

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



**Fortalecimiento del primer nivel de atención de la Red 4 Este
de la ciudad de La Paz para la detección y atención
de casos de trastornos mentales y del comportamiento
en la gestión 2015**

POSTULANTE : DRA. Miriam Rocha Caetano
TUTOR : DR. José Zambrana

**Propuesta de intervención presentada para optar al título de
especialista en gestión de calidad y auditoria médica
La Paz - Bolivia
2015**

AGRADECIMIENTOS

A LOS DOCENTES DE LA ESPECIALIDAD EN AUDITORIA MÉDICA Y GESTIÓN DE CALIDAD, AL PERSONAL DE SALUD QUE PARTICIPÓ POR SU APORTES, QUE HICIERON POSIBLE EL PRESENTE ESTUDIO.

DEDICATORIA

A MI FAMILIA

Por brindarme su apoyo, comprensión y paciencia
en la realización del presente Post Grado

A LOS PADRES, MADRES Y/O FAMILIARES DE PACIENTES CON ALGUN
TRASTORNO MENTAL O DEL COMPORTAMIENTO

Cuya dedicación a su ser querido a pesar de las dificultades que esto implica,
me motivaron a querer hacer una contribución
para mejorar la atención que reciben.

**PLAN DE FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED 4
ESTE DE LA CIUDAD DE LA PAZ PARA LA DETECCION Y ATENCION DE CASOS
DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO EN LA GESTION 2015**

CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO	6
1.- INTRODUCCIÓN.....	8
2.- ANTECEDENTES.....	10
3.- RELACIÓN DE LA PROPUESTA CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA	14
4.- ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROBLEMA A INTERVENIR	23
5.- JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA.....	25
6.- AMBITO Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO.....	27
7. - ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS.....	29
8.- CONTEXTO DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN	33
9.- DESARROLLO DE LA MATRIZ DEL MARCO LOGICO	36
9.1 FIN.....	37
9.2 ESTRUCTURA DE OBJETIVOS:.....	37
9.3 ACTIVIDADES	37
9.4 INDICADORES	39
9.5 FUENTES DE VERIFICACIÓN	42
9.6 SUPUESTOS	44
10.- ANÁLISIS DE COHERENCIA	45
11.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD.....	46
12.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	48
13. -ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO	48
14.-IMPACTO ESPERADO DE LA PROPUESTA.....	49
15.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO.....	49
16.- PRESUPUESTO.....	50
17.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

18.- ANEXOS	54
ANEXO 1. ISOCRONA DE LA RED 4 ESTE	55
ANEXO 2. ANALISIS DE INVOLUCRADOS	56
ANEXO 3: ANALISIS DE ALTERNATIVAS	58
ANEXO 4: ARBOL DE PROBLEMAS	59
ANEXO 5: ARBOL DE OBJETIVOS.....	60
ANEXO 6: MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	61
ANEXO 7. ANALISIS DE COHERENCIA	65
ANEXO 8. ANALISIS DE VIABILIDAD.....	66
ANEXO 9: PRESUPUESTO.....	67
ANEXO 10. CRONOGRAMA ANUAL	68
ANEXO 11. CONSENSO DE BRASILIA 2013	69

RESUMEN EJECUTIVO

Análisis del problema. La actual política de salud SAFCI reconoce que la salud no es solo una ausencia de enfermedad si no un equilibrio entre lo biológico, psicológico y social y establece la importancia de realizar una atención de la salud de manera integral por los tres niveles de atención; sin embargo, si bien en los últimos años a nivel nacional se ha ido enfocando la atención a las personas que no cuentan con una buena salud mental denominadas personas con trastornos mentales y/o del comportamiento, encontrándose en vigencia el Plan Nacional de Salud Mental 2009 – 2015 y protocolos de atención de los Trastornos Mentales y Del Comportamiento para los tres niveles de atención, existen debilidades en el 1er nivel de atención para manejar estos casos, en el marco de sus competencias.

Problema detectado.

En la Red de Salud 4 Este de la ciudad de La Paz, existe una baja promoción de la salud mental y baja atención primaria de los trastornos mentales y del comportamiento, cuyas causas principales son tres: la insuficiente vigilancia de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en el cuidado de la salud mental de su población, la escasa asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problema de salud mental y debilidades para la atención de los casos con trastornos mentales y del comportamiento.

Justificación.

En Bolivia el presupuesto para el área de la salud mental es reducido sumado a otros factores como la inaccesibilidad geográfica, la estigmatización y una pobre o ninguna participación del primer nivel de atención. La presente propuesta tiene por objetivo justamente lograr que exista una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de los trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz, con acciones que reviertan el problema planteado. Siendo el fin mejorar la percepción que tiene la población sobre la calidad que realiza el personal de salud del 1er nivel de atención de la Red 4 en el cuidado de su salud mental.

Contexto. La propuesta se orienta a los 12 establecimientos de 1er nivel de atención de salud de la RED DE SALUD N° 4 (ESTE) de la ciudad de La Paz, por ser este nivel la unidad básica operativa de la Red Funcional de Servicios de Salud, puerta de entrada al Sistema de Salud

Objetivo principal. Establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz

Población beneficiaria. Los beneficiarios directos implantada la propuesta son dos: el personal de salud y la población con algún trastorno mental y del comportamiento; y como beneficiarios indirectos se constituyen la Coordinación de la Red 4, el Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, la Dirección de Promoción y Prevención de la salud del SEDES, Autoridades o líderes comunitarios y los familiares de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.

Estrategias de solución. Se enmarcan en realizar acciones para desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC; lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problema de salud mental e implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención

Costo. El costo aproximado de implementación de la propuesta es de nueve mil seiscientos cuarenta bolivianos 00/100. Estableciéndose como principales fuentes de financiamiento la propia Red 4 Este, el SEDES La Paz y la OPS/OMS.

1.- INTRODUCCIÓN

“Los trastornos mentales en el mundo, se encuentran incluidos dentro de las enfermedades no transmisibles, contribuyendo de manera significativa a la morbilidad general, representan un obstáculo para la recuperación de cualquier dolencia y afectan severamente la dinámica familiar y comunitaria de los enfermos.” (OPS/OMS 2001)

En el país desde hace más de 10 años se ha tratado de incidir en forma positiva en el manejo de la salud mental habiéndose generado por los años 90 el primer Plan Nacional de Salud Mental, el año 2005 con apoyo de la OPS/OMS en Bolivia se intentó implementar un observatorio de salud mental pero no fue sostenible, el año 2010 se introdujeron dentro del SNIS (formulario 302) algunas variables para registrar los problemas de salud mental, en la actualidad se encuentra en vigencia el Plan Nacional de Salud mental 2009 -2015, en el que se establece varios lineamientos a ser tomados en cuenta por las redes de salud; sin embargo por muchos son desconocidos y algunos que los conocen no los implementan dentro de su red y/o establecimiento de salud.¹

A nivel nacional de acuerdo a los reportes del Sistema Nacional de Información en Salud de la gestión 2013 las enfermedades no transmisibles (ENT) representan el 62% de los reportes comparándolas con otras enfermedades prevalentes en nuestro país como es la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, malaria, Chagas y leishmaniosis; de este 62% de ENT el 6% corresponde a los problemas de salud mental. En el departamento de La Paz la situación es similar representando las ENT el 71% de los reportes frente a las mismas enfermedades referidas a nivel nacional, de este porcentaje el 6% está relacionado con problemas de salud mental.²

Siendo el propósito de la presente propuesta lograr fortalecer la atención primaria de salud mental en la Red 4 Este de la ciudad de La Paz, al ser una de las redes que reporta menos casos de problemas de salud mental, siendo superada incluso por redes del área rural, situación que refleja debilidades en el reconocimiento de casos, en su reporte y en el análisis de esta información.

¹ Rocha M.: Paper sobre Salud mental, La Paz Bolivia febrero 2015

² Revisión realizada del informe en línea del Sistema de Información en Salud (SNIS)

Este trabajo permitirá trabajar en aquellos puntos débiles dentro de la red, que no están permitiendo un abordaje correcto de salud mental en atención primaria, beneficiando no solo a aquella población que presenta trastornos mentales y del comportamiento sino también a la población en general logrando beneficiarse de una atención integral (físico, psicológico y social).

2.- ANTECEDENTES

La comprensión de la salud mental ha ido evolucionando tanto internacionalmente como nacionalmente paralelamente a la comprensión de la integralidad de la salud y de la importancia de no solo ser vista como una simple ausencia de enfermedad.

En 1978 la declaración de Alma Ata, sentó oficialmente las bases de una salud no solo integral sino como derecho para todas las personas:

“I La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.”

(Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978)

“En los últimos años a nivel internacional y nacional se ha ido observando con mayor fuerza un viraje a esta visión de integralidad y derecho en el ámbito de la salud; orientada principalmente a las poblaciones denominadas vulnerables: mujeres, niños, personas adultas mayores y otras poblaciones que en sentido general, presentan una desigualdad en relación a las demás, incluyéndose por esta razón a las personas con trastornos mentales y/o del comportamiento, una población muy poco intervenida por la atención primaria y en la que parte de la población tiene muchos tabús”.(Rocha 2014)

En Bolivia, los hechos importantes relacionados con la salud mental en nuestro país se encuentran citados en el Plan Nacional de Salud Mental 2009 – 2015³, que resumimos a continuación:

- La primera medida de protección a las personas con trastornos mentales y del comportamiento se encuentra en el reglamento de Hospitales decretado por el

³ Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional de Salud Mental 2009 – 2015. Serie de documentos técnicos normativos Publicación 151. La Paz – Bolivia 2009.

Presidente José Ballivian (8-IV-1846) que a la letra dice *“los locos furiosos o dementes que vagan por las calles o campos se recogerán en los hospitales para cuidarlos siempre que no tengan deudos que puedan asistirlos. Teniéndolos se les obligará a recluirse en sus casas”*.⁴

- En 1884, el Presidente Gregorio Pacheco logró la construcción y entrega al servicio público del primer Manicomio en el país en Sucre, que como justo homenaje lleva su nombre.
- En 1890 en el período del General Pando se creó la cátedra y la especialidad de Psiquiatría. La Facultad de Medicina de La Paz la incluyó en su plan de estudios en 1893 y Sucre en 1898.
- En 1915 surgen los primeros trabajos explícitos sobre la temática de salud mental. señalándose que *“la profilaxis mental es pues parte de la higiene social que tiene por objeto el impedir el desarrollo de trastornos psicómicos y de colocar a las sociedades al abrigo de su influencia nociva”* y que *“los médicos estamos obligados a darnos preferentemente a los cambios experimentados en la adquisición de conocimientos psiquiátricos dentro de la medicina social”*.⁵
- En 1941 dentro del Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salubridad se establece en el Artículo 4º que por el ramo de Salubridad Pública se atenderá la defensa de la madre y el niño y la Atención de Manicomios.
- En 1978 por Decreto Ley N° 15629 en el Gobierno del General Banzer aprueba el código de Salud que en el área de la Previsión y Promoción de la Salud, involucra el tema de Salud mental y Deportiva.
- A partir de 1985 el Departamento Nacional de Salud Mental fue creado como parte de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes, mientras que la temática de la prevención del uso indebido de drogas, tratamiento y rehabilitación dependió del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto desde 1990, para luego fusionarse con el Ministerio de Salud en 1991, incorporando al Departamento de Salud Mental.
- En 1987 **el Plan Trienal de Salud 1987 – 1989**, incluyó a la Salud Mental en el control del alcoholismo y drogadicción, implementación de servicios para la

⁴ Mendizabal Lozano, Historia de la Salud Pública en Bolivia, La Paz Bolivia, 2002.

⁵ Mendizabal Lozano, Historia de la Salud Pública en Bolivia, La Paz Bolivia, 2002

rehabilitación de drogadictos y la implementación de unidades de atención para pacientes toxicómanos en crisis.

- Durante los años 1993 a 2002 la cabeza de sector en el tema de prevención y rehabilitación dependió del Ministerio de Gobierno como Viceministerio de Prevención y Rehabilitación, hasta ser integrados durante el año 2003 con el Ministerio de Salud
- En 1998 surge la **Estrategia Boliviana de la Lucha Contra el Narcotráfico 1998-2002 (Plan Dignidad, revisar año)**, propuesta elaborada por el Ministerio de Gobierno, de las conclusiones del Dialogo Nacional para sacar al país del circuito del narcotráfico en los próximos 5 años., que comprendía 4 pilares: 1) El Desarrollo Alternativo 2) La Prevención y la Rehabilitación 3) La Erradicación de la coca ilegal y excedentaria y 4) La Interdicción
- Ese mismo año 1998 el Viceministerio de Prevención y Rehabilitación – Ministerio de Gobierno, elaboró el **Plan Nacional de Prevención y Rehabilitación 1998-2002**, con dos programas nacionales de prevención y rehabilitación.
- En 1999 el Ministerio de Salud y Previsión Social logra elaborar el **Plan de Salud Mental – Plan de Acción 1999-2000**, desarrollado con apoyo de la OPS/OMS en la que se priorizaron los siguientes puntos:
 1. La Conformación de la Comisión Técnica Nacional de Salud Mental, integrada por personalidades en el ámbito y que participaron en la reunión.
 2. La conformación de las Comisiones Departamentales en Salud Mental.
 3. El fortalecimiento de las Unidades de Promoción de la Salud y la Salud Mental en los 9 SEDES.
- En el año 2008 se realiza la Línea de Base de Salud Mental, que puso en evidencia que nuestro país cuenta con varias limitaciones para abordar oportuna y adecuadamente la salud mental.
- El año 2009 en base a la información de la Línea de base se elabora el actual Plan Nacional de Salud Mental 2009 – 2015, (tras haber pasado un vacío de ocho años) que establece tres ejes de acción a implementarse en los tres niveles de atención:

1. La promoción de la salud mental como parte inseparable de la salud integral y del desarrollo humano,
 2. La atención primaria en salud mental y
 3. La articulación con otros actores y sectores.
- El año 2012 se publica las Normas Nacionales de Atención Clínica (NNAC) que incluye en su unidad 8 las normas de atención de los Trastornos Mentales y Del Comportamiento para su manejo en los tres niveles de atención.

En el marco de los anteriores antecedentes y principalmente del **Plan Nacional de Salud Mental 2009 – 2015** en vigencia, que tiene como uno de sus ejes la Atención primaria en salud mental, para garantizar la calidad y el acceso equitativo a la atención integral en salud mental⁶; y las **Normas Nacionales de Atención Clínica** que articula los tres niveles de atención para el manejo de diversas patologías incluida la salud mental⁷; la presente propuesta orienta sus acciones al primer nivel de atención que permita al/la usuario/a tener una mayor y mejor atención en las prestaciones de salud que se ofertan en la consulta externa, a través de la promoción y atención de su salud mental, de acuerdo a sus competencias establecidas.

⁶ Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional de salud Mental 2009 – 2015, Publicación 151 RM N°071 (Serie: documentos técnico – normativos). La Paz – Bolivia 2009.

⁷ Ministerio de Salud. Publicación 288: Normas Nacionales de Atención Clínica. Unidad 8: Trastornos Mentales y del Comportamiento. LA Paz – Bolivia 547 - 611

3.- RELACIÓN DE LA PROPUESTA CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA

A nivel nacional son varios los documentos normativos en los que se hace referencia directa o indirectamente al trabajo que se debe realizar en cuanto a la salud mental, partiendo desde la misma Constitución Política del Estado hasta la inclusión en Planes nacionales y departamentales.

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, promulgada el 7 de febrero de 2009, establece en varios artículos el rol y responsabilidad importante que juega el Estado para garantizar que toda persona sin discriminar a nadie (incluyendo a los que tienen riesgo o presentan trastornos mentales y del comportamiento) tenga acceso a la salud, enmarcándose nuestra propuesta principalmente a los siguientes artículos:

*“**Artículo 14. I.** Todo ser humano tiene personalidad y capacidad jurídica con arreglo a las leyes y goza de los derechos reconocidos por esta Constitución, sin distinción alguna.*

***Artículo 35.1** 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.*

***Artículo 37** El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho de la salud, que se constituyen en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.*

***Artículo 41. I.** El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos.*

***Artículo 71. II.** El Estado adoptará medidas de acción positiva para promover la efectiva integración de las personas con discapacidad en el ámbito productivo, económico, político, social y cultural, sin discriminación alguna.*

III. El Estado generará las condiciones que permitan el desarrollo de las potencialidades individuales de las personas con discapacidad.

Artículo 72. *El Estado garantizará a las personas con discapacidad los servicios integrales de prevención y rehabilitación, así como otros beneficios que se establezcan en la ley.*” (Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009)

Ley N° 475 del 30 de diciembre del 2013, Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Determina específicamente los beneficiarios y beneficiarias a los servicios de salud integral incluyendo a las personas con algún grado de discapacidad y señala que estas prestaciones incluyen no solo la atención sino la promoción y prevención, acciones muy importantes en el ámbito de la salud mental:

“Artículo 5º- Beneficiarios y beneficiarias

- a) Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.*
- b) Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.*
- c) Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.*
- d) Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.*
- e) Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD.*
- f) Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.*

Artículo 6º- Prestaciones de salud

La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.” (Ley N° 475, 2013)

Esta ley evidencia que el Estado desea realizar las prestaciones de salud alcanzando a la mayor cantidad de personas sin distinción de sexo, edad o condición física incluyendo indirectamente a su salud mental.

Ley Nº 348 de 09 de marzo del 2013, Ley Integral para garantizar a las mujeres una Vida Libre de Violencia y el Decreto Supremo de octubre del 2014

Establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores. Encontrándose vincula esta ley con la salud mental al ser un factor de riesgo para la generación de violencia la presencia de una alteración transitoria o física del estado mental.

Ley Nº 045 de 8 de octubre 2010, Ley contra el racismo y toda forma de Discriminación.

Establece mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado y tratados internacionales de Derechos Humanos. Se rige bajo los principios de Interculturalidad, Igualdad, Equidad y Protección. Garantizando que una persona con algún trastorno mental o del comportamiento no sea discriminada.

Ley Nº 031 del 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y descentralización Andrés Ibáñez. Permite que se pueda desarrollar e implementar estrategias de salud mental a nivel departamental y local por la autonomía que ejerce:

“Artículo 81. (SALUD).

III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

Gobiernos departamentales autónomos:

- *Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.*
- j) *Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.” (Ley Nº 031, 2010)*

Las siguientes tres leyes (Nº 223, Nº 4024 y Nº 1678) facilitan realizar acciones en beneficio de las personas con trastornos mentales y del comportamiento que cuentan con alguna discapacidad o con discapacidad mental en específico.

Ley Nº 223, del 2 de marzo De 2012. Ley General para Personas con Discapacidad. En el ámbito de salud establece la importancia que juega la capacitación del personal de salud para responder a las personas con discapacidad a la que pueden llegar las personas con trastornos mentales y del comportamiento

“Artículo 32. (ÁMBITO DE SALUD).

I. El Estado Plurinacional de Bolivia, diseñará, ejecutará y evaluará planes y proyectos para capacitar al personal de la red de servicios de salud pública, para prestar servicios de promoción, prevención y rehabilitación de calidad y con calidez y que respondan a las necesidades de las personas con discapacidad” (Ley Nº 223, 2012)

Ley Nº 4024, del 15 de abril de 2009, Ratificación de la Convención sobre derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. Permite la apropiación en Bolivia de los derechos de las personas con discapacidad firmada por las Naciones Unidas, siendo un referente internacional para el manejo especializado de este grupo de personas.

“Artículo Único.- *De conformidad con el artículo 158, atribución 14º de la Constitución Política del Estado, se aprueba la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo”, abierto a la firma en la Sede de Naciones Unidas a Partir del 30 de marzo de 2007 y suscrito por Bolivia el 13 de agosto de 2007.”* (Ley Nº 4024, 2009)

Ley Nº 1678 de 15 de diciembre de 1995, Ley de la persona con Discapacidad. Profundiza los derechos y deberes de las personas con discapacidad, que deben tomarse muy en cuenta cuando se habla de trastornos mentales y del comportamiento. Regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, estantes y habitantes en el territorio de la República. Tiene la finalidad normar los procesos

destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social, con seguros de corto y largo plazos

A continuación señalaremos otras leyes vinculadas a trabajar sobre todo en la prevención de los trastornos mentales y del comportamiento:

Ley Nº 3029 del 22 de abril de 2005, Ratificación de la adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia al Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.

Específico para realizar acciones de prevención de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de tabaco. Ratifica la adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia al Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco de 21 de mayo de 2003, cuyo objetivo es proteger las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo del tabaco y de la exposición al humo de tabaco, proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco.

Ley Nº 1008 del 19 de julio de 1988, La ley de Régimen de la Coca y Sustancias Controladas, en prevención y rehabilitación. Específico para realizar acciones de prevención de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas como la cocaína y otras sustancias controladas.

Prescribe que: El Estado deberá crear institutos y centros de investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación para la reinserción social de consumidores de sustancias controladas (Art. 136) mismos que serán sustentados con recursos provenientes de la confiscación de bienes incautados del narcotráfico (Art. 71 Inc. b)

El Estado deberá diseñar políticas específicas de información y comunicación social destinadas a la prevención integral del tráfico y consumo de drogas y la utilización de medios masivos de comunicación para la realización de campañas de prevención (Art. 142).

Ley Nº 548 de 17 de julio de 2014 código Niño niña y adolescente. Específico para cuidar la salud integral desde la niñez (que incluye su salud mental), precautelando también realizar acciones para prevenir los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas:

“ARTÍCULO 18. (DERECHO A LA SALUD). Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

ARTÍCULO 19. (ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD). El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención.

ARTÍCULO 164. (TIPOS DE POLÍTICAS).

De Protección Especial, que comprenden acciones encaminadas a prevenir o restablecer los derechos que se encuentren amenazados o vulnerados de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso, maltrato, explotación, en situación de calle; niñas y adolescentes embarazadas, trabajadoras o trabajadores, consumidoras o consumidores de alcohol o sustancias psicotrópicas o estupefacientes, que padezcan de enfermedades como el VIH/SIDA, y otras situaciones que requieran de protección especial;

ARTÍCULO 173. (OBLIGACIONES DE LAS ENTIDADES PARA UNA EFECTIVA ATENCIÓN). Las entidades de atención deben sujetarse a las normas del presente Código, respetando el principio de interés superior de la niña, niño o adolescente, y cumplir las siguientes obligaciones en relación a éstas y éstos:

7. Garantizar la atención médica, psicológica, psiquiátrica, odontológica o farmacéutica”
(Ley Nº 548, 2014)

La siguiente Ley vigente aún en nuestros días hace referencia a las personas mentalmente afectadas, al derecho a la salud que tiene y a los programas de prevención y atención:

Ley N° 15629 del 18 de julio de 1972, Código de Salud. Esta ley señala en forma específica que se debe trabajar para las personas con algún trastorno mental en los tres niveles de atención

“Título preliminar. Disposiciones generales

Artículo 5º- *El derecho a la salud... consiste en:*

h) A recibir servicios de salud adecuados a las personas mentalmente afectadas...

Capítulo iv: de la salud mental y deportiva

Artículo 27º- *La Autoridad de Salud desarrollará y promoverá el establecimiento de servicios y programas para la atención primaria, secundaria y terciaria en salud mental integrada al plan Nacional de Salud.” (Ley N° 15629, 1972)*

Además de las leyes anteriormente mencionadas la presente propuesta se basa en algunos decretos que dan el marco para trabajar sobre la salud mental:

El Decreto Supremo N° 11 29601 de 11 de junio del 2008. Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural.

Tiene por objeto establecer el Modelo de atención y de Gestión en Salud en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI.

Establece el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Este decreto da pie, a no solo trabajar en la parte asistencial de la salud mental sino en la promoción y prevención así como enfoca su atención no solo a la persona sino a la familia y comunidad.

El Decreto Supremo N° 28671 de abril 2006 Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades PINEO

Para desarrollar las políticas para personas con discapacidad, en su apartado de política en salud establece: Accesibilidad en condiciones de equidad a servicios de salud prevención, promoción y rehabilitación en salud

Facilitando trabajar en la rehabilitación de las personas con algún trastorno mental y del comportamiento que genere discapacidad, aparte de la prevención, promoción y atención que merecen.

El Decreto Supremo N° 1302, del 1º de agosto del 2012 sobre violencia en el ámbito educativo

Establece mecanismos que coadyuven a la erradicación de la violencia, maltrato y abuso que atente contra la vida e integridad física, psicológica y/o sexual de niñas, niños y adolescentes estudiantes, en el ámbito educativo

Al ser uno de los factores desencadenantes de la violencia el estado de la salud mental este decreto permite trabajar desde el ámbito escolar en coordinación con el personal de salud.

Por otro lado debemos tomar también en cuenta algunos planes vigentes que incluyen a realizar acciones sobre la salud integral de su población objetivo:

A nivel nacional el más importante El Plan Nacional de Desarrollo y Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Que promueve y establece por vía de la inclusión y la interculturalidad, cambios sustantivos en las políticas públicas en general y en particular en el área de la salud⁸

La Política de Salud Familiar Comunitaria (SAFCI) por su enfoque de derecho y las características del modelo de gestión y atención abre una ventana para iniciar un

⁸ Estado Plurinacional de Bolivia. Plan Nacional de Salud Mental 2009 – 2015. Serie de documentos técnicos. Publicación 151. La Paz – Bolivia, 2009.

trabajo orientado a mejorar el cuidado a las personas con trastornos mentales y del comportamiento y a priorizar el cuidado de la salud mental en la población general.

Dentro los objetivos de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI (DS. 29601), está el de contribuir en la eliminación de la exclusión social Sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud). Y define a la salud como un proceso de equilibrio y armonía **biopsicosocial**, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza.⁹

Guardando lo anterior, coherencia con el objetivo de su estrategia de PROMOCIÓN DE LA SALUD de: transformar las determinantes de la salud y generar sentires, conocimientos, saberes, actitudes y prácticas de protección de la salud, mediante la intervención positiva en el proceso salud – enfermedad en armonía y equilibrio entre la PERSONA, LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD¹⁰.

Otros planes nacionales relacionados con la salud mental

- **Plan Sectorial de desarrollo 2010-2020**
- **Plan Nacional de reducción de la demanda de drogas en Bolivia 2013 - 2017**
- **Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos (PNADH)**
- **Plan para la Igualdad de Oportunidades**

⁹ Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional: Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Redes de Servicios. Publicación 97. La Paz – Bolivia 2008

¹⁰ Idem 3

4.- ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROBLEMA A INTERVENIR

El informe mundial de la salud de 2001 recopila información sobre la salud mental en el mundo estableciendo que: *“Más del 25% de la población padece, en algún momento de su vida, algún trastorno mental o conductual, afectando en mayor o menor medida a la dinámica de su entorno familiar, social- comunitario. Se estima que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12 % de la carga de morbilidad en el mundo.”* (OPS/OMS 2001), representando un obstáculo para la recuperación de cualquier dolencia afectando severamente la dinámica de la persona, la familia y la comunidad. En nuestro país, de acuerdo a los registros del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del 100% de las enfermedades no transmisibles, los trastornos mentales y del comportamiento representan el 6% tanto a nivel nacional como a nivel del departamento de La Paz. El nivel de registro que realiza el primer de atención en cada red de salud por el personal de salud varía, existiendo redes de salud que representan más del 20% del total y otras redes apenas alcanzan el 1%.¹¹

Constituyéndose el problema de la presente propuesta: La baja promoción de la salud mental y baja atención primaria de los trastornos mentales y del comportamiento por la Red Este de Salud N° 4, evidenciado al ocupar el 2013 el 8vo lugar de registro de los trastornos mentales y del comportamiento en el SNIS con un 0,7% de todos los casos registrados por detrás inclusive de redes rurales y si bien el 2014 subió al 5to lugar con un 2.9% del total de casos registrados entre enero y septiembre de ese año (la gestión no se encuentra aún cerrada) se encuentra lejos de la red que ocupa el quinto lugar que tiene un 11%.

Las causas identificadas para este problema fundamentalmente son tres y cada uno así mismo tiene factores que los generan o influyen en su presencia. La primera causa para el problema identificado es la insuficiente vigilancia de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en el cuidado de la salud mental de su población, atribuido a dos factores 1) a

¹¹ Servicio Departamental de Salud SEDES – La Paz. Lineamientos estratégicos de Salud Mental 2014 -2018. La Paz – Bolivia, 2014

la débil planificación y programación incluyendo la salud mental en el 1er nivel de atención por la existencia de diferentes visiones de cómo abordar la salud mental, el escaso conocimiento de los que realizan la planificación o programación de las acciones que puede realizar el 1er nivel de atención y la inexistencia de un instrumento de evaluación del trabajo sobre salud mental y 2) a fallas en el seguimiento al registro y análisis de la información sobre salud mental por la poca información que se solicita sobre salud mental en los CAI's, , el insuficiente proceso de análisis que se realiza de la información que genera el establecimiento y la insuficiente coordinación entre el personal que detecta los casos y la que llena el formulario de registro. La segunda causa es la escasa asistencia de misma población requiriendo atención específica por algún problemas de salud mental debido a dos factores 1) a la insuficiente organización y participación de la persona, familia y comunidad en el cuidado de su salud mental, por el insuficiente conocimiento que tiene la población sobre la importancia de la salud mental y la insuficiente motivación y/o apoyo a que participe la población en el tema de la salud mental y 2) a las pocas iniciativas del persona para realizar acciones para detectar casos en la población , por el poco conocimiento que tiene el personal, al escaso apoyo logístico, insuficiente personal y/o escasa distribución de tiempo que tiene para realizar estas acciones (campañas u otras). La tercera causa es la existencia de debilidades en el personal de salud para la atención misma de casos con trastornos mentales y del comportamiento que se da por dos factores 1) no se encuentra incluida dentro de las atenciones que realizan la valoración de la salud mental debido a que el personal no tiene el suficiente conocimiento para atender estos casos, limitada accesibilidad a protocolos o guías sobre salud mental, insuficiente capacidad física y limitado tiempo para atender estos casos y la inaccesibilidad de los usuarios/as al tratamiento (no es cubierto por el SUS) y 2) inexistencia de alianzas y débil coordinación estratégica que vincule el 1er nivel con otros niveles y con otras instituciones para la atención de los TMC ya que por un lado se desconoce las instituciones que trabajan la salud mental dentro la Red y por otro existen limitados instrumentos para coordinar referir y contrareferir con otros niveles o instituciones aliadas. (Ver anexo 4)

La presente propuesta justamente desea resolver el problema detectado a través de acciones que contrarresten las causas identificadas que lo están generando

5.- JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

El presente trabajo se desarrolla en el marco de la Manual de Auditoria y Norma Técnica en Salud que establece dentro de los tipos de auditoria médica a la Auditoria programática, referida a la *“evaluación de las políticas, planes y programas de las organizaciones propias del sector salud”*¹²; enfocándose la propuesta en salud mental.

El trabajo sobre la salud mental se justifica partiendo de la misma definición que esta tiene al ser vital para el desenvolvimiento de cada persona:

La salud mental es *“un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS 2001); su alteración en diferentes niveles y áreas, genera lo que se conoce como los trastornos mentales y del comportamiento.

La Organización Panamericana de la Salud estima que a nivel mundial, *“los trastornos mentales tienen una alta prevalencia y contribuyen... a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura. Sin embargo, los recursos para afrontar la carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz”*¹³.

En países como el nuestro donde los recursos para el área de la salud mental son limitados (menos del 0,2%)¹⁴, donde se suman otros factores como la inaccesibilidad de un buen porcentaje de la población a la atención por especialidad, la estigmatización que varias personas tienen a los pacientes con estos problemas, la creencia equivocada que el único tratamiento para dar a los pacientes es la internación¹⁵; es importante involucrar al 1er nivel de atención para realizar acciones de promoción a la salud mental y mejorar la atención que brindan de acuerdo a sus competencias; a fin de

¹² Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Auditoria y Norma técnica. Publicación 63. La Paz – Bolivia; 2008.

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49.º Consejo Directivo de la OPS, Estados Unidos. Washington, DC, OPS; 2009 (documento CD49/11 y resolución CD49.R17) [consultados el 5 de diciembre del 201e]. Disponible en:

http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Esp.).pdf)

¹⁴ Línea de Base de Salud Mental 2008. La Paz - Bolivia

¹⁵ Servicio Departamental de Salud SEDES – La Paz. Lineamientos estratégicos de Salud Mental 2014 -2018. La Paz – Bolivia, 2014.

“contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud...” como lo establece la Política de Salud Familiar Comunitaria (SAFCI).

La intervención de esta propuesta sobre el 1er nivel de atención para que realice una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz, se constituye en una de las primeras experiencias específicas sobre salud mental para el 1er nivel de atención en nuestro departamento. Será aplicable en la medida que se logre sensibilizar y empoderar del tema no solo a los propios trabajadores de salud si no principalmente a las autoridades del área a intervenir para contar con los recursos necesarios de acuerdo a lo que está establecido para la aplicación de la política SAFCI.

Situación futura sino se realiza la intervención:

- Población insatisfecha con la atención recibida sobre su salud mental.
- Aumentan casos de alteraciones emocionales no registradas.
- Población prefiere acudir a otro nivel de atención u otro sistema (privado o seguridad social).
- Existe baja cobertura de atención de casos de trastornos mentales y del comportamiento.

Situación deseada si se realiza la intervención.

La presente propuesta permitirá al 1er nivel de atención:

- Asegurar de que la calidad de la atención mejore, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, la detección oportuna, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria
- Preservación de la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- Una población beneficiaria satisfecha en lo que respecta a su salud mental.
- Ser una Red de Salud que se encuentra entre los tres primeros lugares a nivel departamental que reporta y analiza casos relacionados con salud mental.¹⁶

¹⁶Organización Mundial de la Salud. Mejora de la Calidad de la Salud Mental. Ginebra, (Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental), 2003. Versión en Español: Editores médicos 2007

Siendo el alcance a futuro: lograr la descentralización de la atención de la salud mental actualmente centralizada en 3er nivel, mejorar la satisfacción del usuario de la atención recibida en el 1er nivel de atención, disminuir los factores de riesgo relacionados con los trastornos mentales y del comportamiento, mejorar lograr que los registros reflejen la realidad real del problema de salud mental, mejorar el cuidado que reciben por parte de su familia y la comunidad , disminuir las complicaciones y mortalidad por un mal manejo. (Ver Anexo 5)

6.- AMBITO Y BENEFICIARIOS DEL PROYECTO.

6.1 AMBITO

Cuando hablamos de ámbito nos referimos al lugar o espacio dentro de límites determinados (estructura física) donde se realizara y aplicara el proyecto; así como al conjunto de personas o actuantes en donde se realizara la labor a intervenir con la pretensión de mejorar los procesos y procedimientos.

El primer nivel de atención cuenta con:

Un ambiente para consulta externa donde se presta atención a usuarias/os que acuden por diferentes problemas de salud todos los días de lunes a viernes y en el horario de 8:00 a.m. a 14:00 p.m. con atención por médicos generales donde se debe detectar el problema y si le corresponde de acuerdo a su nivel de competencia tratarlo o derivarlo a un establecimiento de mayor complejidad

Un ambiente para emergencias, donde se presta atención a usuarias/os que deben ser atendidos como emergencia por la gravedad del caso todos los días de lunes a viernes y en el horario de 8:00 a.m. a 14:00 p.m. con atención por médicos generales donde se debe controlar el problema y si le corresponde de acuerdo a su nivel de competencia tratarlo o derivarlo a un establecimiento de mayor complejidad

Un ambiente de enfermería destinado al control de signos vitales, administración de inyectables y consejería; es el primer y/o último contacto que tiene el usuario/a con el establecimiento de salud.

6.2 BENEFICIARIO DIRECTOS

Beneficiario es aquella persona, grupo de personas, institución o comunidad que llega a gozar o aprovecha de algún servicio o hecho que le beneficia.

En el presente caso llamar beneficiarios directos son aquellas personas que gozaran de las mejoras, cambios o utilidad que generara la aplicación del proyecto y serán los actores o personal del área de aplicación.

- 1) **Personal de salud**, son considerados beneficiarios directos porque en primera instancia son actores principales de los cambios a efectuarse y luego son los beneficiarios de los cambios inmediatos que se realizaran con la propuesta ha efectivizarse. Los recursos con los que cuentan son conocimientos, experiencia operativa y su acceso directo con la población. Representando un total de 86 personas: 35 médicos, 12 odontólogos, 1 licenciada en enfermería, 3 bioquímicos, 9 farmacéuticos, 23 auxiliares, 2 técnicos de farmacia, 1 técnico de laboratorio.
- 2) **Población con algún trastorno mental y del comportamiento**, son considerados beneficiarios directos porque son para quienes estarán dirigidas las acciones para que reciban una detección oportuna y la atención adecuada de acuerdo a su estado de salud y estarán en el primer lugar para evaluar los efectos que se puedan observar a causa de este proceso de cambio. De acuerdo a parámetros internacionales que señalan que el 10% de la población mundial sufre trastornos mentales, en nuestro estudio esto correspondería a: 1244 personas que se beneficiarían directamente (De una población estimada para 2015 de 124410 personas).

6.3 BENEFICIARIOS INDIRECTOS

Beneficiario indirecto es aquella persona, grupo de personas, institución o comunidad que aprovecha de algún hecho o servicio en el que no participa en forma activa en el proceso de mejora

- 1) **Coordinación de la Red 4**, es considerado como beneficiario indirecto, por que los beneficios (detección oportuna y atención con calidad a las personas con trastornos mentales y del comportamiento) permitirá contribuir en forma indirecta a alcanzar las coberturas establecidas para esta Red por el SEDES.

- 2) **Gobierno Autónomo Municipal de La Paz**, es considerado como beneficiario indirecto, porque los beneficios (detección oportuna y atención con calidad a las personas con trastornos mentales y del comportamiento) permitirá contribuir en forma indirecta a que cumpla las metas de salud que se establecieron.
- 3) **Dirección de Promoción y Prevención de la salud del SEDES**, es considerado como beneficiario indirecto, porque los beneficios (detección oportuna y atención con calidad a las personas con trastornos mentales y del comportamiento) permitirá contribuir en forma indirecta a alcanzar las metas establecidas por la unidad de salud mental de esta dirección a fin de mejorar la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.
- 4) **Autoridades o líderes comunitarios**, son considerados como beneficiarios indirectos, porque los beneficios (detección oportuna y atención con calidad a las personas con trastornos mentales y del comportamiento) indirectamente permitirá mejorar la satisfacción de la población que lideran.
- 5) **Familiares de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento**, son considerados como beneficiarios indirectos, porque los beneficios (detección oportuna y atención con calidad a las personas con trastornos mentales y del comportamiento) indirectamente permitirá que estén más tranquilos y satisfechos, disminuyendo el estrés o preocupación que causa el tener un familiar enfermo.

Si consideramos dos familiares por cada persona con trastorno mental o del comportamiento tenemos 2488 personas y si a estas sumamos las diferentes autoridades, en total los beneficiarios indirectos mínimamente representan 2502 personas.

7. - ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS

Cuando hablamos de involucrados nos referimos a cualquier persona o grupo, institución o empresa susceptible de tener un vínculo, posición de cooperación, conflicto, fuerza, poder y/o intensidad de compromiso con el proyecto. Su análisis nos permitirá definir como poder incorporarlos en el proyecto¹⁷

¹⁷Sánchez. El marco lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos ISSN 1317-8822 • Año 6 • N° 2 • Julio - Diciembre 2007 • Pg: 328-343

7.1 INVOLUCRADOS DIRECTOS

- 1) **Personal Profesional Médico.-** la actividad que desarrolla un médico en un establecimiento de salud se centra en tres acciones promocionar la salud, realizar acciones de prevención, brindar asistencia médica durante la enfermedad y recuperación; cumpliendo con las políticas de salud asignadas a dicho establecimiento por autoridades superiores.

Como individuo (personal profesional) o como grupo tiene un peso específico en la aplicación de normas técnicas para el cuidado de la salud de la población, por lo que sus intereses están centrados en el buen desempeño de sus actividades en beneficio de las/os usuarias/os en la consulta, es así como su poder de influencia en su grupo y en los otros grupos de actores tiene características de **poder técnico** en consecuencia puede orientar sobre las deficiencias o beneficios que otorga su área a los (las) profesionales y usuarias.

Así mismo, en el primer nivel de atención juega dos roles adicionales el de dirección y administración del establecimiento por tanto además:

- Como Director/a tiene en la gestión que desarrolla, objetivos determinados para su cumplimiento y aplicación puesto que se encuentran inmersos en el Plan Operativo Anual establecido para cada gestión; si una acción no se encuentra en el POA posiblemente no pueda ser implementado, en consecuencia la posición de la dirección tendrá Influencia de **poder en lo técnico y en lo político**; será determinante en la aceptación e implementación de un proyecto.
- Como administrador debe así mismo preocuparse de los recursos y financiamientos que se precisaran de acuerdo al POA en el marco de la Ley 1178; en consecuencia su **poder es político** por el cumplimiento de normas.

- 2) **Personal Profesional Enfermería.-** al igual que el sector de médicos tiene su importancia, por el conocimiento de intervención y el desarrollo de procedimientos adecuados que se puedan ejercitar en las usuarias que vayan en beneficio de las usuarias y puedan producir el cambio esperado en consecuencia

también desarrolla un **poder de tipo técnico** de igual modo puede aportar con sus conocimientos sobre lo que se oferta en prestaciones y su cumplimiento en el momento de la consulta.

- 3) **Personal Auxiliar de Enfermería.**- si bien por el número de actores tienen un peso determinado; en lo técnico por el contacto inicial que tienen con las usuarias es un grupo que conoce el estado anímico de la usuaria en la espera de la consulta y puede orientar a tomar acciones que mejoren la relación interpersonal en el momento de la consulta, sin embargo puede ser influenciado por los otros participantes por el carácter de “jefes” que representan y hacer cambiar el rumbo del proyecto o retrasar el mismo.
- 4) **Personal de apoyo y de servicios**, si bien no tienen una relación directa con las usuarias, los aportes van en relación a buena o mala presentación del personal profesional que tiene relación con las usuarias y la presentación adecuada de los ambientes en que se desarrollara la consulta, sin embargo al igual que el grupo anterior puede ser influenciado con ese mismo carácter de “jefaturas” que pueden hacer cambiar el rumbo del proyecto.
- 5) **Usuarias/os.**- es un grupo social de mucha importancia, puesto que de ellas/os parte el concepto de calidad, satisfacción o insatisfacción en las prestaciones que otorga un establecimiento de salud, si bien no participa en la toma de decisiones para la mejora de un servicio, puede sugerir los cambios que deben ejecutarse para mejorar las prestaciones de salud que vayan en beneficio de satisfacción de las necesidades de salud de las usuarias

7.2 INVOLUCRADOS INDIRECTOS.-

Los participantes indirectos son aquellas personas, grupos de personas, instituciones comunidad, que actúan en forma pasiva, es decir que asisten al establecimiento de salud sin solicitar atención, pero asisten acompañando a sus familiares; otras instituciones que también son parte del proceso aunque no con actividad o injerencia directa porque no es el área del cambio (SEDES departamental, Ministerio de salud) están también involucrados y a su vez son beneficiarios por su carácter de entes que delinear las políticas de salud y operativizan estas políticas.

7.3 POTENCIALES Oponentes

Población y/o familiares reacios a participar, serán oponentes si no participan en las acciones propuestas y entorpecieran la ejecución de la propuesta.

Recurso humano reacio, no comprometido con el cambio, considera que el tiempo que tiene debe dedicarlo a otras actividades, no ve el problema prioritario y considera que debería el problema de la salud mental ser solo manejado por especialidad.

7.4 AFECTADOS

Los resultados de la presente investigación no llegarán a afectar negativamente, mientras exista una coordinación entre los diferentes actores intervinientes y se introduzca de manera transversal este componente a los diferentes programas.

7.5 ALIADOS

Corresponden a este grupo personas, comunidad e instituciones que pueden ejercer algún poder para hacer que el proyecto se ejecute en el servicio:

Autoridades o líderes comunitarios, designados como control social dentro de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural están encargados de participar en el cuidado de la salud de su comunidad, así como velar para el cumplimiento de las metas y desempeño del establecimiento de salud.

Comité Local de Salud, es la representación orgánica de las Autoridades Locales de Salud pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el Centro de Salud, organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa en salud y de impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.

Gobierno Autónomo Municipal de La Paz, como autoridad del municipio tiene el poder y recursos para facilitar el proceso de implementación de las acciones establecidas en el proyecto.

Servicio Departamental de Salud (SEDES La Paz), es la institución operativa del Ministerio de Salud en la ciudad de La Paz, que muestra la imagen buena o mala de los servicios de salud que otorgan los centros hospitalarios, en consecuencia es de

importancia para el SEDES ayudar a implementar un programa de mejora de calidad en los servicios de consulta externa de los hospitales

Ministerio de Salud y Deportes, como ente Rector de la Salud en Bolivia, muestra la imagen de los servicios de salud para la otorgación de las prestaciones enmarcadas en las políticas de salud que se otorgan a través de los programas implementados en el país y desarrollados por los SEDES departamentales y ejecutados por los centros de salud en sus diferentes caracterizaciones, en consecuencia es importante para el ministerio una imagen de prestaciones de salud en los diferentes centros hospitalarios con Calidad

Instituciones privadas que trabajan con salud mental, en el área de acción pueden existir instituciones privadas con fines de lucro (organizaciones empresariales, individuales, formales e informales con fines de lucro, y con financiamiento y administración privada) e instituciones sin fines de lucro (otorgan prestaciones de atención médica, los insumos, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos).

En el ámbito de la propuesta funcional se tomará en cuenta la existencia de otros posibles aliados públicos o de la seguridad social que ofertan en el área de acción servicios de salud mental (Fuerzas armadas, policía e iglesia entre otros)

8.- CONTEXTO DEL LUGAR DE INTERVENCIÓN

La Red de Salud Este N°4, se ubica geográficamente al Este de la ciudad de La Paz como toda la ciudad de La Paz tiene pendientes que le genera una distorsión en la estructura tanto de sus viviendas como de sus calles y avenidas, así como del desarrollo de los barrios que lo componen.¹⁸

8.1 NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD QUE SE INTERVIENE

1er nivel de atención de salud

Es la unidad básica operativa de la Red Funcional de Servicios de Salud, se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la

¹⁸ Gobierno Autónomo Municipal de La Paz. Diagnostico Municipal, del Gobierno Municipal de La Paz, La Paz – Bolivia, 2011.

calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de salud.

El tipo de establecimientos de salud de 1er nivel que se encuentra dentro de la Red 4 son Centros de Salud Ambulatorios cuyas características mínimas son:

- Son establecimientos de salud con una población aproximada promedio de 10.000 a 20.000 habitantes
- Tiene una accesibilidad geográfica que le permite una movilidad no mayor a dos horas a un nivel de salud de mayor capacidad resolutive para referencia.
- Su cartera y oferta de servicios está orientada a la promoción, prevención, atención de patología prevalente normatizada, patologías de acuerdo a perfil epidemiológico, atención de emergencias y rehabilitación, articulado y complementado con la medicina tradicional (medios tradicionales, parteras, etc.) y con establecimientos de mayor capacidad resolutive.
- Con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud.
- El recurso humano con el que puede contar es dentro de profesionales: médico(s), Odontólogo/a, Lic. en Enfermería, Lic. en Trabajo Social; técnicos: auxiliar de enfermería y técnico en farmacia; administrativos: auxiliar administrativo y trabajador polivalente – portero.
- El equipo de salud debe ser entendido como un conjunto de personas que dentro del modelo de atención y enmarcados en los 4 pilares de la Política SAFCI y entre ellos existe un tipo de relacionamiento horizontal, donde las potencialidades de sus capacidades se complementan y hacen sinergia, por ende el equipo se potencia para dar respuesta a los usuarios/as, por ejemplo en el caso del idioma nativo, alguien de este equipo puede tener más facilidad para hablar y entender y esto facilitaría el proceso de atención al usuario que así lo requiera.¹⁹
- Los casos referidos a salud mental que pueden atender de acuerdo a sus competencias son : los trastornos mentales orgánicos, psicosis, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de tabaco, trastornos debido al uso de otras

¹⁹ Ministerio de Salud. Publicación 284: Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de salud de 1er nivel. Talleres Gráficos Tupac Katari. La Paz Bolivia. 2013.

substancias psicoactivas, trastornos por ansiedad, trastornos depresivos, conducta suicida, trastornos somatomorfos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la conducta en la infancia y en la adolescencia, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, atención de la salud mental en situación de desastre.²⁰

8.2 LA RED DE SALUD Nº 4 (ESTE)

a) Conformación de la Red

La Red 4 Este forma parte del sistema de salud dentro el departamento de La Paz comprende cuatro distritos municipales de la ciudad de La Paz: Villa Copacabana (Distrito 14), Villa San Antonio (Distrito 15), Pampajasi (Distrito 16) y Villa Armonia (Distrito 17). Cuenta con 16 establecimientos, que corresponden doce al sistema público todos de 1er nivel: CS. Choquechihuani, CS. Escobar Uria, CS: Kupini, CS: Pampahasi Bajo, CS: Pampahasi Alto, CS: Villa Copacabana Norte, CS: San Antonio Alto, CS. San Antonio Bajo, CS: San Isidro, CS: Valle Hermoso, CS. Villa Salomé, CS: Villa Armonía; dos instituciones que pertenecen a ONG's: Hospital San Gabriel y el CS. PROMUJER de V. Copacabana; y dos centros privados: Clínica Pampahasi y el CS. Valle Hermoso. Como puede verse en el **Ver Anexo 1**, donde está localizada el área de acción de cada establecimiento y sus límites. Para el presente proyecto de intervención solo se toma en cuenta los 12 establecimientos del sistema público

b) Visión de la Red

La Red de Salud 4 Este se constituye en líder de la gestión sanitaria en el marco de las políticas de salud, ejerciendo su rol rector bajo los principios de equidad calidad, bioética y transparencia, las estrategias de intersectorialidad, interculturalidad, participación social en todos los Establecimientos de Salud que conforman la Red, promoviendo la igualdad de oportunidades para el vivir bien.

²⁰ Ministerio de Salud. Publicación 288: Normas Nacionales de Atención Clínica. Unidad 8: Trastornos Mentales y del Comportamiento. LA Paz – Bolivia 547 - 611

c) Misión de la Red

La Red de Salud Este N° 4 es una entidad dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz, que a través de la articulación, seguimiento y coordinación efectiva, implementa las políticas planes y programas nacionales de salud en el marco de la Constitución Política del Estado, dirigida a contribuir en el mejoramiento de la salud de la población de la Red, bajo los principios de equidad, calidad, interculturalidad, bioética y enfoque de género, las estrategias de intersectorialidad, participación social y educación en salud en el macrodistrito San Antonio, basados en la promoción de la salud, prevención de las enfermedades, rehabilitación y reducción de los índices de morbi mortalidad para el vivir bien.

d) Población

De acuerdo a datos del SNIS su población beneficiaria estimada para el 2015 de los 12 establecimientos de salud de 1er nivel del Sistema Publico es de 123780 personas, bajo la siguiente distribución:

CUADRO 1. POBLACION PROYECTADA GESTION 2015 POR RANGO DE EDAD DE LA RED 4 ESTE.

Rangos de edad en años								
<1	1 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y más
2070	8456	10572	10547	11081	43099	14473	10548	13570

TOTAL	124416
--------------	---------------

Fuente: Coordinación de Red 4 Este 2016

9.- DESARROLLO DE LA MATRIZ DEL MARCO LOGICO

El análisis de los involucrados (Ver anexo 2) y de las alternativas de solución (Ver anexo 3) vinculados con el árbol del problema y el árbol de objetivos (Ver anexos 4 y 5 respectivamente), han permitido que se desarrolle la matriz del marco lógico (Ver anexo 6), el mismo que desarrollamos a continuación:

9.1 FIN

El fin al que se pretende llegar con la siguiente propuesta es la de:

Mejorar la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza el 1er nivel de atención de la Red 4.

9.2 ESTRUCTURA DE OBJETIVOS:

Los objetivos que se han establecido son uno general y tres específicos:

Objetivo General:

Establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz

Objetivos Específicos:

- Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC.
- Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problema de salud mental.
- Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención.

9.3 ACTIVIDADES

Las actividades que se proponen desarrollar de acuerdo a cada objetivo específico son las siguientes:

Del 1er objetivo específico:

- 1.1 Realizar encuentros para sensibilizar a los jefes o responsables de programas de salud y direcciones competentes de la importancia de incluir el seguimiento a la salud mental en sus programas
- 1.2 Incluir en el POAS y programas de salud del 1er nivel el seguimiento a la promoción y atención en salud mental

- 1.3 Construir un instrumento de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población en el 1er nivel de atención.
- 1.4 Aplicar el instrumento de evaluación sobre salud mental de la población
- 1.5 Otorgar bajo instructivo un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's Realizar verificaciones de los casos registrados de TMC en el formulario del SNIS antes de su envío.

Del 2do objetivo específico:

- 2.1 Realizar un curso de la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad orientada al personal de salud del 1er nivel de atención.
- 2.2 Desarrollar charlas periódicas orientadas a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.
- 2.3 Incluir a representantes de la población en la construcción de planes o estrategias relacionadas con la salud mental.
- 2.4 Adecuar los establecimiento de 1er nivel de atención con material de educación e información sobre los TMC
- 2.5 Elaborar y/o adquirir material de IEC para la promoción de la Salud Mental y la detección de TMC
- 2.6 Realizar campañas de detección de factores de riesgo y TMC en población vulnerable.
- 2.7 Incluir en ferias de salud (de diferentes programas) el tema de salud mental o realizarlo en forma específica.

Del 3er objetivo específico:

- 3.1 Programar capacitaciones y/o actualizaciones sobre salud mental al personal de atención primaria (políticas, normas, derechos).
- 3.2 Elaborar y/o adquirir y difundir guías de manejo de TMC para atención primaria
- 3.3 Lograr alianzas estratégicas con instituciones que trabajan la salud mental en la Red.
- 3.4 Elaborar y/o adquirir instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención o instituciones.
- 3.5 Desarrollar reuniones de coordinación para analizar los casos atendidos en el 1er nivel de atención con otros niveles y otras instituciones aliadas.

9.4 INDICADORES Y METAS

Los indicadores que permitirán medir cada actividad propuesta son:

Del fin de la propuesta:

Porcentaje de la población de la Red 4 satisfechos por el trabajo que realiza el 1er nivel de atención sobre salud mental al año.	70% de la población se encuentra satisfecha
---	---

Del objetivo general:

Porcentaje de establecimientos de 1er nivel de la Red Este que realiza una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de los TMC al año.	70% de los establecimientos de 1er nivel de atención.
---	---

Del 1er objetivo específico:

Porcentaje de establecimientos de 1er nivel en los que se realiza evaluaciones adecuadas sobre la calidad y calidez en la promoción de la salud mental y la atención que brindan a los casos con TMC	70% de los establecimientos del 1er nivel de atención
--	---

De sus acciones:

- | | |
|---|---|
| 1.1 Número de encuentros realizados para sensibilizar a los jefes o responsables de programas de salud y direcciones competentes de la importancia de la salud mental al año | Dos encuentros de sensibilización al año (Uno por semestre) |
| Porcentaje de jefes o responsables de programa que firman compromiso para incluir el seguimiento a la salud mental en sus programas al año. | 90% de los jefes de programa y direcciones competentes al año |
| 1.2 Porcentaje de programas de salud en los que se realiza seguimiento de la salud mental de su población objetivo del total de programas que firmo su compromiso al año. | 70% al año de los programas que firmo el compromiso al año. |
| 1.3 Número de instrumentos de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población en el 1er nivel de atención disponibles al año. | Un instrumento al año de evaluación para 1er nivel de atención. |

- | | |
|---|--|
| <p>1.4 Porcentaje de establecimientos de 1er nivel al año en los que se aplica el instrumento de evaluación sobre salud mental de la población</p> | <p>70% de los establecimientos al año aplica el instrumento.</p> |
| <p>1.5 Número de instructivos al año que instruyen otorgar un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's</p> | <p>Un instructivo al año para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's</p> |
| <p>Porcentaje de CAI's al año en los que se incluye el tema de salud mental.</p> | <p>90% de los CAI's al año incluye la salud mental</p> |
| <p>1.6 Porcentaje de verificaciones al año de los casos registrados de TMC en el formulario del SNIS antes de su envío.</p> | <p>80% de los formularios al año son verificados del SNIS antes de su envío.</p> |

Del 2do objetivo específico:

<p>Número de pacientes que refieren algún problema de salud mental en consulta al año/Número total de pacientes que acuden al establecimiento para cualquier consulta al año. X 100</p>	<p>40% de pacientes que acuden a consulta al año</p>
---	--

De sus acciones:

- | | |
|--|---|
| <p>2.1 Número de cursos realizados al año sobre la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad</p> <p>Porcentaje de personal de salud que acude a los cursos al año sobre la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad.</p> | <p>1 curso al año de la importancia de la salud mental y como promocionarla</p> <p>80% del personal de salud acude al curso al año.</p> |
| <p>2.2 Número de charlas al mes orientado a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.</p> | <p>Una charla por mes</p> |
| <p>2.3 Porcentaje de reuniones para la construcción de planes o estrategias al año relacionadas con la salud mental, en las que participan representantes de la población.</p> | <p>En 80% de las reuniones al año participa representantes de la población.</p> |

- | | |
|---|---|
| 2.4 Porcentaje de establecimientos de 1er nivel de atención adecuados al año con material de educación e información sobre TMC | 70% del 1er nivel está adecuado |
| 2.5 Porcentaje al año de establecimientos de 1er nivel que cuenta con material de IEC para la promoción de la Salud Mental y la detección de TMC | 70% del 1er nivel con material de IEC sobre SM al año. |
| 2.6 Número de campañas que se realiza al año para detección de factores de riesgo y TMC en la población
Porcentaje de personas que acuden a las campañas del total de la población usuaria. | 2 campañas al año (1 por semestre)
20% de los usuarios/as acuden a las campañas. |
| 2.7 Porcentaje de ferias al año que incluyen el tema de salud mental | 80% de las ferias incluyen el tema de salud mental al año. |

Del 3er objetivo específico:

Porcentaje de usuarios/as con TMC satisfechos por la atención recibida en el 1er nivel de atención en el año	70% de usuarios/as con TMC satisfechos por año.
--	---

De sus acciones:

- | | |
|--|--|
| 3.1 Número de capacitaciones y/o actualizaciones programadas sobre salud mental al año

Porcentaje anual de personal de salud de 1er nivel que ha sido capacitado | Dos capacitaciones por año (una en cada semestre)

70% del personal de 1er nivel por año |
| 3.2 Porcentaje guías utilizadas por el personal de salud previamente capacitado por año | 90% del personal capacitado utiliza las guías cada año. |
| 3.3 Porcentaje de establecimientos de 1er nivel que ha identificado alguna/s institución/es que trabajan sobre salud mental por año. | El 80% de los establecimientos de 1er nivel identifica instituciones como aliados por año. |

<p>3.4 Porcentaje de establecimientos de 1er nivel al año que cuenta con instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención y/o otras instituciones.</p> <p>Porcentaje anual de establecimientos de 1er nivel que utiliza los instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención y/o otras instituciones.</p>	<p>90% de los establecimientos de 1er nivel cada año cuenta con instrumentos</p> <p>70% cada año de los establecimientos de 1er nivel utiliza los instrumentos.</p>
<p>3.5 Número de reuniones de coordinación al año para analizar los casos atendidos en el 1er nivel de atención con otros niveles y otras instituciones aliadas.</p>	<p>Cuatro reuniones al año (uno cada trimestre)</p>

9.5 FUENTES DE VERIFICACIÓN

Las fuentes que permitirán verificar el cumplimiento, avance o su no realización son las siguientes:

Del fin

- Encuesta de satisfacción de la población del trabajo que realiza el 1er nivel en el cuidado de la salud mental para tener la percepción del usuario externo e informe anual del SNIS, para hacer la revisión de lo registrado por cada establecimiento.

Del objetivo general

- Coberturas de salud mental de la Red e informe de resultados de los CAI's, para contar con información más específica.

Del 1er objetivo específico:

- Informes de evaluaciones y encuestas al usuario interno, para lograr tener su percepción y sugerencias de sus propias vivencias.

De sus acciones:

- 1.1 Lista de participación, informes de los encuentros y compromisos firmados
- 1.2 Informes de seguimiento.
- 1.3 Presencia física del instrumento de evaluación en cada establecimiento de 1er nivel de atención.
- 1.4 Informes de evaluación y formularios de evaluación llenos.

1.5 Presencia física del instructivo, sello de recibido por los establecimientos de salud e informes de los CAI's

1.6 Cuaderno de registro de consulta y formulario del SNIS.

A fin de que se cuente con respaldos que avalen la aplicación del 1er objetivo..

Del 2do objetivo específico:

- Libro de registro de consulta externa y formulario de SNIS, como documentos vivenciales de cada atención que se realiza en salud mental.

De sus acciones:

2.1 Informe del curso realizado y lista de asistencia.

2.2 Informes de las charlas.

2.3 Lista de asistencia.

2.4 Formulario evaluación para verificación a través de inspección visual.

2.5 Actas de entrega

2.6 Informes de las campañas y lista de visita de la población a las campañas.

2.7 Informes de las ferias

A fin de que se cuente con respaldos que avalen la aplicación del 2do objetivo..

Del 3er objetivo específico:

- Encuesta de satisfacción a los usuarios/as, para contar con un respaldo propio de los que reciben la atención o cuidado de su salud mental.

De sus acciones:

3.1 Informes de capacitaciones

3.2 Presencia física de las guías en los establecimientos y actas de entrega.

3.3 Convenios o acuerdos firmados.

3.4 Los mismos instrumentos en físico disponibles en cada establecimiento de 1er nivel , otros niveles e instituciones aliadas.

3.5 Informes de las reuniones de coordinación

Coberturas de referencia y contrareferencia

A fin de que se cuente con respaldos que avalen la aplicación del 3er objetivo..

9.6 SUPUESTOS

Los supuestos que se han considerado para cada uno de los ítems del marco lógico para que se realice cada uno de ellos son los siguientes:

Del fin

Permanencia de la política sectorial en el país.

Del objetivo general

Voluntad política de la MAE para efectivizar la presente propuesta.

Del 1er objetivo específico

Coordinador/a de red comprometido/a para evaluar la calidad en salud mental

De sus acciones

- 1.1 Recursos logísticos y humanos para realizar los encuentros y predisposición a participar de la población objetivo jefes o responsables de programa.
- 1.2 Personal de salud reconoce la importancia de incluir dentro el POA y programas el tema de salud mental
- 1.3 Autorización del SEDES para su realización.
- 1.4 Recursos logísticos, tiempo y humanos para aplicar el instrumento.
- 1.5 Autorización del SEDES para realizar el instructivo.
Personal de salud predispuesto para acatar disciplinariamente el instructivo.
- 1.6 Disposición de tiempo del personal implicado para realizar la verificación.

Del 2do objetivo específico

Aceptación y de la población a las acciones establecidas.

De sus actividades

- 2.1 Recurso logístico y humano para desarrollar el curso.
- 2.2 Recurso logístico y humano para desarrollar las charlas.
Aceptación de la población para realiza las charlas.
- 2.3 Voluntad social para participar en las convocatorias que se le realice.
- 2.4 Financiamiento y/o adecuada gestión para la obtención del material de educación e información sobre TMC.
- 2.5 Accesibilidad geográfica para la entrega.
Número de material de IEC suficiente.
- 2.6 Recurso logístico y humano para desarrollar las campañas.

Aceptación de la población para realiza las campañas.

2.7 Jefes o responsables de los programas entienden la importancia de la inclusión de la salud mental en sus programas.

Del 3er objetivo específico

El personal de salud se empodera de la propuesta y lo ejecuta.

De sus actividades

- Recursos logísticos y humanos para realizar las capacitaciones y/o actualizaciones.
- Accesibilidad del personal para asistir a las capacitaciones.
- Financiamiento y/o gestión adecuada para adquirir y difundir las guías.
- Voluntad política de la MAE para realizar las alianzas así como de las instituciones identificadas.
- Existencia de otras instituciones vinculadas con salud mental.
- Se cuenta con el recurso o financiamiento para la elaboración y distribución de los instrumentos.
- Voluntad política y social de los tres niveles de atención y de otras instituciones identificadas.

10.- ANÁLISIS DE COHERENCIA

Para lograr alcanzar el fin de mejorar la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza el 1er nivel de atención de la Red 4 es necesario lograr el propósito de la propuesta de Establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz; así mismo para alcanzar este propósito es necesario alcanzar los tres componentes planteados:

- 1) Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC,
- 2) Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problemas de salud mental y

3) Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención y finalmente para lograr cada componente es necesario cumplir con cada objetivo planteado para cada componente. Relación encadenada que se puede ver en el Anexo 7.

11.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad en general de la presente propuesta está dada en cuanto se cumplan los supuestos establecidos para cada actividad, componente el propósito y el fin establecido (Ver Anexo 8):

- Si se cumplen los supuestos planteados para cada actividad condicionaran que cada actividad sea viable.
- Si el coordinador/a de red se compromete para evaluar la calidad en salud mental de la población hará viable que se desarrolle una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC.
- Si existe aceptación de la población a las acciones establecidas en la presente propuesta viabilizará al componente dos de lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problema de salud
- Si el personal de salud se empodera de la propuesta y la ejecuta hará viable el componente tres de implementarse una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento.
- El propósito de la presente propuesta de establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz será viable en cuanto exista voluntad política de la MAE para efectivizar la presente propuesta.
- Y la permanencia de la política sectorial en el país viabilizará que se logre mejorar la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza el 1er nivel de atención de la Red 4.

Analizando las diferentes formas de viabilidad dentro de la propuesta tenemos:

1. Viabilidad social: La estructura organizacional social podría interferir en la viabilidad del proyecto, principalmente si existiera diferencias entre los diferentes grupos o líderes de base en relación a la aceptación o no de la propuesta, por lo que es importante involucrarlos en las actividades del proyecto a los Dirigentes Vecinales,

Asociaciones Comunitarias, Comité de Vigilancia, Organizaciones Juveniles. Habiéndose establecido su aceptación a la propuesta como un supuesto dentro de la presente propuesta sobre todo para el cumplimiento del componente dos.

- 2. Viabilidad cultural:** La población de la Red de salud 4, como la mayoría de la población en La Paz está conformada por personas de diferente origen y practica cultural, con costumbres en algunos casos muy arraigadas en relación a su percepción de la salud mental vinculándolo con temas espirituales que en alguna medida podrían limitar que se trabaje sobre esta área, constituyéndose un factor muy importante para la viabilidad del proyecto el lograr contar con su aceptación en base a la explicación que se les de la importancia de cuidar su salud mental, situación que es tomada en cuenta en las actividades de la propuesta dentro el componente dos..
- 3. Viabilidad económica:** La población que asiste a la Red de Salud 4, es de escasos o limitados recursos; por lo tanto la viabilidad económica del proyecto no dependerá de inversiones de los beneficiarios, más bien dependerá de las gestiones para lograr financiamiento interno y externo y de las alianza con otras instituciones que trabajan el área de salud mental dentro de la Red; situación que es tomada en cuenta en las actividades de la propuesta dentro el componente tres principalmente.
- 4. Viabilidad de género y generacional:** La presente propuestas de intervención esta orientado para toda la población en el marco de un enfoque de género, velara por que cada persona sea atendida de acuerdo a sus necesidades individuales priorizando aquellos más vulnerables mujeres, niño/as y adultos mayores. Lo cual favorecerá la viabilidad del proyecto.

5. Viabilidad Técnica:

La implementación de la presente propuesta está estructurada siguiendo aspectos técnicos que logren su viabilidad, considera:

- a) Un proceso de sensibilización y empoderamiento a jefes o responsables de programas de salud, al personal de salud de la misma red y a la población, adoptando la metodología constructivista y participativa.
- b) Estrategias de promoción utilizando instrumentos de información, educación y comunicación, con participación activa de la comunidad.
- c) Atención de los casos con TMC intersectorial e interinstitucional.

- d) Reuniones de coordinación y análisis de la problemática de la salud mental de la población intervenida entre el mismo personal y con otras instituciones aliadas a fin de tomar decisiones de manera oportuna.
- e) Evaluaciones del trabajo realizado.

12.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

- **Factibilidad Social:** no se prevén problemas de índole social, al ser la población (individuo, familia y comunidad) una de las principales beneficiarias.
- **Factibilidad Cultural/Intercultural:** no se prevén problemas de índole cultural/Intercultural, al existir una etapa de sensibilización a la población y el principio de respeto por sus costumbres y creencias si estos no pusiesen en riesgo la salud o vida de las persona.
- **Factibilidad Económica (presupuesto público)**
El mayor porcentaje de desarrollo y mantenimiento del proyecto no requiere recurso económico, sino más bien de tiempo y voluntad, el recurso de material de difusión puede ser dotado por las unidades respectivas del SEDES o apoyo externo.
- **Factibilidad de género:** La propuesta toma en cuenta el enfoque de género en todas sus actividades.

13. -ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO

- Tras alcanzar el propósito del presente proyecto de establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz, habiendo mejorado la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza este nivel de atención; el presente proyecto tiene la posibilidad de perdurar en el tiempo, luego de terminado el mismo.
Es así que los/las beneficiarios/as directos/as, podrán tener el apoyo continuo en cuanto permanezca la coordinación entre los primeros niveles de atención, el 2do, el 3er nivel y otras instituciones aliadas, recibiendo una atención integral por

un equipo multidisciplinario que involucrara además a la comunidad principalmente a sus líderes.

Permaneciendo altas las coberturas de atención de los trastornos mentales y del comportamiento.

14.-IMPACTO ESPERADO DE LA PROPUESTA

Cumpliendo se los objetivos que derivaran en resultados esperados, estos al proyectarse en el futuro mediano lograra principalmente los tres impactos:

- Aumento en un 70% de las coberturas de atención de los trastornos mentales y del comportamiento por parte del personal de salud de 1er nivel de atención.
- El 60% de las personas detectadas con un trastorno mental o del comportamiento recibe una atención adecuada y coordinada entre las instituciones aliadas.
- En un 70% se mejorará la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza el 1er nivel de atención

15.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO

El financiamiento de los establecimientos de salud de primer nivel públicos proviene de las siguientes fuentes:

- Recursos del Tesoro General de la Nación, que se transfieren esencialmente a la Gobernación para el pago de salarios de los trabajadores de salud (64%) y para proyectos de inversión pública (36%).
- Impuestos nacionales de Coparticipación tributaria Municipal para pago por prestaciones otorgadas por los seguros públicos de salud (insumos de atención directa al usuario interno, alimentación y transporte)
- Recursos del IDH.
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito y donación.

- Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios/as cuando utilizan los servicios de salud del sector público. Estos pagos directos desaparecerán con la gratitud de los servicios.²¹

Así mismo se debe considerar lo establecido dentro de la política SAFCI: *“Los recursos financieros para el funcionamiento deben estar incorporados en el presupuesto del Ministerio de Salud y Deportes, las Prefecturas y Municipios. El porcentaje del presupuesto asignado tanto por el Municipio como por la Prefectura, debe ser no menos del 20%, además del porcentaje asignado para el seguro público considerando que el trabajo actual en salud engloba las determinantes de la salud, debiendo inscribirse en el POA y presupuesto correspondientes de cada una de estas instituciones.*

Los recursos IDH deben ser adecuadamente distribuidos, en cuanto al presupuesto para las actividades intersectoriales, éste debe ser el resultado de la coordinación con las instituciones pertenecientes a los otros sectores.

El coordinador de la Red de Servicios es el responsable de garantizar que los recursos financieros se programen e incorporen en el POA correspondiente.” (Ministerio de salud y Deportes Publicación N° 97- 2008)²²

16.- PRESUPUESTO

Los costos de elaboración y/o reproducción de material de información educación y comunicación e instrumentos de procesos, procedimientos para la atención se realizara en coordinación de la Coordinación de Red, con el personal de salud y representantes de la comunidad con autorización del SEDES La Paz para su aplicación a inicio de cada año. Dependerá mucho de las gestiones para lograr fuentes externas de financiamiento que disminuya el costo para la misma red. Para ver un presupuesto aproximado ver Anexo 9, donde se detalla los costos

²¹ Ministerio de Salud. Publicación 284: Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de salud de 1er nivel. Talleres Gráficos Tupac Katari. La Paz Bolivia. 2013

²² Ministerio de salud y Deportes. Norma Nacional: Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Redes de Servicios. Publicación 97. La Paz – Bolivia 2008

17.- REFERENCIAS

17.1 CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS, 2001
2. Declaración de Alma-Ata Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
3. Mendizabal Lozano, Historia de la Salud Pública en Bolivia, La Paz Bolivia, 2002.
4. Organización Mundial de la salud, Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mental: Informe compendiado. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49.º Consejo Directivo de la OPS, Estados Unidos. Washington, DC, OPS; 2009 (documento CD49/11 y resolución CD49.R17) [consultados el 5 de diciembre del 201e]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Esp.).pdf)
6. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional: Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Redes de Servicios. Publicación 97. La Paz – Bolivia 2008

17.2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional de salud Mental 2009 – 2015, Publicación 151 RM N°071 (Serie: documentos técnico – normativos). La Paz – Bolivia 2009.
2. Ministerio de Salud y Deportes; Documento técnico estratégico – Salud Familiar Comunitaria Intercultural; Publicación 171; 3ª. Edición; La Paz Bolivia; Victoria; 2011.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional: Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Red Municipal SAFCI y Redes de Servicios. Publicación 97. La Paz – Bolivia 2008
4. Mendizabal Lozano, Historia de la Salud Pública en Bolivia, La Paz Bolivia, 2002.
5. Ministerio de Salud. Publicación 284: Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de salud de 1er nivel. Talleres Gráficos Tupac Katari. La Paz Bolivia. 2013.

6. Ministerio de Salud. Publicación 288: Normas Nacionales de Atención Clínica. Unidad 8: Trastornos Mentales y del Comportamiento. LA Paz – Bolivia 547 - 611
7. Ministerio de Salud y Deportes. Publicación 63. Manual de Auditoria y Norma técnica. La Paz – Bolivia; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS, 2001
9. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la Calidad de la Salud Mental. Ginebra, (Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental), 2003. Versión en Español: Editores médicos 2007
10. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49. ° Consejo Directivo de la OPS, Estados Unidos. Washington, DC, OPS; 2009 (documento CD49/11 y resolución CD49.R17) [consultados el 5 de diciembre del 201e]. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Esp.).pdf)
11. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Línea de Base de Salud Mental 2008. La Paz – Bolivia. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/bolivia_who_aims_report.pdf
12. Sánchez. El marco lógico. Metodología para la planificación, seguimiento y evaluación de proyectos ISSN 1317-8822 • Año 6 • N° 2 • Julio - Diciembre 2007• Pg: 328-343
13. Servicio Departamental de Salud SEDES – La Paz. Lineamientos estratégicos de Salud Mental 2014 -2018. La Paz – Bolivia, 2014.

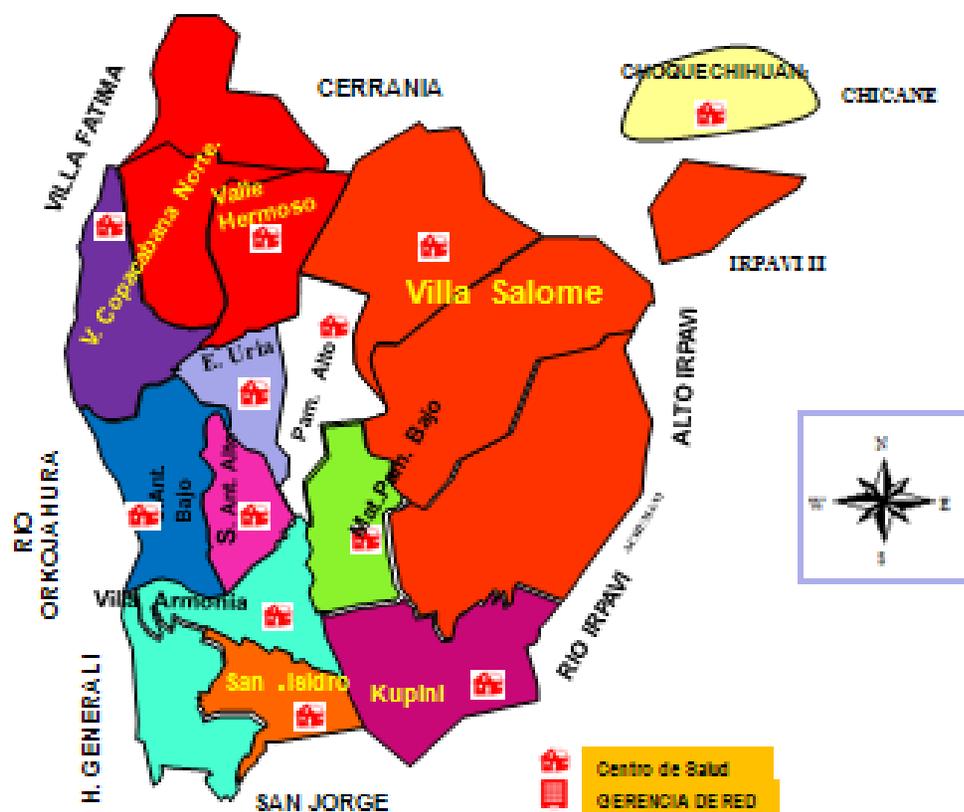
17.3 Leyes y normativa revisada:

1. Constitución Política del Estado Plurinacional del 25 de enero de 2009, entró en vigencia el 7 de febrero de 2009.
2. Ley N° 475 del 30 de diciembre del 2013, Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia.
3. Ley N° 348 de 09 de marzo del 2013, Ley Integral para garantizar a las mujeres una Vida Libre de Violencia y el Decreto Supremo de octubre del 2014
4. Ley N° 045 de 8 de octubre 2010, Ley contra el racismo y toda forma de Discriminación.
5. Ley N° 031 del 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”.
6. Ley N° 223, del 2 de marzo De 2012. Ley General para Personas con Discapacidad.
7. Ley N° 4024, del 15 de abril de 2009, Ratificación de la Convención sobre derechos de las

- personas con discapacidad y su protocolo facultativo.
8. Ley N° 1678 de 15 de diciembre de 1995, Ley de la persona con Discapacidad.
 9. Ley N° 3029 del 22 de abril de 2005, Ratificación de la adhesión del Estado Plurinacional de Bolivia al Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.
 10. Ley N° 1008 del 19 de julio de 1988, La ley de Régimen de la Coca y Sustancias Controladas, en prevención y rehabilitación
 11. Ley N° 548 de 17 de julio de 2014 código Niño niña y adolescente
 12. Ley 15629 del 18 de julio de 1972, Código de Salud.
 13. Decreto Supremo N° 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.
 14. El Decreto Supremo N° 28671 de abril 2006 Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades PINEO
 15. El Decreto Supremo N° 1302, del 1º de agosto del 2012 sobre violencia en el ámbito educativo

18.- ANEXOS

ANEXO 1. ISOCRONA DE LA RED 4 ESTE



Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SUB SECTOR	NIVEL DE ATENCIÓN	DISTANCIA Y TIEMPO DE RECORRIDO	
1	C.S. CHOQUECHIHUANI	G.A.M.L.P.	1er NIVEL	15 Km.	30 Min.
2	C.S. ESCOBAR URIA	PUBLICO	1er NIVEL	4 Km.	10 Min.
3	C.S. KUPINI	PUBLICO	1er NIVEL	13 Km.	20 Min.
4	C.S. PAMPAHASI (BAJO)	PUBLICO	1er NIVEL	40 mt.	1 Min.
5	C.S. PAMPAHASI ALTO	PUBLICO	1er NIVEL	3 Km.	7 Min.
6	C.S. VILLA COPACABANA NORTE	PUBLICO	1er NIVEL	7 Km.	13 Min.
7	C.S. SAN ANTONIO ALTO (LPZ)	PUBLICO	1er NIVEL	3 Km.	8 Min.
8	C.S. SAN ANTONIO BAJO	PUBLICO	1er NIVEL	5.5 Km.	12 Min.
9	C.S. SAN ISIDRO (LPZ)	PUBLICO	1er NIVEL	11 Km.	18 Min.
10	C.S. VALLE HERMOSO (LPZ)	PUBLICO	1er NIVEL	5 Km.	11 Min.
11	C.S. VILLA SALOME	PUBLICO	1er NIVEL	4 Km.	10 Min.
12	C.S. VILLA ARMONIA	PUBLICO	1er NIVEL	10 Km.	17 Min.
13	HOSP. SAN GABRIEL	ONG	2º NIVEL	5 Km.	11 Min.
14	C.S. PRO MUJER V. COPACABANA	ONG	1er NIVEL	5.5 Km.	12 Min.
15	CLINICA PAMPAHASI	PRIVADO	2º NIVEL	1 Km.	3 Min.
16	C.S. VALLE HERMOSO	PRIVADO	1er NIVEL	5 Km.	11 Min.

ANEXO 2. ANALISIS DE INVOLUCRADOS

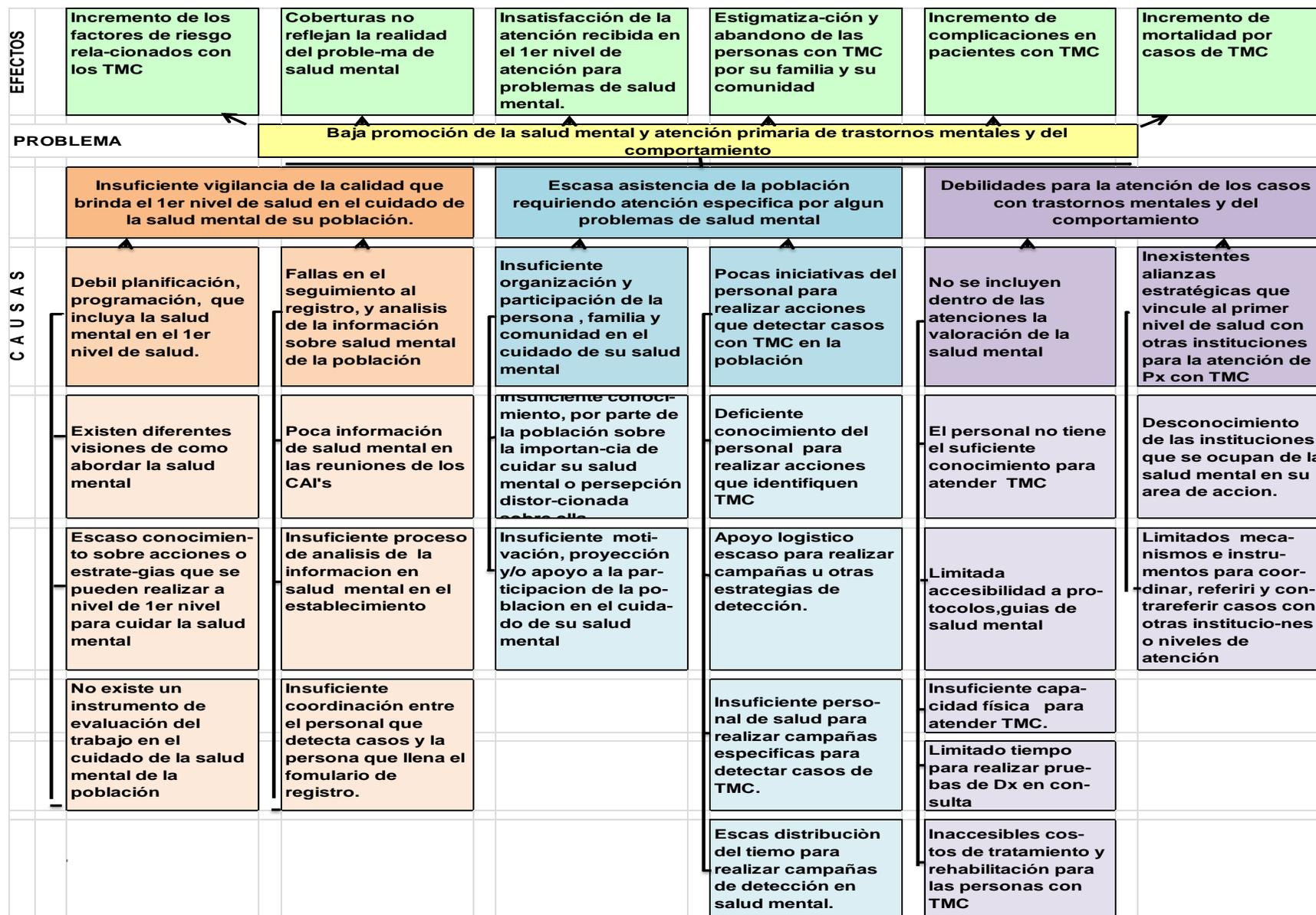
Nº	INVOLUCRADOS	INTERESES	PERSEPCION DEL PROBLEMA	RECURSOS	MANDATOS
1	Responsables de otros programas de salud	Promover la Gestión Participativa Local, Municipal y Departamental de la Salud Familiar Comunitario Intercultural SAFCI suscitando la participación comunitaria y control social	<p>Insuficiente trabajo para la construcción de una política de salud mental</p> <p>Limitada designación de recursos económicos para la promoción de la salud mental, prevención, atención y rehabilitación</p> <p>Existen diferentes visiones de la salud mental a nivel rector y de programas</p>	Recurso humano Autoridad Acceso directo con MAE	<ul style="list-style-type: none"> • La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia • Política SAFCI • Ley N° 031 del 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”
2	Coordinación de red Este	Deben coadyuvar a alcanzar las metas establecidas en la política SAFCI en su área de acción	<p>Las campañas para detección de trastornos son escasas y limitadas.</p> <p>Inaccesible acceso a la atención de salud mental en área rural.</p> <p>No se registra la referencia y contrareferencia.</p> <p>Insuficiente capacitación del personal de atención primaria en detección de factores de riesgo y cuidado de la salud mental de la población.</p>	Conocimientos Autoridad	<ul style="list-style-type: none"> • Ley N° 223, del 2 de marzo De 2012. Ley General para Personas con Discapacidad • Código Niño niña y adolescente (Ley No. 2026, 27/10/99) • La ley de Régimen de la Coca y Sustancias Controladas (Ley 1008 del 19/07/88), en prevención y rehabilitación • Ley de la persona con Discapacidad (Ley N° 1678 de 15 de diciembre de 1995)
5	Dirección de Gestión de calidad del SEDES	Contribuir al avance de la salud de la población mediante el establecimiento de medidas propositivas, preventivas y correctivas para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios	<p>Insuficiente tiempo por parte del personal para realizar atención con calidad y calidez de la población (precautelando la parte emocional del/a paciente)</p> <p>Débil vigilancia y análisis de la información en salud mental</p> <p>Insatisfacción de los usuarios</p>	Conocimientos Autoridad	<ul style="list-style-type: none"> • Decreto Supremo 28671 DE ABRIL 2006 Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades PINEO. • Código de Salud, Decreto Ley 15629 del 18 de julio de 1972
6	Autoridades locales	Elaborar y ejecutar programas y proyectos	Elevados costos de tratamiento para la población que no accede a un seguro	Recursos económicos Autoridad	Constitución política del Estado. Política SAFCI

		municipales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud	Dificultades para la programación de acciones relacionadas con salud mental	en la comunidad.	Ley de la persona con Discapacidad (Ley N° 1678 de 15 de diciembre de 1995) Decreto Supremo 28671 DE ABRIL 2006 Plan Nacional de Igualdad y Equipamiento de Oportunidades PINEO.
7	Autoridades o líderes comunitarios	Realizar un control social de las acciones que realiza el personal de salud frente a la población	Llega escasa información, educación y comunicación correcta sobre salud mental a la población. No se detecta oportunamente los TMC Fragmentada e insuficiente protección de la salud mental del individuo, familia y comunidad.	Autoridad sobre la comunidad.	Ley N° 031 del 19 de julio de 2010. Ley Marco de Autonomías y descentralización "Andrés Báñez"
9	Familiares	Solicita restauración de salud de los pacientes	Desconocimiento de la forma adecuada de coadyuvar para que su familiar se recupere. Gastos económicos del tratamiento.	Interés de rehabilitación del Px.	

ANEXO 3: ANALISIS DE ALTERNATIVAS

ALTERNATIVAS	T é c n i	L e g a l	E c o n o	G e s t i	P o l í t	A m b i e	S o c i a	T O T A L
Vigilancia de la calidad y calidez que brinda el 1er nivel de salud en el cuidado de la salud mental de su población.	4	5	5	5	5	5	5	34
Lograr la asistencia de la población requiriendo atención específica por algunos problemas de salud	3	5	5	5	5	5	5	33
Fortalecimiento de la atención de los casos con trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel	4	5	4	4	5	5	5	32
Planificación, programación, seguimiento y evaluación incluyendo la salud mental en el 1er nivel	4	5	3	5	5	5	5	32
Adecuado seguimiento al registro, y análisis de la información sobre salud mental de la población	3	5	5	4	5	5	5	32
Introducción de suficiente información de salud mental en las reuniones de los CAI's	3	5	5	3	5	5	5	31
Realizar proceso de análisis de la información en salud mental en el establecimiento	3	5	4	4	5	5	5	31
Coordinación entre el personal que detecta casos y la persona que llena el formulario de registro.	4	5	4	3	5	5	5	31
Tener registro de las instituciones que se ocupan de la salud mental en su área de acción.	4	4	4	4	5	5	5	31
Generación de mecanismos e instrumentos para coordinar, referir y contrareferir casos con otras instituciones o niveles de atención	3	5	4	4	5	5	5	31
Capacitación y actualización al personal sobre TMC	4	5	4	3	5	5	5	31
Iniciativas del personal para realizar campañas u otras acciones para detectar casos con TMC en la población	3	5	3	4	5	5	5	30
Inclusión dentro de las atenciones de 1er nivel la valoración de la salud mental	4	5	3	3	5	5	5	30
Existencia de alianzas estratégicas que vincule al primer nivel de salud con otras instituciones para la atención de Px con TMC	3	4	4	4	5	5	5	30
Capacitación sobre acciones o estrategias que se pueden realizar a nivel de 1er nivel para cuidar la salud mental	4	5	3	3	5	5	5	30
Elaboración de un instrumento de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población	4	5	2	4	5	5	5	30
Organización del tiempo para realizar campañas de detección en salud mental.	3	4	4	4	5	5	5	30
Inclusión dentro de las atenciones la valoración de la salud mental	4	4	4	3	5	5	5	30
Hacer accesible los protocolos, guías de salud mental al personal de salud.	3	5	3	4	5	5	5	30
Motivar y apoyar a la participación de la población para que participe en acciones de cuidado de su salud	4	5	3	3	5	5	5	30
Organización de la persona, familia y comunidad en el cuidado de su salud mental	3	4	3	4	5	5	5	29
Capacitar e informar a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental o percepción distorsionada sobre ella.	3	5	3	3	5	5	5	29
Capacitación al personal para realizar acciones que identifiquen TMC	3	5	3	3	5	5	5	29
Realizar alianzas estratégicas que vincule al primer nivel de salud con otras instituciones para la atención de Px con TMC	4	4	3	3	5	5	5	29
Compartir una misma visión de cómo abordar la salud mental	3	4	4	4	3	5	5	28
Brindar apoyo logístico suficiente para realizar campañas u otras estrategias de detección.	3	3	2	2	5	5	5	25
Dotar de suficiente capacidad física para atender TMC.	1	3	1	2	5	5	5	22
Brindar el tiempo para realizar pruebas de Dx en consulta	1	3	1	2	5	5	5	22
Brindar suficiente personal de salud para realizar campañas específicas para detectar casos de TMC.	1	3	2	2	4	5	5	22
Hacer accesibles los costos de tratamiento y rehabilitación para las personas con TMC	0	2	0	3	3	5	5	18

ANEXO 4: ARBOL DE PROBLEMAS



ANEXO 5: ARBOL DE OBJETIVOS

FIN	Disminución de los factores de riesgo relacionados con los TMC	Coberturas reflejan la realidad del problema de salud mental	Satisfacción de la atención recibida en el 1er nivel de atención para problemas de salud mental.	Cuidado de las personas con TMC por su familia y su comunidad	Disminución de complicaciones en pacientes con TMC	Disminución de casos de mortalidad por casos de TMC
PROPOX	Adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz					
COMPONENTE	Correcta vigilancia de la calidad y calidez que brinda el 1er nivel de salud en el cuidado de la salud mental de su población.		Suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algunos problemas de salud mental		Correcta atención de los casos con trastornos mentales y del comportamiento	
ACCIONES	Suficiente inclusión en la planificación y programación de la salud mental en el 1er nivel de salud.	Adecuado seguimiento al registro, y análisis de la información sobre salud mental de la población	Suficiente organización y participación de la persona, familia y comunidad en el cuidado de su salud mental	Varias iniciativas del personal para realizar acciones para detectar casos con TMC en la población	Inclusión dentro de las atenciones la valoración de la salud mental	Existencia de alianzas estratégicas que vincule al primer nivel de salud con otras instituciones para la atención de Px con
	Existe una visión compartida de como abordar la salud mental	Suficiente información de salud mental en las reuniones de los CAI's	Suficiente conocimiento, por parte de la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.	Buen nivel de conocimiento del personal para realizar acciones que identifiquen TMC	El personal tiene el suficiente conocimiento para atender TMC	Conocimiento de las instituciones que se ocupan de la salud mental en su área de acción.
	Buen nivel de conocimiento sobre acciones o estrategias que se pueden realizar a nivel de 1er nivel para cuidar la salud mental	Adecuado proceso de análisis de la información en salud mental en el establecimiento	Suficiente motivación, proyección y/o apoyo a la participación de la población	Apoyo logístico suficiente para realizar campañas u otras estrategias de detección.	Adecuada accesibilidad a protocolos, guías de salud mental	Existencia de mecanismos e instrumentos para coordinar, referir y contrareferir casos con otras instituciones o niveles de atención
	Existe un instrumento de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población	Suficiente coordinación entre el personal que detecta casos y la persona que llena el formulario de registro.		Suficiente personal de salud para realizar campañas específicas para detectar casos de TMC.	Suficiente capacidad física para atender TMC.	
				Organización adecuada del tiempo para realizar campañas de detección en salud mental.	Suficiente tiempo para realizar pruebas de Dx en consulta	
					Accesibles costos de tratamiento y rehabilitación para las personas con TMC	

ANEXO 6: MATRIZ DEL MARCO LOGICO

FIN	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Mejorar la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza el 1er nivel de atención de la Red 4.	Porcentaje de la población de la Red 4 satisfechos por el trabajo que realiza el 1er nivel de atención sobre salud mental al año.	70% de la población se encuentra satisfecha al año.	Encuesta de satisfacción de la población del trabajo que realiza el 1er nivel en el cuidado de la salud mental. Informe anual del SNIS.	Permanencia de la política sectorial en el país.

PROPOSITO	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel de la Red Este que realiza una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de los TMC al año.	70% de los establecimientos de 1er nivel de atención. Al año.	Coberturas de salud mental de la Red Informe de resultados de los CAI's	Voluntad política de la MAE para efectivizar la presente propuesta.

COMPONENTE 1	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel en los que se realiza evaluaciones adecuadas sobre la calidad y calidez en la promoción de la salud mental y la atención que brindan a los casos con TMC	70% de los establecimientos del 1er nivel de atención al año.	Informes de evaluaciones. Encuestas al usuario interno	Coordinador/a de red comprometido/a para evaluar la calidad en salud mental

COMPONENTE 2	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problema de salud mental	Número de pacientes que refieren algún problema de salud mental en consulta al año /Número total de pacientes que acuden al establecimiento para cualquier consulta al año x 100	40% de pacientes que acuden a consulta al año	Libro de registro de consulta externa Formulario de SNIS	Aceptación y de la población a las acciones establecidas.

COMPONENTE 3	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención.	Porcentaje de usuarios/as con TMC satisfechos por la atención recibida en el 1er nivel de atención en el año	70% de usuarios/as con TMC satisfechos por año.	Encuesta de satisfacción a los usuarios/as	El personal de salud se empodera de la propuesta y lo ejecuta.

COMPONENTE 1	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel en los que se realiza evaluaciones adecuadas sobre la calidad y calidez en la promoción de la salud mental y la atención que brindan a los casos con TMC	70% de los establecimientos del 1er nivel de atención al año.	Informes de evaluaciones. Encuestas al usuario interno	Coordinador/a de red comprometido/a para evaluar la calidad en salud mental

ACCIONES	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS	
1.1	Realizar encuentros para sensibilizar a los jefes o responsables de programas de salud y direcciones competentes de la importancia de incluir el seguimiento a la salud mental en sus programas	Número de encuentros realizados para sensibilizar a los jefes o responsables de programas de salud y direcciones competentes de la importancia de la salud mental al año.	Dos encuentros de sensibilización al año (Uno por semestre)	Lista de participación. Informes de los encuentros.	Recursos logísticos y humanos para realizar los encuentros.
		Porcentaje de jefes o responsables de programa que firman compromiso para incluir el seguimiento a la salud mental en sus programas al año.	90% de los jefes de programa y direcciones competentes firman los compromisos al año.	Compromisos firmados	Predisposición a participar de la población objetivo jefes o responsables de programa.
1.2	Incluir en el POAS y programas de salud del 1er nivel el seguimiento a la promoción y atención en salud mental	Porcentaje de programas de salud en los que se realiza seguimiento de la salud mental de su población objetivo del total de programas que firmo su compromiso al año.	70% de los programas que firmo el compromiso al año.	Informes de seguimiento.	Personal de salud reconoce la importancia de incluir dentro el POA y programas el tema de salud mental.
1.3	Construir un instrumento de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población en el 1er nivel de atención.	Número de instrumentos de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población en el 1er nivel de atención al año.	Un instrumento al año de evaluación para 1er nivel de atención.	Presencia física del instrumento de evaluación en cada establecimiento de 1er nivel de atención.	Autorización del SEDES para su realización.
1.4	Aplicar el instrumento de evaluación sobre salud mental de la población	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel al año en los que se aplica el instrumento de evaluación sobre salud mental de la población	70% de los establecimientos al año se aplica el instrumento de evaluación.	Informes de evaluación. Formularios de evaluación llenos.	Recursos logísticos, tiempo y humanos para aplicar el instrumento.
1.5	Otorgar bajo instructivo un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's	Número de instructivos al año que instruyen otorgar un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's	Un instructivo al año para otorgar un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's	Presencia física del instructivo. Sello de recibido por los establecimientos de salud.	Autorización del SEDES para realizar el instructivo.
		Porcentaje de CAI's al año en los que se incluye el tema de salud mental.	90% de los CAI's al año incluye a la salud mental.	Informes de los CAI's	Personal de salud predispuesto para acatar disciplinariamente el instructivo.
1.6	Realizar verificaciones de los casos registrados de TMC en el formulario del SNIS antes de su envío.	Porcentaje de verificaciones al año de los casos registrados de TMC en el formulario del SNIS antes de su envío, en el año.	80% de los formularios al año son verificados del SNIS antes de su envío.	Cuaderno de registro de consulta. Formulario del SNIS.	Disposición de tiempo del personal implicado para realizar la verificación.

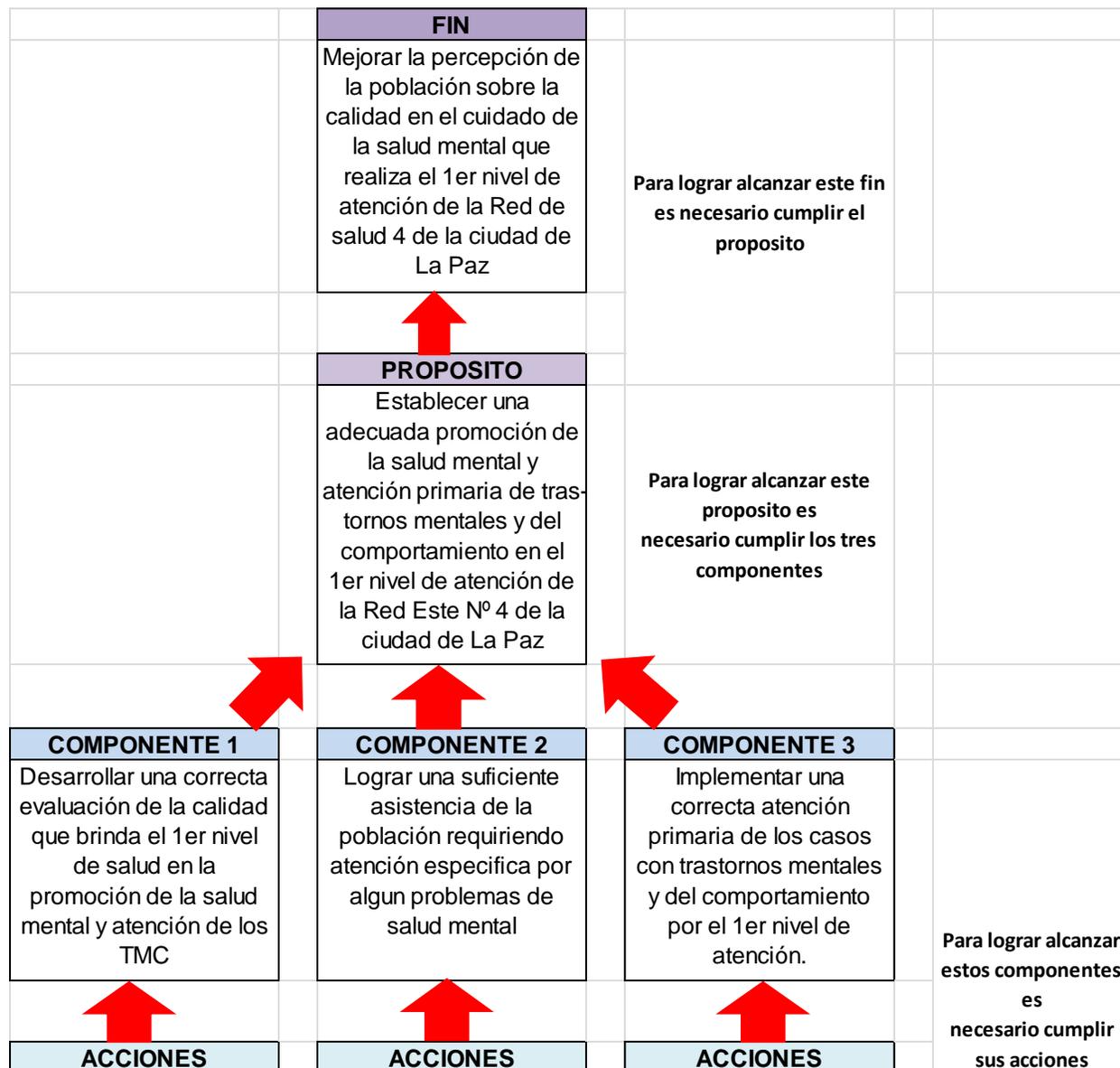
COMPONENTE 2	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problema de salud mental	Número de pacientes que refieren algún problema de salud mental en consulta al año /Número total de pacientes que acuden al establecimiento para cualquier consulta al año x 100	40% de pacientes que acuden a consulta al año	Libro de registro de consulta externa Formulario de SNIS	Aceptación y de la población a las acciones establecidas.

ACCIONES	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS	
2.1	Realizar un curso de la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad orientada al personal de salud del 1er nivel de atención.	Número de cursos realizados al año sobre la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad.	1 curso al año sobre la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad.	Informe del curso realizado.	Recurso logístico y humano para desarrollar el curso.
	Porcentaje de personal de salud que acude a los cursos al año sobre la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad.	80% del personal de salud acude al curso al año.	Lista de asistencia.		
2.2	Desarrollar charlas periódicas orientadas a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.	Número de charlas al mes orientado a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.	Una charla por mes	Informes de las charlas.	Recurso logístico y humano para desarrollar las charlas. Aceptación de la población para realiza las charlas.
2.3	Incluir a representantes de la población en la construcción de planes o estrategias relacionadas con la salud mental.	Porcentaje de reuniones para la construcción de planes o estrategias al año relacionadas con la salud mental, en las que participan representantes de la población.	En 80% de las reuniones al año participa representantes de la población.	Lista de asistencia.	Voluntad social para participar en las convocatorias que se le realice.
2.4	Adecuar los establecimientos de 1er nivel de atención con material de educación e información sobre los TMC.	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel de atención adecuados al año con material de educación e información sobre TMC	70% de los establecimientos de 1er esta adecuado.	Formulario evaluación para verificación a través de una inspección visual.	Financiamiento y/o adecuada gestión para obtención del material de educación e información sobre TMC.
2.5	Elaborar y/o adquirir material de IEC para la promoción de la Salud Mental y la detección de TMC	Porcentaje al año de establecimientos de 1er nivel que cuenta con material de IEC para la promoción de la Salud Mental y la detección de TMC	70% del 1er nivel con material de IEC sobre SM al año.	Actas de entrega	Accesibilidad geográfica para la entrega. Número de material de IEC suficiente.
2.6	Realizar campañas de detección de factores de riesgo y TMC en población vulnerable	Número de campañas que se realiza al año para detección de factores de riesgo y TMC en la población	2 campañas al año (1 por semestre)	Informes de las campañas. Lista de visita de la población a las campañas.	Recurso logístico y humano para desarrollar las campañas. Aceptación de la población para realiza las campañas.
		Porcentaje de personas que acuden a las campañas del total de la población usuaria.	20% de los usuarios/as acuden a las campañas.		
2.7	Incluir en ferias de salud (de diferentes programas) el tema de salud mental o realizarlo en forma específica.	Porcentaje de ferias al año que incluyen el tema de salud mental	80% de las ferias incluyen el tema de salud mental al año	Informes de las ferias	Jefes o responsables de los programas entienden la importancia de la inclusión de la salud mental en sus programas.

COMPONENTE 3	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención.	Porcentaje de usuarios/as con TMC satisfechos por la atención recibida en el 1er nivel de atención en el año	70% de usuarios/as con TMC satisfechos por año.	Encuesta de satisfacción a los usuarios/as	El personal de salud se empodera de la propuesta y lo ejecuta.

ACCIONES	INDICADOR	META	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS	
3.1	Programar capacitaciones y/o actualizaciones sobre salud mental al personal de atención primaria (políticas, normas, derechos)	Número de capacitaciones y/o actualizaciones programadas sobre salud mental al año	Dos capacitaciones por año (una en cada semestre)	Informes de capacitaciones	Recursos logísticos y humanos para realizar las capacitaciones y/o actualizaciones. Accesibilidad del personal para asistir a las capacitaciones.
		Porcentaje anual de personal de salud que de 1er nivel ha sido capacitado	70% del personal de cada red es capacitado anualmente.		
3.2	Elaborar y/o adquirir y difundir guías de manejo de TMC para atención primaria	Porcentaje guías utilizadas por el personal de salud previamente capacitado por año	90% del personal capacitado utiliza las guías cada año.	Presencia física de las guías en los establecimientos. Actas de entrega.	Financiamiento y/o gestión adecuada para adquirir y difundir las guías.
3.3	Lograr alianzas estratégicas con instituciones que trabajan la salud mental en la Red.	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel que ha identificado alguna/s institución/es que trabajan sobre salud mental por año.	El 80% de los establecimientos de 1er nivel identifica instituciones como aliados estratégicos por año.	Convenios o acuerdos firmados.	Voluntad política de la MAE para realizar las alianzas así como de las instituciones identificadas. Existencia de otras instituciones vinculadas con salud mental.
3.4	Elaborar y/o adquirir instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención o instituciones.	Porcentaje de establecimientos de 1er nivel al año que cuenta con instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención y/o otras instituciones.	90% de los establecimientos de 1er nivel cada año cuenta con instrumentos	Los mismos instrumentos en físico disponibles en cada establecimiento de 1er nivel, otros niveles e instituciones aliadas.	Se cuenta con el recurso o financiamiento para la elaboración y distribución de los instrumentos.
		Porcentaje anual de establecimientos de 1er nivel que utiliza los instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención y/o otras instituciones.	70% cada año de los establecimientos de 1er nivel utiliza los instrumentos.		
3.5	Desarrollar reuniones de coordinación para analizar los casos atendidos en el 1er nivel de atención con otros niveles y otras instituciones aliadas.	Número de reuniones de coordinación al año para analizar los casos atendidos en el 1er nivel de atención con otros niveles y otras instituciones aliadas.	Cuatro reuniones al año (una cada trimestre)	Informes de las reuniones de coordinación Coberturas de referencia y contrareferencia	Voluntad política y social de los tres niveles de atención y de otras instituciones identificadas.

ANEXO 7. ANALISIS DE COHERENCIA



ANEXO 8. ANALISIS DE VIABILIDAD

FIN	SUPUESTOS
Mejorar la percepción de la población sobre la calidad en el cuidado de la salud mental que realiza el 1er nivel de atención de la Red 4 de la ciudad de La Paz	Permanencia de la política sectorial en el país.
PROPOSITO	<u>CONDICION PARA</u>
Establecer una adecuada promoción de la salud mental y atención primaria de trastornos mentales y del comportamiento en el 1er nivel de atención de la Red Este N° 4 de la ciudad de La Paz	Voluntad política de la MAE para efectivizar la presente propuesta.
COMPONENTE 1	
Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC	Coordinador/a de red comprometido/a para evaluar la calidad en salud mental
COMPONENTE 2	
Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algún problemas de salud mental	Aceptación y de la población a las acciones establecidas.
COMPONENTE 3	
Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención.	El personal de salud se empodera de la propuesta y lo ejecuta.
	<u>CONDICIONES PARA</u>
ACTIVIDADES DE CADA COMPONENTE	Supuestos de cada acción

ANEXO 9: PRESUPUESTO

COMPONENTE 1		
Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC		
ACCIONES	COSTO APROXIMADO	FINANCIACION
1.1	Realizar encuentros para sensibilizar a los jefes o responsables de programas de salud y direcciones competentes de la importancia de incluir el seguimiento a la salud mental en sus programas	1000 OPS/OMS
1.2	Incluir en el POAS y programas de salud del 1er nivel el seguimiento a la promoción y atención en salud mental	Ninguno La propia Red 4 ESTE
1.3	Construir un instrumento de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población en el 1er nivel de atención.	Ninguno La propia Red 4 ESTE
1.4	Aplicar el instrumento de evaluación sobre salud mental de la población	Ninguno La propia Red 4 ESTE
1.5	Otorgar bajo instructivo un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAIs	Ninguno La propia Red 4 ESTE
1.6	Realizar verificaciones de los casos registrados de TMC en el formulario del SNIS antes de su envío.	Ninguno La propia Red 4 ESTE
COMPONENTE 2		
Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algunos problemas de salud mental		
ACCIONES	COSTO APROXIMADO	FINANCIACION
2.1	Realizar un curso de la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad orientada al personal de salud del 1er nivel de atención.	1500 OPS/OMS
2.2	Desarrollar charlas periódicas orientado a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.	240 La propia Red 4 ESTE
2.3	Incluir a representantes de la población en la construcción de planes o estrategias relacionadas con la salud mental.	Ninguno La propia Red 4 ESTE
2.4	Adecuar los establecimientos de 1er nivel de atención con material de educación e información sobre los TMC.	1500 OPS/OMS
2.5	Elaborar y/o adquirir material de IEC para la promoción de la Salud Mental y la detección de TMC	2000 OPS/OMS
2.6	Realizar campañas de detección de factores de riesgo y TMC en población vulnerable	200 La propia Red 4 ESTE
2.7	Incluir en ferias de salud (de diferentes programas) el tema de salud mental o realizarlo en forma específica.	200 La propia Red 4 ESTE
COMPONENTE 3		
Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención.		
ACCIONES	COSTO APROXIMADO	FINANCIACION
3.1	Programar capacitaciones y/o actualizaciones sobre salud mental al personal de atención primaria (políticas, normas, derechos)	1000 OPS/OMS
3.2	Elaborar y/o adquirir y difundir guías de manejo de TMC para atención primaria	Ninguno SEDES
3.3	Lograr alianzas estratégicas con instituciones que trabajan la salud mental en la Red.	Ninguno La propia Red 4 ESTE
3.4	Elaborar y/o adquirir instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención o instituciones.	1000 OPS/OMS
3.5	Desarrollar reuniones de coordinación para analizar los casos atendidos en el 1er nivel de atención con otros niveles y otras instituciones aliadas.	Ninguno La propia Red 4 ESTE
	IMPREVISTOS	1000
TOTAL		9640

Son: nueve mil seiscientos cuarenta bolivianos 00/100

ANEXO 10. CRONOGRAMA ANUAL

COMPONENTE 1													
Desarrollar una correcta evaluación de la calidad que brinda el 1er nivel de salud en la promoción de la salud mental y atención de los TMC													
		MESES AÑO											
ACCIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.1	Realizar encuentros para sensibilizar a los jefes o responsables de programas de salud y direcciones competentes de la importancia de incluir el seguimiento a la salud mental en sus programas												
1.2	Incluir en el POAS y programas de salud del 1er nivel el seguimiento a la promoción y atención en salud mental												
1.3	Construir un instrumento de evaluación del trabajo en el cuidado de la salud mental de la población en el 1er nivel de atención.												
1.4	Aplicar el instrumento de evaluación sobre salud mental de la población												
1.5	Otorgar bajo instructivo un espacio para tratar sobre la salud mental en las reuniones de los CAI's												
1.6	Realizar verificaciones de los casos registrados de TMC en el formulario del SNIS antes de su envío.												
COMPONENTE 2													
Lograr una suficiente asistencia de la población requiriendo atención específica por algunos problemas de salud mental													
		MESES AÑO											
ACCIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.1	Realizar un curso de la importancia de la salud mental y como promocionarla en la comunidad orientada al personal de salud del 1er nivel de atención.												
2.2	Desarrollar charlas periódicas orientado a la población sobre la importancia de cuidar su salud mental.												
2.3	Incluir a representantes de la población en la construcción de planes o estrategias relacionadas con la salud mental.												
2.4	Adecuar los establecimiento de 1er nivel de atención con material de educación e información sobre los TMC.												
2.5	Elaborar y/o adquirir material de IEC para la promoción de la Salud Mental y la detección de TMC												
2.6	Realizar campañas de detección de factores de riesgo y TMC en población vulnerable												
2.7	Incluir en ferias de salud (de diferentes programas) el tema de salud mental o realizarlo en forma específica.												
COMPONENTE 3													
Implementar una correcta atención primaria de los casos con trastornos mentales y del comportamiento por el 1er nivel de atención.													
		MESES AÑO											
ACCIONES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3.1	Programar capacitaciones y/o actualizaciones sobre salud mental al personal de atención primaria (políticas, normas, derechos)												
3.2	Elaborar y/o adquirir y difundir guías de manejo de TMC para atención primaria												
3.3	Lograr alianzas estratégicas con instituciones que trabajan la salud mental en la Red.												
3.4	Elaborar y/o adquirir instrumentos para referir y contrareferir casos con otros niveles de atención o instituciones.												
3.5	Desarrollar reuniones de coordinación para analizar los casos atendidos en el 1er nivel de atención con otros niveles y otras instituciones aliadas.												

ANEXO 11. CONSENSO DE BRASILIA 2013

CONSENSO DE BRASILIA 2013

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud de Brasil convocaron la "I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares", los días 15, 16 y 17 del mes de octubre del 2013, con los objetivos de: a) promover el intercambio de experiencias personales e institucionales sobre la autonomía y el protagonismo de los usuarios y sus familiares de la Región de las Américas, para favorecer su organización social y su participación en las decisiones relacionadas con las políticas de salud mental; b) promover el debate y la reflexión sobre la política pública de salud mental de la Región, en particular la que está elaborándose en Brasil, y c) empoderar a familiares y usuarios para que evalúen la calidad y la garantía de los derechos humanos en los servicios.

Participaron en esa reunión representantes de Argentina, Barbados, Belice, **Bolivia**, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname, en su mayoría delegados de asociaciones y organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares. Estuvieron presentes también representantes de la Organización Mundial de la Salud; la Organización Panamericana de la Salud; la Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas y el Departamento de Atención Especializada y Temática de la Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud de Brasil, y la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República de Brasil.

TOMANDO COMO BASE

Diversos acuerdos, convenciones y tratados internacionales relacionados con la salud mental y con los derechos humanos como la Declaración de Caracas, aprobada en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, OPS/OMS (1990); la Carta de Brasilia sobre principios orientadores para el desarrollo de la atención de la salud mental en las Américas, OPS/OMS (2005); la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006); el Acuerdo de Luján (2006); el Consenso de Panamá (2010), y el Consenso de Buenos Aires (2011);

Los debates y deliberaciones que tuvieron lugar en la "I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares", sus participantes

RECONOCEN

Que una gran parte de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares se encuentra destituida de autonomía, de protagonismo y de acceso a los derechos de ciudadanía;

Que se produjeron, en el ámbito regional, nuevos acontecimientos y avances en los últimos años en el campo de salud mental comunitaria;

Que la Organización Mundial de la Salud elaboró principios rectores para avanzar en el mejoramiento de la atención de salud mental en el ámbito mundial, con la reciente aprobación del Plan de acción integral sobre salud mental, en el 2013;

Que la Organización Panamericana de la Salud aprobó una Estrategia y plan de acción sobre salud mental en el 2009, que expresan un compromiso político y técnico de los gobiernos, en términos de la inserción de la salud mental en la agenda pública y definen claramente las líneas claves de acción;

Que, no obstante el avance del marco jurídico logrado en algunos países de la Región, así como la presencia de experiencias exitosas de políticas públicas y de servicios de salud mental, aún persisten serias limitaciones, por lo que resulta necesario emprender esfuerzos para dar continuidad a la reforma de la atención psiquiátrica y de la salud mental, con la superación del hospital psiquiátrico y la creación de servicios comunitarios o territoriales de salud mental que respeten la libertad y los derechos humanos, y que promuevan respuestas a las necesidades de las personas que sufren como resultado de trastornos mentales, incluidos aquellos relacionados con la dependencia del alcohol y otras drogas; por otro lado, es también fundamental la elaboración y aplicación de leyes que sean congruentes con los instrumentos internacionales de derechos humanos;

Que, culturalmente, los usuarios de servicios de salud mental no son reconocidos como "sujetos de derechos" y experimentan diversas formas de violación de derechos humanos, estigma, discriminación e invalidación.

CONSIDERAN

Que el compromiso de los Estados es asegurar, promover y proteger el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los usuarios de servicios de salud mental, adoptando las medidas necesarias para la equiparación de oportunidades; el ejercicio de la capacidad legal; la prevención de la tortura, maltrato, penas crueles, inhumanas o degradantes; la prevención de la explotación, la violencia y el abuso; la inclusión en la comunidad y el acceso al conjunto de las políticas públicas;

Que se garantice a los usuarios de servicios de salud mental, en igualdad de condiciones, el derecho a la ciudad y a la ciudadanía plena, destacándose el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, la cultura, el transporte y el ocio; Que se garantice la participación de los usuarios de servicios de salud mental y de sus familiares en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental, y que se incentive la participación en las políticas intersectoriales; Que es fundamental la participación de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares para la elaboración de leyes que garanticen, promuevan y fortalezcan los derechos humanos y de ciudadanía de las personas que sufren como resultado de trastornos mentales y del consumo de alcohol y otras drogas; Que es esencial la participación de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares para garantizar el acceso al cuidado de base comunitaria o territorial para la promoción de la emancipación y del acceso y el ejercicio de los derechos humanos y de ciudadanía.

PROPONEN

En relación con los derechos humanos

1. Incentivar, apoyar y difundir legislación que promueva la ciudadanía y los derechos humanos;
2. Promover los cuidados en libertad en la atención de salud mental;
3. Tener acceso a la protección legal, técnica y a otros instrumentos contra la internación involuntaria por problemas de salud mental;
4. Incentivar a los países de la Región a que promuevan acciones que permitan que los usuarios de servicios de salud mental ejerzan plenamente sus derechos civiles y políticos;
5. Quitar de la invisibilidad los espacios donde ocurren violaciones de derechos humanos contra los usuarios de salud mental y utilizar recursos institucionales y estatales de denuncia y protección.

Políticas y servicios de salud mental

6. Evaluar la red de salud mental a nivel intersectorial y, con base en esta evaluación, validar las prácticas de los servicios, asegurando una red substitutiva de cuidados en libertad, comunitaria y territorial, bajo la perspectiva de la promoción de la salud;
7. Apoyar la implantación, el financiamiento y la fiscalización de servicios substitutivos al hospital psiquiátrico, como servicios comunitarios y residencias;
8. Incentivar la elaboración de leyes y políticas públicas que promuevan la organización, el fortalecimiento y la sostenibilidad de las asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares;
9. Garantizar el derecho a la residencia terapéutica o similar a todos aquellos que la necesiten.

Participación

10. Apoyar, a través de acciones interministeriales, la creación y el fortalecimiento institucional, político, económico y social de asociaciones y organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en la Región de las Américas y su participación en el proceso de ejecución de las políticas públicas de salud mental;
11. Promover espacios de articulación y comunicación permanentes de asociaciones de usuarios y familiares (virtuales y presenciales);
12. Garantizar la participación de los usuarios y de los familiares en la construcción de las políticas públicas, en la gestión y evaluación de los servicios (a través del instrumento Quality Rights, por ejemplo), destacando los espacios colectivos de toma de decisiones, de modo que se modifiquen y amplíen las condiciones necesarias para la ciudadanía y los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental;
13. Garantizar la participación de las poblaciones indígenas, que son usuarias de la red de salud mental, así como de los habitantes de zonas rurales;
14. Fortalecer el protagonismo de las asociaciones de usuarios y familiares en la creación de proyectos de ciudadanía, por medio de alianzas con los sectores públicos y privados;
15. Estimular a las asociaciones a que diversifiquen sus actividades actuando con base en las necesidades de las personas usuarias de servicios de salud mental y sus familiares en la defensa de los derechos humanos y de ciudadanía, sobre todo en el acceso a la salud, la educación, el deporte, la cultura, el ocio, el trabajo, el transporte y la seguridad social;
16. Elaborar registros de asociaciones y organizaciones de usuarios y familiares de salud mental de los países y de la Región;
17. Promover más espacios para el intercambio de experiencias entre asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en las Américas
18. Realizar de forma periódica reuniones regionales y subregionales de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en las Américas.

Formación y capacitación

1. Divulgar los documentos internacionales sobre reforma psiquiátrica, salud mental, ciudadanía y derechos humanos entre usuarios de servicios de salud mental, sus familiares, profesionales, personal administrativo y la sociedad civil;
2. Promover políticas de formación y capacitación permanente con enfoque en los derechos humanos en asociaciones y organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares
3. Crear y divulgar campañas por medios de comunicación, publicitarios y de formación para sensibilizar al Estado y a la sociedad civil, específicamente a los profesionales y a los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, a fin de establecer una nueva forma de abordaje de las cuestiones de salud mental;
4. Promover la capacitación de familiares, usuarios y profesionales de la salud, la educación, la asistencia social, la seguridad pública y la justicia y personal administrativo, dirigiendo el conocimiento y el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por sus siglas en inglés);
5. Utilizar estrategias creativas para facilitar la divulgación y la identificación con los objetivos de la CRPD, de acuerdo con la cultura local.

Trabajo

6. Fortalecer las políticas públicas de inclusión social con respecto al trabajo que no se lleva a cabo en hospitales psiquiátricos o instituciones de asilo;
7. Fomentar y garantizar la autonomía y el protagonismo de los usuarios en espacios y ambientes de trabajo;
8. Fomentar la economía solidaria y el cooperativismo como principios promotores de ciudadanía;
9. Asegurar acciones interministeriales que incentiven, reglamenten y financien proyectos de cooperativismo y economía solidaria, garantizando la inversión en equipos esenciales para las actividades de la economía solidaria;
10. Financiar la formación y la calificación profesional de los usuarios de los servicios de salud mental;
11. Articular alianzas intersectoriales con universidades y movimientos sociales, que establezcan condiciones para el desarrollo de proyectos de economía solidaria y cooperativismo, y que se vuelvan constructoras de políticas públicas;
12. Incentivar la creación de cooperativas de trabajo, fuera del espacio de los hospitales psiquiátricos;
13. Proponer una política gubernamental afirmativa de incentivo (reducción fiscal, cuotas, entre otras) que fomente acciones incluyentes diversificadas junto a empresas públicas y privadas.

Otras propuestas

14. Instar a los gobiernos a revisar y adecuar las legislaciones a la luz de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad mediante la creación de comisiones de supervisión de su cumplimiento (hacer hincapié en que las personas que sufren como resultado de trastornos mentales o usuarios de los servicios de salud mental están incluidas en la CRPD);
15. Elaborar estrategias para garantizar que los resultados de las evaluaciones de los servicios de salud mental promuevan una mejoría de su calidad y la defensa de los derechos de sus usuarios;
16. Fomentar la promoción de proyectos legislativos que fortalezcan la organización y promuevan los derechos de los usuarios en salud mental.

SE COMPROMETEN

A difundir, de forma amplia, este Documento de Consenso,

A emprender esfuerzos para hacer efectivos los principios internacionales de salud mental y derechos humanos,

A promover la creación y el fortalecimiento de las asociaciones de usuarios de servicios familiares y de salud mental,

y

A apoyar la creación de una red regional de asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares estableciendo una comisión integrada por representantes de los diferentes países participantes en esta Reunión.



