerio de Defensa Social	Bs 2.000.000,00	Ausencia de acompañamiento de las autoridades municipales en el proceso de priorización y asignación de recursos para sus acciones de prevención del consumo de drogas.	Señalar los municipios de alta vulnerabilidad y de alto riesgo para la capacitación. El Viceministerio de Defensa Social y la Federación de Asociaciones Municipales de Prevención de Consumo de Drogas participarán para garantizar la participación de autoridades municipales.
						2024	30						
						2025	30						
						Medio de verificación: Informe de asistencia técnica a las autoridades municipales. Pares de acciones de prevención de consumo de drogas aprobadas por el consejo municipal.							
B.3. Capacitación de 2000 maestros y maestros capacitados en el uso del protocolo de prevención y atención ante la presencia o tenencia de drogas en unidades educativas, en el marco de respeto a los derechos humanos y coherente con el enfoque de género.	No aprobado aun	No aprobado aun	B.3. Capacitación de 2000 maestros y maestros capacitados en el uso del protocolo de prevención y atención ante la presencia o tenencia de drogas en unidades educativas, en el marco de respeto a los derechos humanos y coherente con el enfoque de género.	Ayoyo	Número de maestros y maestros capacitados en el uso del protocolo de prevención y atención ante la presencia o tenencia de drogas en unidades educativas.	2023	100	01 Marzo 2023	01 Marzo 2023	Viceministerio de Defensa Social	Bs 3.000.000,00	Ausencia de acompañamiento de las autoridades municipales en el proceso de priorización y asignación de recursos para sus acciones de prevención del consumo de drogas.	Señalar los municipios de alta vulnerabilidad y de alto riesgo para la capacitación. El Viceministerio de Defensa Social y la Federación de Asociaciones Municipales de Prevención de Consumo de Drogas participarán para garantizar la participación de autoridades municipales.
						2024	100						
						2025	100						
						Medio de verificación: Informe de asistencia técnica a las autoridades municipales. Pares de acciones de prevención de consumo de drogas aprobadas por el consejo municipal.							
B.4. Desarrollo e implementación de modelos y diseños conceptuales y metodológicos, así como de líneas de investigación en factores asociados, de riesgo y protectores de adicciones y su entorno en población vulnerable y en riesgo (NMA, Población en situación de calle y privados de libertad), en alianza estratégica con universidades e institutos de investigación social.	No aprobado aun	No aprobado aun	B.4. Documento elaborado, validado y aprobado por el Viceministerio de Salud y Deportes y Gobierno.	Ayoyo	Número de documentos elaborados, validados y aprobados por el Viceministerio de Salud y Deportes y Gobierno.	2023	100	01 Julio 2023	01 Julio 2023	Ministerio de Gobierno y Viceministerio de Salud y Deportes		Limitación institucional en recursos calificados y asignación de fondos oportunamente.	Plan de contingencia con la DIBRISCOM para asegurar la implementación de convenios con instituciones de investigación social.
						2024	100						
						2025	100						
						Medio de verificación: Informe de asistencia técnica a las autoridades municipales. Pares de acciones de prevención de consumo de drogas aprobadas por el consejo municipal.							

Articulación			Componente 3: Ministerio de Salud y Deportes													
<p>Objetivo General: Desarrollar y Promover Programas, Acciones Integrales de Prevención, Universal, Selectiva e Indicada, con intervención temprana, tratamiento, rehabilitación e integración de personas con adicciones y su entorno, generando estilos de vida saludable y bienestar social en Bolivianas y Bolivianos, familias y comunidades con un enfoque biopsicosocial y de salud pública en el marco del respeto de los derechos humanos con enfoque de género.(1)</p> <p>Objetivo Específico: Desarrollo e implementación de planes y programas de prevención integral para poblaciones vulnerables y en riesgo con la finalidad de contribuir con la reducción de la demanda de drogas, con énfasis en el respeto a la interculturalidad, la promoción de estilos de vida saludables, desarrollo de capacidades en los niveles departamental y municipal del personal de salud para la atención integral en el marco de la política pública SAFCI, coherente con el Plan de Salud Mental, con enfoque de género y respeto a los derechos humanos.</p>																
			Periodo Implementación													
PDES	PSDI	PEI	Resultados Esperados	Criticas	Actividades	Indicador	2023	2024	2025	Medio de Verificación	Fecha Inicio	Fecha Finalización	Responsable	Costo Estimado	Riesgos	Medidas de Reducción de Riesgos
<p>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</p>	<p>6.2.1.1. Reducir el número de personas que presentan enfermedades transmisibles y no transmisibles</p>	<p>6.2.1.1.1. Desarrollo de los programas de Prevención y promoción en la lucha y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, en el marco de la política SAFCI y/o SUS</p>	<p>1.1 Desarrollo e implementación de un Plan de acción y cronograma para fortalecer las capacidades de personas, familias y comunidades en hábitos de vida saludables y habilidades para la vida, que contribuyan a reducir el consumo de drogas en poblaciones vulnerables y de riesgo (niños, niñas, adolescentes, jóvenes, personas privadas de libertad y en situación de calle), con respeto a su cultura, en el marco de la política SAFCI y el SUS, así como con respeto a los derechos humanos y con enfoque de género</p>	<p>1.1.1 Desarrollo de instrumentos e herramientas metodológicas y operativas para el personal de salud en la conformación del plan de acción propuesto.</p>	<p>1.1 Plan nacional de implementación de habilidades para la vida validado y aprobado para 31-12-2023</p>	<p>100</p>	<p>Manual Operativo aprobado y Actes de Compromiso Cronograma de implementación por SDEES Completados</p>	<p>Implementación del 20% de personal en Plan de implementación del Manual Operativo 3. Actes de Compromiso y cronograma de implementación validado por los SDEES</p>	<p>1. Realización del Manual Operativo aprobado por el programa 2. Resolución del Manual Operativo 3. Actes de Compromiso y cronograma de implementación validado por los SDEES</p>	<p>1-mar-23</p>	<p>1-mar-24</p>	<p>Viceministra de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional</p>	<p>Bs 900.000,00</p>	<p>C.1.1. Asignación oportuna de recursos, atención de personal</p>	<p>C.1.1 Plan de contingencias y manual operativo para la mitigación de daños</p>	
			<p>1.2 Elaboración de manual de operaciones, con respecto a los derechos humanos y perspectiva de género para el manejo de adicciones y su entorno por nivel: persona, familia y comunidad en el marco de la SAFCI y el SUS.</p>	<p>1.2 Manual de operaciones validado y aprobado.</p>	<p>100</p>	<p>Manual Operativo aprobado y Actes de Compromiso Cronograma de implementación por SDEES Completados</p>	<p>1.1.2 Resolución del Manual Operativo aprobado por autoridades nacionales, departamentales y municipales</p>	<p>1-mar-23</p>	<p>31-12-02</p>	<p>DGPPS</p>	<p>Bs 2.000.000,00</p>	<p>C.2.2. Asignación oportuna de recursos, atención de personal</p>	<p>C.2.2 Plan de contingencias y manual operativo para la mitigación de daños</p>			
			<p>1.3 Elaboración del Manual para personal operativo de atención y manejo de adicciones y su entorno en el marco de la prevención de la salud y la promoción de la salud y la prevención e identificación temprana para poblaciones vulnerables y en riesgo (DNU, población en situación de calle), validado y aprobado por los SDEES y nivel municipal</p>	<p>1.3 Elaboración del Manual para personal operativo de atención de adicciones y su entorno en el marco de la prevención de la salud y la promoción de la salud y la prevención e identificación temprana para poblaciones vulnerables y en riesgo (DNU, población en situación de calle), validado y aprobado por autoridades nacionales, departamentales y municipales</p>	<p>100</p>	<p>1. Realización del Manual Operativo aprobado por el programa 2. Resolución del Manual Operativo 3. Actes de Compromiso y cronograma de implementación validado por los SDEES</p>	<p>3-mar-23</p>	<p>31-oct-23</p>	<p>DGPPS</p>	<p>Bs 2.000.000,01</p>	<p>C.2.3. Asignación oportuna de recursos, atención de personal</p>	<p>C.2.3 Plan de contingencias y manual operativo para la mitigación de daños</p>				
			<p>1.2 Desarrollo e implementación de una Guía técnica para la preparación POAS municipales que faciliten la identificación de actividades prioritarias en la reducción del consumo de drogas, coherentes con el plan propuesto en 1.1 y además garanticen la asignación y ejecución de recursos propios para las mismas.</p>	<p>1.2 Metodología del Manual de la guía técnica para la preparación de POAS municipales con énfasis en identificación de prioridades y asignación de recursos.</p>	<p>100</p>	<p>1.2 Resolución del Manual de la guía técnica para la preparación de POAS municipales con énfasis en identificación de prioridades y asignación de recursos.</p>	<p>1-mar-23</p>	<p>31-dic-23</p>	<p>Director General de DGPPS</p>	<p>Asignación de recursos, alta rotación de personal</p>	<p>Plan de contingencia interinstitucional entre DIPREVICOM y DGPPS para asegurar reducción de riesgos financieros.</p>					
			<p>1.3 Desarrollo de la Red Nacional y funcional de manejo de adicciones y su entorno con énfasis en estándares de calidad de atención para el primer, segundo y tercer nivel en el sistema público y de la seguridad social a corto plazo, con énfasis en la prevención y detección temprana, tratamiento integral y rehabilitación de drogodependientes</p>	<p>1.3.1 Diagnóstico de capacidades, mallas de indicadores, de la seguridad social a corto plazo y otros protocolos de gestión y elaboración de Plan Funcional de la Red de Atención Integral por nivel</p>	<p>100</p>	<p>1.1 Resolución del Manual de la guía técnica para la preparación de POAS municipales con énfasis en identificación de prioridades y asignación de recursos.</p>	<p>1-mar-23</p>	<p>31-may-24</p>	<p>Ministro de Salud y Deportes</p>	<p>Bs 1.500.000,00</p>	<p>Asignación de recursos, alta rotación de personal</p>	<p>Plan de contingencia interinstitucional entre DIPREVICOM y DGPPS para asegurar reducción de riesgos financieros.</p>				
<p>1.4 Desarrollo e implementación del Sistema de monitoreo y vigilancia de adicciones</p>	<p>1.4.1 Desarrollo del marco conceptual y/o herramientas e instrumentos de recolección, consolidación, validación y otros elementos para el sistema de monitoreo y vigilancia de adicciones para el subsector de salud y comunitario del SNS, VU</p>	<p>100</p>	<p>1.4.1 Marco conceptual, instrumentos e instrumentos de recolección, consolidación, validación y otros elementos para el sistema de monitoreo y vigilancia de adicciones para el Ministerio de Salud y Deportes</p>	<p>1-oct-23</p>	<p>31-oct-25</p>	<p>Ministro de Salud y Deportes</p>	<p>Bs 1.500.000,00</p>	<p>Asignación de recursos, alta rotación de personal</p>	<p>Plan de contingencia interinstitucional entre DIPREVICOM y DGPPS para asegurar reducción de riesgos financieros.</p>							

Componente 4: Coordinación Interinstitucional y trabajo de la Red de Prevención													
Objetivo General: Desarrollar y Promover Programas, Acciones Integrales de Prevención, Universal, Selectiva e Indicada, con intervención temprana, tratamiento, rehabilitación y reintegración de personas con adicciones y su entorno, generando estilos de vida saludable y bienestar social en Bolivianos y Bolivianas, familias y comunidades con un enfoque biopsicosocial y de salud pública en el marco del respeto de los derechos humanos con enfoque de género.(1)													
Objetivo específico: Lograr un funcionamiento adecuado, ágil, eficiente y eficaz de la red Nacional de Prevención para garantizar la correcta implementación en tiempo y forma del Plan de acción para la reducción de la demanda de drogas 2023 -2026													
Articulación pendiente discusión	Resultados Esperados		Actividades				Periodo Implementación			Riesgos			
	Criticas	Apoyo	Indicador	2023	2024	2025	Medio de Verificación	Fecha Inicio	Fecha de Finalización	Responsable	Costo Estimado	Riesgos	Medidas de Reducción de Riesgos
	1. Red Nacional de Prevención con acciones articuladas ágiles, eficientes y eficaces, garantizando la correcta implementación en tiempo y forma del Plan de Acción para la reducción de la demanda de drogas	1.1.1. Dentro de un mecanismo de operación funcional para la Red de Prevención garantizando la coherencia de acciones con el Plan de Acción para la Reducción de la demanda de la demanda	1.1.1.1. De apoyo de un Reglamento de operación funcional, para la Red de Prevención, en función del cumplimiento de la función de la demanda	100			1.1.1 Resolución ministerial de los Ministerios de Educación, Gobierno y Justicia, Ministerio de Salud y Deportes	1jun-23	31/12/23	Ministerio de Educación, Ministerio de Gobierno y Justicia, Ministerio de Salud y Deportes	Bs.500.000,00	Limitaciones en los mecanismos existentes de comunicación y coordinación interinstitucional	Preparar un plan de contingencia que incluya la creación de una mesa de trabajo técnico- jurídica encargada del proceso de análisis, diagnóstico y gestión de incidentes con acciones de atención e incidencia en las 3 instituciones involucradas

12. BIBLIOGRAFÍA DEL DIAGNÓSTICO

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.

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

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

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.

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

UNODC (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>

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.

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

Leyes, Decretos y Resoluciones Ministeriales:

- 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

BIBLIOGRAFÍA DEL PLAN DE REDUCCIÓN DE LA DEMANDA Y PREVENCIÓN

Choque, Yauli. Rodrigo; Monasterios, Yapu. Freddy; Valenzuela, Maria del Rosario; Fuente, López. Humberto; Herbas, René; Sullcata, Evi. Ana. (2013). *PLAN NACIONAL DE REDUCCIÓN DE la DEMANDA DE DROGAS EN BOLIVIA 2013-2017* (SUKINI EDICION). Artes Gráficas Sagitario, SRL.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. (2009).
[google.com/search?gs_ssp=eJzj4tVP1zc0TC42MywzyisyYLRSNaiwNDRNMzIwNzRPsjS2MDBIsjKoMDFOM7c0Nk20NEINtgCq9xLMSVRIT0xOLUIUyE_LTM5MzAEA0eAUyA&q=la+gaceta+oficial&rlz=1C1CHBF_esBO912BO912&oq=LA+gaceto&aqs=chrome.2.69i57j0i10i131i433i512j46i10i175i199i512j0i10i512i2j46i10i512j0i10i512i4.6719j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJzj4tVP1zc0TC42MywzyisyYLRSNaiwNDRNMzIwNzRPsjS2MDBIsjKoMDFOM7c0Nk20NEINtgCq9xLMSVRIT0xOLUIUyE_LTM5MzAEA0eAUyA&q=la+gaceta+oficial&rlz=1C1CHBF_esBO912BO912&oq=LA+gaceto&aqs=chrome.2.69i57j0i10i131i433i512j46i10i175i199i512j0i10i512i2j46i10i512j0i10i512i4.6719j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Convention_1961_es.pdf. (s. f.).

Gonzéles, Anaya. Teresa. (2015). ENTENDIENDO EL USO Y RESULTADOS DEL INDICADOR AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública Departamento de Gestión Pública y Departamento de Estudios Políticos y de Gobierno*, IV(2), 195-210.

Gorena,Vargas.Paola; García,Rivera.Pablo; Cazas,Machicao.Marcelo; Ottich,Ortiz.Mariana; Calderón,Montaño.Alejandro; Maldonado,Morales.Daniela. (2013). *AGENDA PATRIÓTICA 2025* (Primera edición).

LEY 548 ACTUALIZACION 2018 WEB.pdf. (s. f.).

Ley N° 235.doc. (2012).

Ley N° 259.doc. (2012).

Ley N° 264.doc. (2018).

López,Barrón.Miriam; Lora Rocha Oscar; (s. f.). *Encuesta Nacional de la Adolescencia y la Juventud 2008* (UNFPA). Editorial Quatro Hnos.

Lora, O. (s. f.). *Análisis de Situación de la Población*.

MINISTERIO DE DEFENSA, VICEMINISTERIO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES. (s. f.). *Informe NACIONAL sobre la situación de la JUVENTUD en BOLIVIA*.

Monasterios,Yapú.Freddy;Reyes, Rodas Gabriela; Gonzáles, Guzmán. Miguel;Chávez,Gutiérrez. Patricia; Tórrez, Miranda.E.Luis; Mendoza ,Méndez. Boris Benjamín. (2021). *ESTRATEGIA CONTRA EL TRÁFICO ILÍCITO DE SUSTANCIAS CONTROLADAS Y CONTROL DE LA EXPANSIÓN DE CULTIVOS DE COCA 2021—2025* (Secretaría Técnica del CPI-Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas.).

PDEFINAL.pdf. (s. f.).

Rodríguez, A. (s. f.). *PLAN ANDINO DE COOPERACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LAS DROGAS ILÍCITAS Y DELITOS CONEXOS*.

STIPPELJörg; SERRANO, Juan. (2018). “La nacionalización de la lucha contra el narcotráfico en Bolivia”. *Políticas criminales, Vol. 13, Art. 8,(N° 25)*, pp. 264-321.

Tellez,Diaz.PauloRoberto; Inglez-Dias,Aline; Borges, Guimarães.Guilherme; Monteriro,Maristela; et al, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la, &

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. www.paho.org

UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf. (s. f.).

UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, MINISTERIO DE SALUD. (2022). *PLAN PLURINACIONAL DE SALUD MENTAL PARA VIVIR BIEN 2021-2025* (Primera edición).

Anexo: SERVICIOS DE TRATAMIENTO A TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS

UNODC BOLIVIA

El proyecto “Garantía de calidad - habilitar el tratamiento de la dependencia de drogas en línea con las normas internacionales para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas en América Latina” es un proyecto orientado al mejoramiento de los servicios de tratamiento a los trastornos por consumo de drogas, considerando el consumo de drogas como un problema de salud que requiere ciertamente el mismo tipo de atención que cualquier otra enfermedad crónica, por tanto la UNODC (Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) junto a la OMS han desarrollado un conjunto de estándares de tratamiento e instrumentos destinados a mejorar los procesos de atención en los servicios de tratamiento al consumo de drogas.

Como una de las primeras acciones en el proyecto, se planteó la identificación de los servicios de tratamiento en Bolivia, tomando en cuenta las características / modalidades de atención de estas instituciones, ya sea que pertenezcan al ámbito público o privado a fin de establecer no solo contactos sino también llevar adelante el proceso de mejoramiento del tratamiento al consumo de drogas, sin duda con la participación protagónica y estratégica del Gobierno Central a través del Ministerio de Salud.

En este sentido el presente documento describe un listado de servicios de tratamiento en diferentes departamentos de Bolivia, indicando características o modalidades de tratamiento según datos proporcionados por la Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas (ABCT), autoridades departamentales, municipales e instituciones.

DEPARTAMENTO DE LA PAZ

	INSTITUCION	POBLACIÓN META/ MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE / CONTACTO	EMAILS.
1	FUNDACION ALALAY	Niños, niñas, adolescentes, jóvenes hasta los 25 años en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: indefinida Modalidad Residencial Modelo psico social educativo	CLAUDIA GONZALES 60660611 Vanessa Carvajal 2121222 Alalay	info@alalay.com
2	FUNDACION ARCO IRIS	Niños, niñas, adolescentes, jóvenes hasta los 25 años en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: indefinida Modalidad Residencial Modelo psico social educativo	Krzysztof Bobka K. 2230165 2238516 72008853	fundación-arcoiris@entelnet.bo
3	FUNDACION LA PAZ PROGRAMA SARANTAÑANI CALLE	Niños y adolescentes varones de 7 a 18 años en situación de calle y/o consumo de drogas Duración de la atención: 12 meses promedio	Raúl Velasco 2286288	flpsocioeduca@redcotel.bo

		Modalidad Residencial Modelo psico social educativo		
4	FUNDACION NUEVO DIA	hombres y mujeres mayores de 7 años, trabajadores en situación de calle y/o consumo de drogas Acogida temporal Modalidad ambulatoria Modelo psico social educativo	Lía Salazar Ovalle 2460629	fun-nuevodia@hotmail.com
5	ASOCIACION COMUNIDAD PAPA JUAN XXIII “COMUNIDAD TERAPÉUTICA SANTA AQUILINA”	Varones mayores de 18 años Duración de la atención: 9 meses promedio Modalidad Residencial CT con 3 fases	LORELLA BRUSA ANTONIO GAMMINO 70151228 Antonio 2419552 Vicente	gamminoantonio@yahoo.es sonkosua@latinmail.com
6	ASOCIACION CRISTIANA BENÉFICA “REMAR” – LA PAZ	varones y mujeres mayores de 18 años Duración de la atención: 9 meses promedio Modalidad Residencial Modelo: espiritual cristiano	Jon Ugalde 2312106	remarbolivia@hotmail.com

7	CENTRO DE REHABILITACIÓN Y SALUD MENTAL “SAN JUAN DE DIOS”	Varones y mujeres mayores de 18 años Duración de la atención: 9 meses promedio Residencial y Ambulatorio Modelo hospitalario	Fernando Garitano 2723464 2724887	jruiz@hsjd.org
8	HOSPITAL DE PSIQUIATRIA CAJA NACIONAL DE SALUD	Hombres y mujeres mayores de 18 años Duración de la atención: 9 meses promedio Modalidad residencial Modelo hospitalario	Libertad Pacheco 2226840 2222968	
9	INSTITUTO NACIONAL DE TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN, REINSERCIÓN SOCIAL E INVESTIGACIÓN EN DROGODEPENDENCIAS (INTRAIID)	hombre y mujeres mayores de 18 años Duración de la atención: 9 meses promedio Modalidad residencial y ambulatorio Modelo de CT con 3 fases en general	Jorge Gonzales 2412391 2141996	intraid@bolivia.com

10	KAYA CHILDREN INTERNACIONAL	Niños y adolescentes varones menores de 18 años en situación de riesgo social Duración indefinida Modalidad residencial y ambulatoria Modelo psico social educativo	Paula Vargas 2714381	info@kayachildren.org
EL ALTO				
1	MISION ADULAM TALITA CUMI JESED	Adolescentes hombres y mujeres en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: 12 meses promedio Modalidad residencialModelo: CT con 3 fases	ROELFINA L. JANSSEN PIETERSEN (2) 2844016 Misión Adulam (2) 2841036 (2) 2415378 Oficina	finekej@gmail.com
2	MAYA PAYA KIMSA	Niños, niñas, adolescentes, jóvenes menores de 25 años, en situación de calle Modalidad ambulatoria, acercamiento en calle Modelo psico social educativo	JANETH PERES (2) 2826469 79699300 Denis López 70579999 Janeth Pérez	iniciativa@mayapayakimsa.org denis@mayapayakimsa.org
3	ASOCIACION MOVIDA BOLIVIA	Niños, adolescentes, jóvenes y adultos varones de 7 a 40 años	Marcelo Alcázar	movida- centrobolivia@hotmail.com

		Duración: indefinida Modalidad Residencial Modelo psico social educativo	(2) 2840545 71222101	
4	FUNDACION “MUNASIM KULLAKITA”	Mujeres adolescentes de 12 a 18 años, en situación de violencia sexual comercial y/o consumo de drogas Duración: indefinida Modalidad Residencial Modelo psico social educativo	Ricardo Giavarini (2) 2843853 76550212	munasimkullakita08@yahoo.es
5	MISION GLOBAL PENIEL	Varones de 18 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: 9 meses promedio Modalidad Residencial Modelo psico social educativo	PTR. ERLAM Valentín Copa Velásquez Ptr. Erlam 78825699 (2) 2850243 Peniel	mision_peniel_2009@hotmail.com
6	POR UN MUNDO MEJOR	Hombres y mujeres hasta los 25 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: Indefinida Modalidad ambulatoria	Angel Goyzueta (2) 2882129 70545238	angelgoyzueta@hotmail.com

		Modelo psico social educativo		
7	SOFORTHILFE	Hombres y mujeres de 6 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: Indefinida Modalidad residencial y ambulatoria Modelo psico social educativo	HEIDY B. Juan Soza 71514071 Ptr. Andres Quisbert 71246444, Milton Quisbert (2) 2205160	soforthi@yahoo.com administracion@soforthilfe-lapaz.org andresquisbert@live.com
8	COMUNIDAD TERAPEUTICA “FRATERNIDAD ENDA”	Niñas y adolescentes mujeres de 6 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: indefinida Modalidad Residencial y ambulatorio Modelo psico social educativo	ALEX PORCO Patricia Beltran (2) 2811446 70532462 Alex 2811446 Enda 2811645 Minka	alexanderporco@hotmail.com administracion@endaelalto.org
9	CENTRO SOLIDARIDAD VIDA	varones y mujeres de 18 años adelante Duración: 9 meses promedio	LLOYD JACOBS Miriam Elio	Lloydjacobselio25@gmail.com terapia@centrovidabolivia.org

		Modalidad Residencial Modelo: CT con 3 fases	(2) 2416702 78802802 Lloyd Jacobs	
10	LUZ DE ESPERANZA	Hombres y mujeres hasta los 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: indefinida Modalidad Residencial y ambulatorio Modelo psico social educativo	DORIS HUERTAS (2) 2864558 79524604 Daniel 70667213 Doris	luz_esperanzabolivia@yahoo.es
11	PROYECTO PREVENTIVO EDUCATIVO “EL ALTO SIN ALCOHOL Y DROGAS”	Niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: indefinida Modalidad ambulatoria Modelo psico social educativo	Rubén Cruz Velásquez (2) 2811820 71978336	toditoelalsinalcohol@yahoo.es
12	REMAR	Niñas y adolescentes mujeres hasta los 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración: 9 meses promedio Modalidad residencial	Jon Ugalde (2) 2864175 70534007	remarbolivia@hotmail.com

		Modelo espiritual (cristiano)		
13	EDITO Espacio de Diagnóstico e Intervención Terapéutica Oportuna	Ambulatorio 15 A 40 Años Hombres Y Mujeres Residencial. Hombres 18 A 40 Años	Jhonny Huanto Flores 70525070 Jhonny 77244590 Wendy	jhunico@gmail.com

DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA

Nr o	INSTITUCION	POBLACIÓN META/ MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE / CONTACTO	EMAILS.
1	FUNDACIÓN AMANECER Centro abierto, que trabaja en coordinación con otros centros.	Niños, adolescentes varones de 6 a 16 años en situación de calle y/o consumo de drogas Duración de la atención: indefinida Modalidad Ambulatoria y residencial Modelo: psico social educativo	Hna. Carol Donohue Héctor Fernández Rivera 4254903 4500897	yaykuna@gmail.com amanecer@supernet.com

2	ASOCIACION CRISTIANA BENÉFICA “REMAR” – COCHABAMBA	Niños, niñas, adolescentes de 7 años adelante en situación de calle y/o consumo de drogas Duración de la atención: indefinida Modalidad Residencial Modelo: espiritual cristiano	Francisco Heredia Ríos 70612157	remarbolivia@hotmail.com
3	FUNDACIÓN ESTRELLAS EN LA CALLE	Niños (as), adolescentes, jóvenes y familias en situación de calle y riesgo, de entre de los 0 a 50 años. Modalidad ambulatoria Modelo: psico social educativo	Representante: Alina Arellano Cel: 79739237	estrellasencalle@hotmail.com
4	ENCUENTRO TEMPRANO	Trabajo Calle, con niños en riesgo y niños trabajadores Trabajo con iglesias, realizando trabajo preventivo. - Centros de rehabilitación. - Guarderías Las edades varían de acuerdo al proyecto	Representante: Máximo Plata En la ciudad de Cochabamba y Oruro desde el año 2006, pertenecen a la red Viva.1	trabajocalle@gmail.com

5	PENIEL	<p>adolescentes varones mayores de 15 años en situación de calle y/o consumo de drogas</p> <p>Duración de la atención: 9 meses promedio</p> <p>Modalidad Residencial</p> <p>Modelo: espiritual cristiano</p>	<p>Henry Dabdoub Reyes</p> <p>4489747</p> <p>72262674</p>	dabdoub39@hotmail.com
6	ALIANZA MAYA PAYA KIMSA	<p>Grupo meta: instituciones que trabajan en rehabilitación del consumo de drogas, haciendo capacitaciones en temas de abordaje</p>	<p>Martin Berndorfer</p> <p>4681490</p> <p>70303455</p>	<p>iniciativa@mayapayakimsa.org</p> <p>denis@mayapayakimsa.org</p>
7	ESPERANZA VIVA	<p>adultos de ambos sexos de 20 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas</p> <p>Duración de la atención: 12 meses promedio</p> <p>Modalidad residencial</p> <p>Modelo: espiritual cristiano</p>	<p>Pastor Ernesto Valdivieso</p> <p>4316474</p> <p>76488497</p>	esperanzaviva@angelic.com
8	ASOCIACION UYARINA – PUNTO DE ENCUENTRO	<p>niños, niñas, adolescentes de 7 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas</p>	Humberto Martínez	u.deencuentro@gmail.com

		Duración de la atención: indefinida Modelo: psico social educativo	4581395 70376074	
9	CENTRO HERMANO MANOLO	niños, adolescentes menores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración de la atención: indefinida Modelo: psico social educativo	Eduardo Mc Ardle 70718785	
10	FUNDACION ALALAY	niños, niñas, adolescentes de 10 a 15 años, en situación de riesgo Duración de la atención: indefinida Modalidad Ambulatoria (externo) Modelo: psico social educativo	Erika Villarroel 4376531 70795190	
11	FUNDACIÓN ARCA DE NOÉ	Adultos varones mayores de 19 años, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración de la atención: 9 meses promedio Modalidad residencial Modelo: CT con 3 fases	Aldo Méndez Arraya 4314187 77450939	arcanoecbba@gmail.com

12	TIQUIPAYA WASI	niños, y adolescentes varones de 12 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas Duración de la atención: indefinida Modalidad residencial Modelo: psico social educativo	María Luz León 70343055 70796804	cetwa@supernet.com.bo
13	PROGRAMA CAMINO (SEDEGES)	Atención a adolescentes de ambos sexos de 13 a 20 años que han dejado la calle Modalidad residencial	Carlos Pereira 4377700 78307115	
14	COMUNIDAD TERAPÉUTICA RIBOTORTO	Jóvenes y adultos	Fabricio Gumiel 75496541	
15	INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAN JUAN DE DIOS	Adultos de ambos sexos mayores de 18 años que presentan problemas de alcohol u otras drogas además de diferentes tipos de trastornos mentales. Modalidad Residencial y ambulatoria; Modelo Hospitalario	Manuel Rodríguez F. 4268766 70764784	sjdcoha@hsjd.org

DEPARTAMENTO DE SANTA CRUZ

Nro	INSTITUCION / DIRECCIÓN	POBLACIÓN META/ MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE / CONTACTO	EMAILS.
1	<p>CALLECRUZ</p> <p>C/ Mutún #63</p>	<p>Niños, niñas y adolescentes, de 7 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: Indefinida</p> <p>Atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatorio (externo), actividades educativas</p> <p>Modelo: Psicosocial educativo</p>	<p>Cleotilde Morales</p> <p>3599646</p> <p>750- 03141</p>	<p>Cleo morales @hotmail.com</p>
2	<p>RENUEVO</p> <p>C/José Vásquez # 130</p> <p>B/el Trompillo</p>	<p>Varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: Doce meses promedio.</p> <p>Atención: Tratamiento residencial (internación), actividades de reinserción social y laboral.</p> <p>Modelo: Espiritual</p>	<p>Víctor Stortoz</p> <p>Pr Carlos de Souza</p> <p>Jorge Sanguino</p> <p>755-11035</p> <p>785-11951</p> <p>716-36630</p>	<p>vmstortoz@hotmail.com</p> <p>prnegrito1@hotmail.com</p> <p>jorge.sanguino@hotmail.com</p>
3	<p>MISIÓN TIMOTEO</p>	<p>Niños, niñas y adolescentes de 7 a 18 años en situación de calle y/o consumo de drogas.</p>	<p>Jorge Montoya</p> <p>359- 8016</p>	<p>jorge_a_montoya@hotmail.com</p>

	C/ Tristán Roca # 191	<p>Duración: indefinido.</p> <p>Atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatorio (externo), actividades educativas.</p> <p>Modelo: Psicosocial educativo</p>	76349365	misión.timoteo.bol@hotmail.com
4	<p>MI RANCHO</p> <p>Km 14 Carretera a Cotoca</p>	<p>Niños y adolescentes de 9 años en adelante en situación de riesgo.</p> <p>Duración: indefinido.</p> <p>Atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatorio (externo), actividades educativas.</p> <p>Modelo: Psicosocial educativo</p>	<p>Rosa Ruiz</p> <p>Roberto Eguez</p> <p>388- 2092</p> <p>726-92881</p> <p>70048484</p>	Rosa ruizalcoy@gmail.com
5	<p>COMUNIDAD PAPA JUAN XXIII</p> <p>Yacuiba</p>	<p>Adolescentes y jóvenes varones de 13 a 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: Nueve meses promedio</p> <p>Atención: Tratamiento residencial (internación) actividades de apoyo educativo y laboral.</p> <p>Modelo: CT con tres fases</p>	<p>Juan Carlos Gálvez</p> <p>750 – 13575</p> <p>729- 54619</p>	Jcgalvez79@yahoo.es

6	<p>EBENEZER</p> <p>Barrio Huapilo</p>	<p>Varones y mujeres de 12 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas. En diferentes proyectos</p> <p>Duración: Nueve meses promedio</p> <p>Atención: Tratamiento residencial (internación)</p> <p>Modelo: CT con 3 fases</p>	<p>Adolfo Linares</p> <p>Bárbara Stortoz</p> <p>77335713</p> <p>75010657</p>	<p>adolfitolinares@hotmail.com</p>
7	<p>ALALAY</p> <p>C/Tte. Rivero #158</p>	<p>Niños y niñas de 7 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: Indefinida</p> <p>Atención: Apoyo residencial (internación) y ambulatoria (consulta externa), actividades de apoyo educativo.</p> <p>Modelo: psicosocial educativo</p>	<p>Cira Segovia</p> <p>3327291</p> <p>750-03113</p> <p>780-02687</p>	<p>ximelan@hotmail.com</p>
8	<p>FUNDACIÓN</p> <p>ÉXODO</p>	<p>Varones mayores de 18 años, en situación de Calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: Nueve meses promedio</p>	<p>Pr Carlos Saavedra</p> <p>760-88527</p>	

	Km 9 Doble Vía la Guardia	Atención: Tratamiento residencial (internación) Modelo: Espiritual (Cristiano)		
9	MISIÓN GLOBAL PENIEL Montero	Varones mayores de 12 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: Nueve meses promedio Atención: Tratamiento residencial (internación) Modelo: Espiritual (Cristiano)	Pr Juan Carlos Barbery 3224218 731- 02720	juancabarbery@outlook.com penielbo@hotmail.com
10	CASA DE ORACIÓN Av. Japón y Av. Alemania 3er anillo	Varones de 18 años en adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: Nueve meses promedio Atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatorio (externo). Modelo: Espiritual (Cristiano)	Miguel Sensano 3327841 750- 25249	Blanca.sensano@hotmail.com
11	CREA	Varones mayores de 18 años, en situación de Calle y/o consumo de drogas.	Pr. Marvin Suarez	Marvin-celta@hotmail.com

	Av. Cumavi 5to.Anillo. V.1ro de Mayo	Duración: Nueve meses promedio Atención: Tratamiento residencial (internación) Modelo: Espiritual (Cristiano)	3478651 763-25826	
12	CHERENTA C/6 de Agosto	Asesoramiento a poblaciones de riesgo	Teresa Oliva 770 - 89989	
13	EMANUELL C/ Farid Mendoza	Asesoramiento a poblaciones de riesgo y asistencia social	Pr. Francisco Méndez 708-47164 702-01497	vidanueva_77encristo@hotmail.com
14	PROTEGE C/ Cochabamba esq. Saavedra	Población general en consumo y varones mayores de 18, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: Nueve meses promedio Atención: Tratamiento residencial (internación) y ambulatoria Modelo: Logoterapia – Proyecto Hombre	Oscar Melgar Cuellar 721-79846	okymelgar@gmail.com

15	<p>REDES-PERSONAL (Re significación y Desarrollo Personal)</p> <p>Proyecto Piloto Integral de atención</p> <p>Av. Tarumá # 222 esq. Guabirá frente Club de tenis Scz</p>	<p>Personas con problemas en el comportamiento y con comportamientos adictivos –Varones y Mujeres – desde los 12 en adelante, con una afección Biopsicosocial de leve a moderada y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: Nueve meses promedio</p> <p>Atención: Tratamiento Ambulatorio Básico e Intensivo</p> <p>Modelo: Comunidad Terapéutica</p>	<p>Lic. Alfredo Negrete Ríos</p> <p>321-6041</p> <p>710 -49996</p>	<p>redes_personal@outlook.com</p> <p>alfredo_cvn@hotmail.com</p>
16	<p>CASA “OIKIA”</p>	<p>Niños, niñas, adolescentes de 8 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: indefinido</p> <p>Atención: Tratamiento residencial</p> <p>Modelo: psico social educativo</p>	<p>Daniel de la Traba</p> <p>3624207</p>	
17	<p>CENTRO FORTALEZA</p>	<p>Varones de 12 a 16 años, en conflicto con la ley, en situación de consumo o no.</p> <p>Duración: según dictamen judicial</p>	<p>Mario Mazzoleni</p> <p>3644187</p>	

		Atención: en privación de libertad Modelo: judicial coercitivo		
18	COMUNIDAD ENCUENTRO	Niños, adolescentes y adultos varones desde 6 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: indefinido Atención: Tratamiento residencial Modelo: espiritual (cristiano)	Roberto Petrochi 3461717	pgabriella@hotmail.com
19	FUNDACION CENTRO DE SALUD MENTAL	Adolescentes y adultos de ambos sexos desde 15 años, en situación de consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial y ambulatorio Modelo: Hospitalario	Ronald Jiménez Franco 3524141 3521925	fucesame@cotas.com.bo
20	INSTITUTO DE REHABILITACIÓN Y REINTEGRACIÓN “DESAFIO JOVEN DE SANTA CRUZ”	Adolescentes y adultos varones mayores de 12 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio	Carlos Rodolfo Mercado 3480099	

		Atención: Tratamiento residencial Modelo: espiritual (cristiano)	77396377	
21	OPERACIÓN RESCATE IGLESIA ARCA DE NOE	Adolescentes y adultos mayores de 16 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial Modelo: espiritual (cristiano)	Marcelo Alberto Salas 3301807 70834385	marcelosalas@iglesiaarcadenoe.org
22	MISION NACER	Adolescentes varones de 8 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: Indefinido Atención: Tratamiento residencial Modelo: CT	Luis Miguel Zucchetti 3823229 76007550	nacربول@yahoo.es
23	PROYECTO DON BOSCO	Niños de 6 a 12 años, en diferentes programas, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: Indefinida Atención: residencial y ambulatoria	Octavio Sabbadin 3412693 75007107	hogardonbosco@cotas.com.bo

		Modelo: psico social educativo		
24	HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN BENITO MENNI	varones y mujeres de 13 años adelante, en situación de consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial y ambulatorio Modelo: Hospitalario	Sor Antonia Moro 3557525 3558419	hhscjsanbm@cotas.com.bo
25	Centro de Rehabilitación Municipal para personas con consumo de drogas			

DEPARTAMENTO DE CHUQUISACA

Nro.	INSTITUCION	MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE / CONTACTO	EMAILS.
1	PENIEL	varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial Modelo: Espiritual (cristiano)	Osman Aguilera Saucedo (6) 6457256 76956350	movima-333@hotmail.com
2	INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA GREGORIO PACHECO	varones y mujeres mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial y ambulatorio	Luis Sanchez Miranda (6) 6455170	

		Modelo: Hospitalario		
3	PROGRAMA DE REHABILITACIÓN DE ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS - PRADOS	adolescentes y adultos varones mayores de 15 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial Modelo: Espiritual (cristiano)	María Nazareth (6) 6443212 (6) 6434996	nazarethdiaz2@yahoo.com

DEPARTAMENTO DE TARIJA

Nro.	INSTITUCION	MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE LEGAL	EMAILS.
1	Centro la Colmena	Adolescentes y adultos varones de 12 años adelante, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 2 años promedio Atención: Tratamiento residencial Modelo: CT	Alejandro Fiorina Zambonetti (6) 6646681	

2	Centro INTRAIID Instituto Nacional de Prevención Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y Salud Mental	varones y mujeres adolescentes de 15 años, en situación de consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial y ambulatorio Modelo: Hospitalario	Raquel Caero Alfredo Scott Moreno (6) 6643157	ralitaca@yahoo.es intraid-tarija@hotmail.com
3	CENTRO RENACER A LA VIDA	Adolescentes y jóvenes varones de 13 a 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial Modelo: CT con 3 fases	Juan Carlos Galvez 72954619	secretayacuiba@yahoo.com

DEPARTAMENTO DE POTOSI

Nro.	INSTITUCION	MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE LEGAL	EMAILS.
1	Centro la Colmena	Ambulatorio Residencial		

2	PENIEL	varones desde los 12 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial y ambulatorio Modelo: Espiritual (cristiano)	Jorge Salinas Zarate (6) 6221010 72410951	
---	--------	--	---	--

DEPARTAMENTO DE ORURO

Nro.	INSTITUCION	MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE LEGAL	EMAILS.
------	-------------	--------------------	------------------------	---------

1	SERVICIO DE ADICCIONES CLINICA VIRGEN DEL SOCAVON	Adolescentes, jóvenes y adultos de ambos sexos desde los 12 años, en situación de consumo de drogas. Duración: 4 meses promedio Atención: Tratamiento residencial y ambulatorio Modelo: Hospitalario	Adriana Ugarte Macías (5) 5283300 73228048	adichu7@gmail.com
2	PRADOS – PROGRAMA DE REHABILITACION DE ALCOHOLICOS Y DROGADICTOS	varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: 9 meses promedio Atención: Tratamiento residencial Modelo: Espiritual (cristiano)	Roberto Nina (5) 5288169	pradosoruro@bolivia.com

DEPARTAMENTO DE BENI

Nro.	INSTITUCION	MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE LEGAL	EMAILS.
1	ENDA BOLIVIA	<p>Niños, niñas, adolescentes, de 12 a 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: indefinida</p> <p>Atención: Tratamiento residencial</p> <p>Modelo: psico social educativo</p>	<p>Olga Soliz Gutierrez</p> <p>(6) 4620056</p> <p>72827229</p>	<p>trinbol@hotmail.com</p>
2	PENIEL	<p>varones mayores de 18 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: 9 meses promedio</p> <p>Atención: Tratamiento residencial</p> <p>Modelo: Espiritual (cristiano)</p>	<p>Belisario Mercado</p> <p>72847836</p>	
3	REMAR	<p>Adolescentes y jóvenes de 13 a 25 años, en situación de calle y/o consumo de drogas.</p> <p>Duración: 9 meses promedio</p> <p>Atención: Tratamiento residencial</p> <p>Modelo: Espiritual (cristiano)</p>	<p>Luis Antonio Diand</p> <p>73535662</p>	<p>familiadiamond@hotmail.com</p>

DEPARTAMENTO DE PANDO

Nro.	INSTITUCION	MODELO DE ATENCION	REPRESENTANTE LEGAL	EMAILS.
1	SEDEGES	Adolescentes de 12 a 16 años, en situación de calle y/o consumo de drogas. Duración: Según dictamen judicial Atención: Tratamiento residencial Modelo: Judicial coercitivo	Margot Alpire (8) 8422207 72923886	sedege.pando@hotmail.com