



ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS



La paz, 18 de Noviembre del 2024
HCDD/LGFV N° 001/2024-2025

Señor:
Omar Al Yabhat Yujra Santos
PRESIDENTE
CAMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
Presente.-



REF. SOLICITA REPOSICION DEL PROYECTO DE LEY

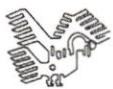
De mi consideración:

PL-056/24

La diputada que suscribe, en el ejercicio de sus funciones y de acuerdo a lo establecido en el Art. 117 del Reglamento General de Cámara de Diputados solicita a su autoridad la reposición del Proyecto de Ley N° 310/2023-2024 **"PROYECTO DE LEY BOLIVIANA DE SALUD MENTAL"** para continuar con su tratamiento en la presente gestión legislativa.
Sin otro particular, me despido.

Atte.

Lic. Gladys Fernandez Vargas
DIPUTADA NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

La paz, 07 de Febrero del 2024
CITE: HCDD/LGFV N°018/2023-2024

Señor:

Israel Huaytari Martínez

PRESIDENTE DE LA CAMARA DE DIPUTADOS
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL DE BOLIVIA
Presente.-



REF. PRESENTA PROYECTO DE LEY BOLIVIANA DE SALUD MENTAL

De mi mayor consideración:

PL-310/23

Mediante la presente tengo a bien remitir a su autoridad y por intermedio de su persona al pleno de la cámara de diputados, "PROYECTO DE LEY BOLIVIANA DE SALUD MENTAL", para su revisión, análisis correspondiente y posterior tratamiento en plenaria para su aprobación en grande y detalle; de conformidad a lo establecido en los Art. 116 inciso B) y Art. 117 del Reglamento General de la Cámara de Diputados de la Asamblea Legislativa Plurinacional.

Sin otro particular me despido con las atenciones más distinguidas

Atentamente,


Lic. Lily Gladys Fernández Vargas
DIPUTADA NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

LGFV/grhv
65613006





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

PROYECTO DE LEY BOLIVIANA DE SALUD MENTAL

1. ANTECEDENTES.

Ante la urgente necesidad de contar con una Ley que establezca un Sistema de Salud Mental integral, inclusivo y acorde a los desafíos del país como política pública de salud que debe encarar el Estado y por varias reuniones realizadas en el Comité de Salud, Deportes y Recreación de la Cámara de Diputados de la Asamblea Legislativa Plurinacional con la Dip. Lily Gladys Fernández Vargas, la Sociedad Boliviana de Psiquiatría se dispuso inmediatamente a la tarea de elaborar una propuesta legislativa que supere este gran vacío.

Para ello, se recuperó un trabajo (*Anteproyecto de Ley de Salud Mental Comunitaria*), realizado el año 2015 por la Red de Salud Mental Comunitaria (SMC), que fue conformada el 1 de abril de 2013 a iniciativa del Ministerio de Salud a través del Área de Promoción de la Salud – Unidad de Salud Mental, CBM Organización Internacional de Cooperación y la Defensoría del Pueblo. Participaban de la Red organizaciones como las Asociaciones de Personas con Discapacidad Psíquica; Instituto de Terapia e Investigación sobre las secuelas de la Tortura y la Violencia Estatal –ITEI; Servicio Internacional Británico – UNAIS; Pastoral Social Caritas – La Paz; MSMCB – Movimiento de Salud Mental Comunitaria Bolivia; Hospital Arco Iris; Fundación La Paz; Centro de Rehabilitación y Salud Mental “San Juan de Dios”; Asociación Boliviana de Comunidades Terapéuticas ABCT; Asociación de Usuarios, Familiares y Amigos de Personas con Trastorno Mental; y Centro de Atención del Adulto Mayor de la Caja de Salud de la Banca Privada.

Dicha propuesta fue minuciosamente revisada, actualizada y adecuada a los nuevos desafíos en Salud Mental que ofrece el contexto a nivel nacional e internacional. En la búsqueda de este prioritario objetivo para el país, se unieron a la construcción del presente proyecto de Ley de Salud Mental, dos actores decisivos para la Salud: el Colegio Médico Nacional y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Conjuntamente ellos, nos permitimos presentar el PROYECTO DE LEY BOLIVIANA DE SALUD MENTAL.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

CÁMARA DE DIPUTADOS
A LA COMISIÓN DE
EDUCACIÓN Y SALUD
SECRETARÍA GENERAL

2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura.

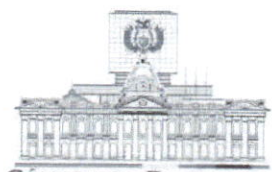
Los recursos disponibles para afrontar la enorme carga que representan las enfermedades mentales son insuficientes, están distribuidos desigualmente y en ocasiones son utilizados de modo ineficaz. Todo esto ha ocasionado una brecha en materia de tratamiento que en los países con ingresos y medios bajos es superior al 75%. El estigma, la exclusión social y las violaciones de los derechos humanos que ocurren en torno a las enfermedades mentales agravan la situación.

"No hay salud sin salud mental". La relación entre los componentes físico y mental de la salud es múltiple y variada. Los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles, además de contribuir a las lesiones no intencionales e intencionales. También, muchas condiciones patológicas aumentan el riesgo de padecer trastornos mentales y esta comorbilidad no sólo complica la búsqueda de ayuda y de tratamiento sino, que influye en el pronóstico.

En la década de los noventa comenzó con un hecho histórico para la salud mental en las Américas: el lanzamiento de la Iniciativa Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Conferencia de Caracas - Venezuela, celebrada en noviembre de 1990. En la denominada Declaración de Caracas se hace hincapié en que "la atención centrada en el hospital psiquiátrico tiene que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad". Los Principios de Brasilia en 2005 y el Consenso de Panamá en 2010, reiteran la necesidad de reestructuración de la atención psiquiátrica adaptándola a las condiciones particulares de cada país. Bolivia es signataria de todos los convenios y acuerdos mencionados, lo que le obliga a cumplir las resoluciones que emanan de ellos.

En 2007, los países de la Región aprobaron la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, con la intención de orientar la acción colectiva de los actores nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de la población. En la Agenda se definen áreas de acción en las que figura la salud mental de forma explícita e implícita.

En 2021, los 194 Estados Miembros de la OMS, entre ellos Bolivia, han suscrito el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. El Plan insiste en adoptar un enfoque que abarque toda la vida y en aplicar medidas para promover la salud mental y el bienestar de todos, prevenir los problemas de salud mental entre las personas de riesgo y garantizar la cobertura universal de la atención a la salud mental.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

3. NORMATIVA INTERNACIONAL.

La salud es un derecho humano, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) en el ARTÍCULO 25: se reconoce y respalda; "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios."

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC (1966) reconoce el derecho de toda persona al disfrute de la salud física y mental. Además, este derecho también se reconoce en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, ICERD (1965), la Declaración de los Derechos de las Personas con Retraso Mental, proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 2856 en 1971, la Declaración de los Derechos de los Impedidos, proclamada por la Asamblea General de la ONU en su resolución 3447 de 1975.

Cabe mencionar: la Declaración de los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la 75ª Plenaria de la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. La Agenda de Salud de las Américas 2008 – 2017, Declaración de Ministros y Secretarios de Salud, en el marco de sus metas, establece la disminución de las desigualdades en materia de salud entre los Países y las Inequidades al interior de los mismos, en la que incluye el acceso universal a los servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, así como la reducción de riesgos y carga de enfermedades, teniendo el deber cada país, por tanto, Bolivia de *"formular o actualizar políticas que incluyan la extensión y programas de servicios de salud mental"*.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de la 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) instan a los Estados a que incluyan a la Salud Mental como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud, y a que promuevan el acceso universal y equitativo a la atención de Salud Mental para toda la población, a través del fortalecimiento de los servicios, en el marco de los sistemas basados en la atención primaria de salud, y las redes integradas de servicios y continúen las actividades para eliminar el modelo antiguo centrado en hospitales psiquiátricos.

El Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) insta a fortalecer el compromiso de los gobiernos, los organismos internacionales y otros interesados directos, a fin de aumentar la asignación de recursos financieros y humanos para la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) y lograr una cobertura mucho mayor.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

4. NORMATIVA NACIONAL.

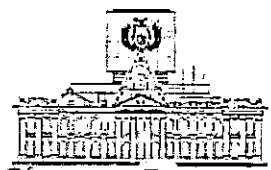
El Estado Plurinacional de Bolivia, tiene la obligación indeclinable de garantizar el derecho a la salud.

En la Constitución Política del Estado, los ARTÍCULOS 13 y 14 respaldan las normas internacionales para la protección de los derechos humanos. Además, el ARTÍCULO 18 indica que *Todas las personas tienen derecho a la salud. II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.* El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

En Bolivia actualmente no existe una política específica sobre Salud Mental; solo se encuentran desarrolladas leyes generales como la Ley 1152, del Sistema Único de Salud Bolivia (2021) que establece un servicio médico gratuito y universal que beneficiará a TODAS las personas que no están protegidas por la seguridad social de corto plazo, cuyo Principio 2 de Equidad signa esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades que en forma directa promueven la protección en salud mental y reducen las brechas para su acceso inequitativo. La Salud Mental, está incluida en el concepto de atención INTEGRAL, gratuita y universal.

Y también forman parte de la normativa nacional leyes específicas que establecen importantes tópicos de Salud Mental. Estas son: la Ley 259 "Control del Expendio y Consumo de Bebidas Alcohólicas" (2012), que está referida a la prevención del consumo; Ley 913 "De Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Sustancias Controladas" (2017), por otro lado tenemos la Ley 223 "General para Personas con Discapacidad" (2014) y el Decreto 4024 también referido a esta población, que incluye a la discapacidad psíquica.

Otras leyes dirigidas a poblaciones y circunstancias específicas de la Salud Mental son la Ley 548 "Código Niña, Niño y Adolescente" (2014); la Ley 348 "Ley integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia" de 2013; la Ley 443 "Ley Integral contra de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes contra la Violencia Sexual" (2013); la Ley 045 "Contra el Racismo y toda forma de Discriminación" (2010); la Ley 263 "Contra la Trata y Tráfico de Personas" (2012); la Ley 4034 "Implementación de Centros de Apoyo Efectivo para las Personas que padecen la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias" (2009); el marco de la Norma Nacional de la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y Red de Servicios (SAFCI) (2008). Por último, la normativa que establece las atribuciones, obligaciones y derechos de profesionales médicos Ley 3131 "Ejercicio Profesional Médico" (2005).



CÁMARA DE DIPUTADOS





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

5. SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN BOLIVIA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES (2021) Y OTROS.

Existe poca información sobre la situación de Salud Mental en Bolivia. El Ministerio de Salud y Deportes con el apoyo de la OPS/OMS presentó el 2022 un estudio denominado "Estado de Situación sobre Salud Mental y Adicciones". Dentro de los resultados se destaca:

En lo referido a la organización y marcos de planificación y derechos, prevalece la falta de peso de la Salud Mental como política nacional y departamental que provoca que no haya una jefatura o una dirección responsable.

En el apartado de legislación encontramos que no hay una norma nacional ni departamental que dé el sustento a las acciones en salud mental.

No existe una planificación de líneas de trabajo y acciones a nivel departamental en salud mental, esto también favorece la improvisación de las acciones que se desarrollan de modo desordenado y sin una coherencia para tener un mayor impacto en la sociedad. Es importante agregar que recientemente en el Departamento de Cochabamba el año 2022 y Chuquisaca en 2023, se han conformado Comités Departamentales de Salud Mental. En Cochabamba se ha elaborado el Plan Departamental de Salud Mental y en Chuquisaca está en proceso de elaboración.

En cuanto al financiamiento, al momento de la recolección de datos, solo el departamento de Santa Cruz contaba con presupuesto destinado a un Programa de Salud Mental. Por otro lado, los departamentos de La Paz, Cochabamba y Potosí, tenían recursos destinados exclusivamente a los hospitales psiquiátricos y unidad psiquiátrica específica.

Los recursos humanos en salud mental son una pieza clave en todo el sistema de prevención y tratamiento, se cuenta con datos de los departamentos de Cochabamba, La Paz y Santa Cruz los cuales muestran que existen entre 0.81 y 1.9 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y entre 0.3 y 1.1 psicólogos por cada 100.000 habitantes, ambos promedios debajo de las medianas regionales y recomendaciones mundiales (5 psiquiatras por 100.000 habitantes).

Acercas de los establecimientos de Salud Mental, se identifica que la atención ambulatoria está centralizada en las capitales de los departamentos y con escaso enfoque comunitario. Existen solo dos hospitales generales en todo el país que cuentan con servicio de hospitalización psiquiátrica, ubicado uno en la ciudad de La Paz y otro en la ciudad de Potosí, además solo se tiene un dispositivo de tipo Centro de Día para personas con trastornos mentales y está ubicado en Cochabamba, sin embargo, no pertenece al sistema público de salud. No se cuenta con ninguna Unidad Forense de atención psiquiátrica.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

A pesar de existir asociaciones de personas con trastornos mentales y de sus familias, éstas están poco ligadas al sistema de salud en general y a la toma de decisiones en Salud Mental.

La medicina tradicional y Salud Mental tiene un rol importante en Bolivia porque conviven modelos académicos con modelos tradicionales, que tienen mucha vigencia entre la población. Según los datos aportados por dos departamentos (Santa Cruz y Cochabamba) hasta un 60 % de la población puede estar usando la medicina tradicional para diferentes dolencias. Es una realidad muy importante a tomar en cuenta.

Una publicación reciente del año 2018 de la Organización Panamericana de Salud (OPS), en su informe referido a Bolivia, señala:
«Los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 14% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 33% de todos los años vividos con discapacidad (AVD)».

La mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2,8% del gasto total destinado a la salud. Los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0,5% de su presupuesto de salud en los servicios de Salud Mental, y los países de ingresos altos 5,1%. El gasto es del 0,2% en Bolivia.

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), nos presenta unos datos muy importantes referidos a la situación de la salud mental de los establecimientos de salud en los últimos 5 años (2018 a 2022) en Bolivia:

El número total de casos de trastornos mentales notificados por los servicios de salud es de 69.303; siendo 38.995 mujeres y 30.308 varones. Los trastornos notificados fueron episodios depresivos, ansiedad, psicosis, epilepsia, trastornos de conducta y por consumo de sustancias psicotropas.

Los casos se han incrementado desde el 2018, cuando se registraron 60.720 al 2021, año en que se reportaron 69.019.

El tercer estudio nacional de "Prevalencias y Características del Consumo de Drogas en Capitales de Departamento y El Alto", realizado en 2018 por el Observatorio Boliviano de Seguridad Ciudadana y Lucha contra las Drogas, muestran que la sustancia de mayor consumo tanto en la prevalencia de vida anual y mensual es el alcohol, seguido del tabaco, muy por debajo están los estimulantes. La prevalencia mensual de consumo de alcohol es del 22,7%; tabaco 11,9%, tranquilizantes 1,6% y estimulantes 0,17%.

La misma fuente reporta que el consumo de cannabis tiene mayor prevalencia mensual 0,71%, que la cocaína 0,08%, éxtasis 0,01% y sustancias volátiles inhalables 0,05%.

Los problemas por uso de sustancias se encuentran asociados con frecuencia a trastornos depresivos y de ansiedad.

Según los datos de prevalencia de la *violencia* contra las mujeres, realizada por el INE en 2018, en mujeres mayores de 15 años: el 88% de las mujeres separadas, divorciadas y viudas, sufrieron algún tipo de violencia por parte de sus ex parejas;





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

74,7% de mujeres casadas o en unión libre, vivieron en alguna situación de violencia; el 52% de las mujeres solteras también sufrieron violencia por parte de su ex enamorado o ex pareja.

En 2021, la Fiscalía General del Estado reportó 46 infanticidios en el país y 34.893 casos de violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres; es decir, 95 casos de violencia al día. Y el año 2022, Bolivia reportó 51.911 casos de violencia contra mujeres, niñas, niños y adolescentes, más de 17.000 con respecto a los registrados el año anterior.

Las estadísticas del Ministerio Público reflejan una tendencia en el incremento de denuncias de violencia sexual a niñas, niños y adolescente. En 2021 se reportaron 3.643 casos. En 2022 se reportaron 4.566 casos y en el primer semestre de 2023 ya van 2.062 casos reportados. (Datos presentados en el *Pronunciamiento Defensoría del Pueblo*, 09/08/23)

Respecto a la *discapacidad psíquica*, el número de personas registradas del 2007 al 2020 son 94.584.

Instituciones e investigadores internacionales, en base a la recopilación de datos y análisis de los pocos estudios publicados en el país, aportan con información sobre la Salud Mental en Bolivia: la OPS en el Perfil del País Bolivia (2020) indica que los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio (MNSS) causan el 14% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y el 33% de todos los años vividos con discapacidad. (AVD). Los tres trastornos principales en términos de años de vida ajustados por discapacidad representan del 35 al 50% de la carga total de trastornos MNSS; no siendo igual en hombres y mujeres; mientras los hombres se ven afectados principalmente por trastornos por consumo de alcohol, dolores de cabeza y el trastorno de dolor persistente somatomorfo, las mujeres se ven afectadas principalmente por trastornos por dolor de cabeza, ansiedad y depresión.

Concluye que "son necesarias: a) Plataformas de referencia y/o supervisión que permiten un tratamiento continuo en la comunidad, b) Servicios de emergencia, hospitalizados y residenciales para el manejo de situaciones agudas de alto riesgo y pacientes con altas necesidades. Estos servicios deben estar basados en la comunidad tanto como sea posible, incluso para el manejo de crisis, el tratamiento hospitalario en hospitales generales, viviendas con apoyo y servicios residenciales" El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) en su página sobre la Carga Global de Enfermedades (GBD) reportó el 2015 que el trastorno depresivo fue identificado como la primera causa de años vida vividos con discapacidad (AVD) en Bolivia. Santomauro, D.F. y col. (2022) señalan que los trastornos depresivos y de ansiedad que eran una de las principales causas de carga global, se acrecentaron durante la pandemia por COVID-19, situando a Bolivia entre los países donde más se incrementaron. Caqueo-Urizar, A. y col. (2019) encontraron que la calidad de vida, de las personas con Esquizofrenia, en Bolivia es menor que en los países





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

vecinos y se correlaciona con el presupuesto que los países destinan al tratamiento de los trastornos mentales.

Los datos mencionados muestran la imperiosa necesidad de una reforma en los servicios de salud y de acciones de promoción y prevención en Salud Mental.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

PROYECTO LEY BOLIVIANA DE SALUD MENTAL

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1º. (OBJETO). La presente ley tiene por objeto implementar el sistema de protección y promoción integral e integrada en salud mental para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud de las personas.

ARTÍCULO 2º. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente ley se aplicará en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia y es de cumplimiento obligatorio por todos los órganos del Estado, así como por las instituciones públicas, privadas de todos los niveles de Gobierno.

Las autoridades de todos los niveles de Gobierno deberán actuar conforme a los principios y derechos establecidos en esta Ley, en un marco de respeto a los derechos de las personas con trastornos mentales y/o discapacidad psíquica reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado sea parte.

ARTÍCULO 3º. (FINES). Constituyen fines de la presente Ley, los siguientes:

1. Garantizar el goce pleno del Derecho a la salud mental de todas las personas en condiciones de igualdad, equidad, promoviendo el respeto a su dignidad.
2. Promover, garantizar el ejercicio del derecho a la Salud Mental de la sociedad, en condiciones de igualdad y equidad para el cumplimiento de los derechos humanos y libertades fundamentales;
3. Establecer prioritariamente políticas públicas, estrategias sociales y educativas destinadas a la promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos mentales;
4. Garantizar el acceso irrestricto y universal de las personas con trastornos mentales, incluidos los relacionados con el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, a todos los servicios del Sistema Único de Salud (SUS);
5. Reestructurar progresivamente las Instituciones Psiquiátricas y Centros de Salud Mental, con la finalidad de prevenir la hospitalización indefinida de personas con trastorno mental;
6. Establecer programas de inclusión socio laboral de las personas con discapacidad psíquica, en todas las entidades públicas del Estado, en sus niveles Central, Departamental, Regional, Municipal e Indígena Originario Campesino y en las instituciones privadas;





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

7. Promover programas destinados a mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades afectadas en su salud mental, promoviendo el ejercicio de los derechos humanos, desde un enfoque inclusivo, comunitario y participativo;
8. Establecer políticas específicas, para los diferentes grupos etarios, vulnerables en sus derechos, como las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, adultos mayores, personas privadas de libertad e indígenas en el campo de la salud mental;
9. Implementar la prestación de servicios de Salud Mental integral e integrada desde la atención de salud en el primer, segundo y tercer nivel de atención;
10. Socializar e involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios en los programas e iniciativas en materia de Salud mental que desarrolla el Estado en todo el país;
11. Promover, fortalecer y fomentar el Talento Humano para la adecuada formación de profesionales en Salud Mental;
12. Prevenir y eliminar todo trato que limite el acceso de las personas a los servicios de Salud Mental.

ARTÍCULO 4º. (DEFINICIONES). Para la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Salud Mental. - Es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Trastorno mental. - Es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación de las emociones o el comportamiento de una persona, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental; afectando su bienestar en intensidades variables y en forma transitoria o permanente. Los trastornos mentales a que se refiere la presente ley se encuentran contemplados en las clasificaciones internacionales vigentes.

Personas con discapacidad mental o psíquica. - Son personas que padecen deficiencias o limitaciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que se traducen en trastornos del razonamiento, de la personalidad, del comportamiento, del juicio y comprensión de la realidad, que en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás.

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas o psicótropas. - Son diversos trastornos mentales debido al uso problemático de una sustancia psicótropa como alcohol, tabaco, opioides, cannabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos y otras con propiedades psicoactivas. La persona consume intensamente a pesar de las consecuencias dañinas. Incluye: Intoxicación Aguda, Síndrome de Dependencia,





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Consumo Perjudicial, Síndrome de Abstinencia, Trastorno Psicótico inducido por sustancias y Síndrome Amnésico.

Promoción de la Salud Mental. - Es una estrategia intersectorial que consiste en la realización de acciones que crean entornos y condiciones de vida que propician la Salud Mental y permiten a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. El respeto y protección de los derechos humanos básicos es fundamental para la promoción de la salud mental.

Prevención de los Trastornos Mentales. - Es una estrategia intersectorial cuyo objetivo es reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos de Salud Mental, interviniendo en los determinantes sociales, para disminuir el impacto en la persona, en su familia y en la comunidad.

Atención en Salud Mental. - Es toda acción realizada con enfoque interdisciplinario, por el equipo de profesionales formados en psiquiatría, psicología, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y otras profesiones relacionadas según corresponda, buscando la restitución de la Salud Mental de la persona, su familia y comunidad.

Hospitalización/Internación. - Es un recurso terapéutico que busca proteger la libertad, autonomía y dignidad de la persona con trastorno mental, que consiste en su admisión como paciente en un hospital u otro establecimiento o centro de Salud Mental, por lo menos una noche, y sólo puede realizarse cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones que podrían realizarse en el ámbito familiar y comunitario.

Cuando se establece este recurso, debe buscar la recuperación en el menor tiempo posible, para el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación con sus familiares, entorno laboral y social, garantizando su atención integral.

Recuperación de la Salud Mental. - Significa volver a tener el control activo sobre la propia vida, siendo éste un proceso por el cual la persona afectada de un trastorno mental, mejora su calidad de vida y se esfuerza por alcanzar su máximo potencial, pese a que en algunos casos pueda continuar la existencia de los síntomas.

Medicina Tradicional. - La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana comprende todos aquellos conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales de los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrobolivianos basados en la utilización de recursos materiales y espirituales que ayudan a combatir las enfermedades.

Equipos de Salud Mental. - Equipos constituidos por profesionales especializados en Salud Mental y en el abordaje de los trastornos mentales: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras y terapeutas ocupacionales, que desde diversas perspectivas abordan la complejidad biopsicosocial de la Salud Mental y disponen de una amplia gama de habilidades de intervención. Además, la horizontalidad en las relaciones profesionales, favorece la complementariedad e integralidad.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Protagonismo y participación. - Se refiere al proceso por el cual las personas, organizaciones y comunidades adquieren o mejoran su capacidad de control sobre sus vidas y circunstancias.

Desarrollo Inclusivo Basado en la Comunidad. Diseño e implementación de acciones y políticas en su propia comunidad para el desarrollo socio económico y humano que procuran la igualdad de oportunidades y derechos para todas las personas, independientemente de su condición social género, edad, condición física, intelectual, sensorial, mental, psíquica, cultura, religión, opción sexual en equilibrio con su medio ambiente.

ARTÍCULO 5º. (PRINCIPIOS). La presente ley, en concordancia con los convenios internacionales y la Constitución Política del Estado, se rige por los siguientes principios:

Vivir bien. Es la condición y desarrollo de una vida: íntegra material, emocional, espiritual y física, en armonía consigo misma, el entorno familiar, social y la naturaleza.

Igualdad. El Estado garantiza la igualdad real y efectiva a todos los miembros de la sociedad precautelando el respeto y la tutela de los derechos, eliminando toda forma de distinción o discriminación, por diferencias de sexo, culturales, económicas, físicas, sociales o de cualquier otra índole.

No Discriminación. No se anula o afecta el reconocimiento, goce o ejercicio pleno de los derechos en base a cualquier forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia, fundada en razón de su situación de persona que se encuentre atravesando un trastorno mental.

Participación Comunitaria. Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud mental, en los diferentes niveles de gestión de acuerdo a los intereses colectivos.

Inclusión Social y Comunitaria. Todas las personas participan plena y efectivamente en la sociedad sea cual fuera su estado de salud mental, en igualdad de oportunidades, en los ámbitos: económico, político, cultural, social, comunitario, educativo, deportivo y recreacional.

Trato Digno. Las personas con discapacidad psíquica reciben un trato prioritario, digno y preferencial, con respeto calidad y calidez.

ARTÍCULO 6º. (ESTRATEGIAS). Todos los niveles de Gobierno están obligados a la implementación de programas según sus competencias aplicando las siguientes estrategias:

Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

salud mental en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

Interculturalidad. Es el proceso de articulación y complementariedad entre diferentes saberes, conocimientos y prácticas medicinales tradicionales y académicas de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afrobolivianos, a partir de la aceptación, acciones y servicios que asumen recíprocamente las lógicas culturales en salud mental.

Intraculturalidad. Recupera, fortalece, y revitaliza la identidad cultural de los pueblos y naciones indígena originario campesinos y afrobolivianos, en el proceso salud – enfermedad de la persona, familia y comunidad.

Integralidad. Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza, el mundo espiritual y ancestral; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

ARTÍCULO 7º. (DERECHOS RESPECTO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES).

Todos los ciudadanos bolivianos son titulares de los siguientes Derechos en el marco de la promoción de la salud mental:

1. A contar con los medios y recursos para construir estilos de vida saludable, que le permitan cuidar su Salud Mental y la de su familia, así como establecer relaciones saludables con otros grupos sociales como el escolar, laboral y comunitario en general;
2. A recibir y promover información en salud mental, compartir saberes y experiencias, expresar su forma de ver y sentir su entorno en la cotidianidad y la realidad social en la cual se desarrolla;
3. Al desarrollo de la inteligencia y la creatividad, para llevar adelante iniciativas individuales y colectivas, encaminadas a contribuir al logro del bienestar de la comunidad;
4. A la participación social en salud, para promover la equidad en salud mental, lo que implica empoderamiento de las personas para convertirse en protagonistas del fomento y cuidado de su propia salud mental y de su comunidad;
5. Al desarrollo máximo de sus capacidades mentales para afrontar los desafíos a lo largo de las etapas de la vida;





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

6. A la participación de planes, programas y políticas de prevención de los trastornos mentales enmarcados en una estrategia multisectorial.

ARTÍCULO 8º. (DERECHOS A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL). Son derechos de las personas en atención en Salud Mental y/o con trastorno mental o discapacidad mental o psíquica:

1. A recibir atención en salud mental de forma integral, integrada y humanizada por el equipo de profesionales y los servicios especializados en salud mental;
2. A recibir tratamientos que respeten su dignidad, identidad y derechos;
3. A vivir, trabajar y convivir en su comunidad, con el goce y ejercicio pleno de sus derechos;
4. A recibir información clara, oportuna, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, pronóstico, propósito, método, duración, beneficios esperados y efectos secundarios), para otorgar su consentimiento al tratamiento a seguir;
5. A recibir una atención especializada, interdisciplinaria y los tratamientos de acuerdo con los avances científicos en salud mental, desde el primer nivel de atención hasta el tercer o cuarto nivel de atención;
6. A la atención y cuidado en el ambiente familiar y comunitario evitando su abandono;
7. A un tratamiento integral, para lograr la recuperación de su Salud Mental a fin de asegurar su bienestar y calidad de vida;
8. A recibir psicoeducación a nivel individual, familiar y de pareja sobre su trastorno mental y formas de autocuidado;
9. A la libertad de comunicación, que incluye libertad de comunicarse con otras personas dentro y fuera de los servicios en los que recibe atención;
10. A recibir capacitación laboral, de acuerdo con la recomendación del equipo interdisciplinario;
11. A no ser estigmatizado ni discriminado, por su condición de persona sujeto de atención en salud mental. La terminología inapropiada, estigmatizante y obsoleta que será eliminada y reemplazada por terminología científica y un lenguaje apropiado;
12. A recibir o rechazar ayuda espiritual de acuerdo a su cosmovisión.
13. A acceder al sistema educativo, y no ser excluido por causa de problemas de salud mental;
14. A recibir de forma gratuita, los medicamentos necesarios para su tratamiento, estabilización y rehabilitación de su salud mental en el sistema público de salud;
15. A recibir la información suficiente para otorgar el consentimiento del tratamiento a recibir.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

16. A participar en ensayos clínicos y/o tratamientos experimentales, con el consentimiento personal y/o legal correspondiente;
17. A la confidencialidad de la información relacionada con su proceso de atención;
18. Al acceso a su expediente clínico de acuerdo a ley;
19. A la reintegración familiar y comunitaria;
20. A la atención especializada gratuita en salud mental en el sistema público de salud, con dignidad de manera oportuna en todas las etapas de su vida;
21. A la prioridad y trato preferencial en el acceso a primeros auxilios de atención en salud mental, en situaciones de emergencias (catástrofes, desastres, etc.);
22. A que su entorno familiar reciba el apoyo necesario mediante programas gubernamentales, dirigido a mejorar su calidad de vida;
23. A tener acceso a espacios de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica, de acuerdo con su voluntad y preferencias;
24. A ser acompañado antes, durante y luego de un tratamiento por sus familiares, otros allegados o por quien designe;
25. A ser asistido por su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, con facultad de acceder a los registros de sus tratamientos, exámenes, pruebas e informes médicos, psicológicos y sociales realizados;
26. A la supervisión periódica de su tratamiento o internación prolongada.

ARTÍCULO 9. (GARANTÍA DE NO PRESUNCIÓN DE RIESGO DE DAÑO). La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede ser establecido por autoridad competente previo proceso a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

ARTÍCULO 10º. (SOCIALIZACIÓN). Para garantizar la difusión y socialización de la presente ley se deberán tomar las siguientes medidas administrativas:

1. El Ministerio de Comunicación deberá promover campañas de información por medios de comunicación;
2. Las Universidades públicas y privadas deberán organizar al menos una campaña semestral a través de sus carreras de medicina, enfermería y otros;
3. Los Gobiernos Autónomos e instituciones de salud deberán exhibir señalética informativa sobre los derechos establecidos en la presente ley;
4. Todos los institutos de formación técnica organizarán y promoverán una campaña anual con sus carreras de ciencias de la Salud.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

CAPÍTULO II
MARCO INSTITUCIONAL

ARTÍCULO 11°. (ENTE RECTOR). I. El Ministerio de Salud, en el marco de sus competencias y atribuciones es el Ente Rector responsable de la coordinación, articulación y vigilancia de la aplicación y efectivo cumplimiento de la presente Ley. El Ministerio creará una instancia técnica establecida como Unidad Nacional de Salud Mental;

II. El Ministerio de Salud impulsará la implementación de las acciones siguiendo el Modelo de Salud Mental Comunitario, con previsión de los recursos necesarios para su ejecución, en coordinación con los Gobiernos Departamentales y Municipales;

III. Los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales a través de las Secretarías de Salud o Instancias Técnicas, asignarán recursos necesarios para establecer el Modelo de Salud Mental Comunitario;

IV. Comprende a este Modelo la atención integral e integrada en Salud Mental, la promoción, prevención, rehabilitación, reinserción comunitaria e investigación, a través de intervenciones interdisciplinarias.

ARTÍCULO 12°. (CONSEJOS Y COMITÉS).

I. Se creará el Consejo Nacional de Salud Mental que estará conformado por el Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Educación, Ministerios de Culturas, Ministerio de Gobierno, Ministerio de Justicia, Ministerio de Planificación, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Ministerio de la Presidencia, Universidades Públicas, Colegios Nacionales y Sociedades Científicas relacionadas con la Salud Mental, Representantes Nacionales de Organizaciones de Familiares y de Personas con Discapacidad Psíquica.

Este Consejo tendrá la atribución de definir políticas nacionales de Salud Mental y supervisar el cumplimiento de las mismas.

II. Los Consejos Departamentales estarán conformados por los Gobiernos Autónomos Departamentales por medio de las Secretarías de Salud o Instancias Técnicas de Salud y otras Secretarías referidas al área Social, Representantes de las facultades de Medicina y Psicología de las Universidades Públicas, Colegios y Sociedades Científicas de Profesionales de Salud Mental, Representantes Departamentales de Organizaciones de Familiares y de Personas con Discapacidad Psíquica e Instituciones Privadas que trabajan en Salud Mental.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Este Consejo tendrá la atribución de definir políticas, planes y programas departamentales de Salud Mental y supervisar el cumplimiento de las mismas enmarcadas en el Plan Nacional y Departamental de Salud Mental.

III. Los Comités Municipales de Salud Mental, estarán conformados por Secretarías Municipales de Salud y Deportes o Instancias Técnicas en Salud, Defensorías de la Niñez y Adolescencia, Defensoría del Adulto Mayor, Servicios Legales Integrales, Organizaciones Comunitarias y Representantes acreditados de Medicina Tradicional Ancestral y otras Organizaciones o Instituciones que trabajan en Salud Mental.

Este Comité tendrá la atribución de definir políticas, planes y programas municipales de Salud Mental enmarcadas en el Plan Departamental de Salud Mental y supervisar el cumplimiento de las mismas.

CAPÍTULO III

MODELO DE SALUD MENTAL DEL ESTADO PLURINACIONAL

ARTÍCULO 13º. (MODELO DE SALUD MENTAL). El Estado Plurinacional de manera multisectorial, coordinará, desarrollará y ejecutará acciones de promoción, prevención, atención, recuperación e investigación en Salud Mental, en concordancia con la política nacional de Salud vigente.

El modelo de Salud Mental se organizará en base a tres componentes:

- 1) Salud Mental en la atención general de salud;
- 2) Servicios comunitarios de Salud Mental;
- 3) La Salud Mental más allá del sector salud.

ARTÍCULO 14º. (RED DE SALUD MENTAL). Todas las instancias que son parte del Modelo de Salud Mental, deberán realizar acciones coordinadas de promoción de la Salud Mental, prevención, atención, recuperación e investigación en Salud Mental, en el marco de sus respectivas competencias, atribuciones, funciones y capacidades.

Todas las instancias mencionadas en este modelo de Salud Mental, contarán con un mecanismo de Referencia y Contrarreferencia que facilite el acceso de los usuarios a los servicios establecidos y garantice la continuidad de la Promoción, Prevención, Atención y Recuperación.

ARTÍCULO 15º. (ALCANCE). Las acciones por realizar deberán incluirse en los planes Nacionales, Departamentales, Regionales, Municipales y Comunitarios,





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

garantizando el alcance a todos los ciudadanos y ciudadanas a fin de mejorar su calidad de vida.

CAPÍTULO IV

SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN GENERAL DE SALUD

ARTÍCULO 16º. (SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN GENERAL DE SALUD).

En el sector salud, el Ministerio de Salud será responsable de la integración de la Salud Mental en todos los niveles de atención, con un abordaje interdisciplinario, integral y participativo:

- I. En los establecimientos de primer nivel, se capacitará continuamente al personal de salud, para que integre las acciones de Salud Mental en el trabajo que le sea asignado;
- II. En los establecimientos de segundo nivel se implementará el equipo de Salud Mental conformado por profesionales especializados (Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras y Trabajadoras Sociales) y se dispondrá de camas para la hospitalización en casos de emergencias psiquiátricas;
- III. En los establecimientos de tercer nivel, se creará una Unidad de Salud Mental, en un área específica para la hospitalización de pacientes con trastornos psiquiátricos en fase aguda por el tiempo estrictamente necesario. Será atendida por profesionales especializados (Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales y Terapeutas ocupacionales);
- IV. La atención se realizará preferentemente de manera ambulatoria conservando el vínculo de el/la paciente con su entorno familiar y comunitario. La hospitalización será un recurso terapéutico que estará indicado en situaciones de emergencia y cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria;
- V. El Ministerio de Salud establecerá un Instituto Nacional de Psiquiatría y Salud Mental de Alta Especialidad (cuarto nivel de atención) referente Nacional con enfoque principal en investigación y formación profesional, y además para la atención de corta estancia de pacientes con trastornos mentales complejos, que representen retos en cuanto al diagnóstico y/o tratamiento.

ARTÍCULO 17º. (COMPETENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN DEL TRATAMIENTO). La determinación de la existencia de un problema de salud mental





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

y el diagnóstico médico del trastorno mental es competencia del médico psiquiatra. La determinación del diagnóstico psicológico, serán responsabilidad de un psicólogo clínico o en su caso un psicólogo general. El diagnóstico social deberá estar a cargo de un trabajador social.

Si el establecimiento de salud no cuenta con un médico psiquiatra, el médico general o de otra especialidad estará facultado para plantear una impresión diagnóstica y solicitar la interconsulta con el especialista.

El diagnóstico de salud mental no se determinará en función del estatus político, económico o social, o pertenencia a un grupo cultural, étnico, racial o religioso, o por cualquier otro motivo que no sea directamente relevante para el estado de salud mental de la persona.

La indicación de hospitalización del paciente y la prescripción de tratamiento farmacológico es competencia del médico psiquiatra.

ARTÍCULO 18º. (CIRCUNSTANCIAS DE INTERNACIÓN). Todas las internaciones serán por indicación del médico psiquiatra.

- Voluntaria, si la persona acepta la indicación del profesional, que deberá constar en el Consentimiento informado según la norma boliviana.
- Involuntaria, en casos en los cuales su condición mental no le permita tomar decisiones respecto a su salud, con el objetivo de evitar que se haga daño a sí mismo o haga daño a otras personas, según las permisiones establecidas en la norma boliviana.

ARTÍCULO 19º. (ALTAS HOSPITALARIAS). El alta hospitalaria, será competencia del médico tratante designado al caso, en coordinación con el equipo interdisciplinario.

El alta solicitada no será viable cuando la patología diagnosticada no represente un riesgo para el paciente o para terceros.

ARTÍCULO 20º. (CONSENTIMIENTO INFORMADO). En concordancia a lo establecido en la Ley 3131 y la Resolución Ministerial 0090 del 26 de febrero del 2008, todos los establecimientos de salud que prestan atención en Salud Mental públicos o privados, están obligados a informar al paciente y su familia, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, sobre su diagnóstico, así como, sobre los objetivos, los posibles beneficios, riesgos y las alternativas del tratamiento, para asegurar que la atención se proporcione sobre la base del consentimiento libre e informado.

El consentimiento informado se otorgará sin amenaza, coerción, influencia indebida, engaño, fraude, manipulación o seguridad falsa.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, error o violencia, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar será sancionada por las instancias correspondientes.

El consentimiento libre e informado de la persona no puede ser sustituido por un tercero, salvo cuando su juicio de realidad o su nivel de conciencia estén seriamente afectados, según se establece en la Norma Boliviana de Consentimiento Informado.

ARTÍCULO 21º. (HOSPITALIZACIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES).

- I. La hospitalización de niñas, niños y adolescentes es una medida excepcional, y sólo si fuera estrictamente necesaria se deberá realizar en unidades médicas exclusivas para este grupo etario.
- II. La hospitalización sólo podrá ser indicada por médico psiquiatra velando el interés superior del niño, niña o adolescente, y en caso de desacuerdo o negativa de la familia o tutores, podrá realizarse con la valoración de dos médicos especialistas, que avalen la gravedad del trastorno y la necesidad de tratamiento e internación temporal. En estos casos se deberá notificar de la internación a la autoridad competente.
- III. Se deberá permitir el acompañamiento de sus familiares, si el equipo terapéutico (psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo y trabajador social) lo considera conveniente. En concordancia con el Código Niña, Niño y Adolescente.
- IV. Se adoptarán procedimientos y criterios para brindar orientación a los trabajadores de la salud, sobre el respeto al interés superior del niño, niña o adolescente, y la obligación de tomar en cuenta sus opiniones en el área de atención en salud mental.

ARTÍCULO 22º. (HOSPITALIZACIÓN DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ABANDONO).

- I. La hospitalización de personas en situación de abandono es una medida excepcional, y sólo si fuera estrictamente necesaria, debe ser indicada por médico psiquiatra que avale la gravedad del trastorno y la necesidad de tratamiento e internación temporal.
- II. Una vez controlado el cuadro agudo, el responsable del establecimiento de salud, en coordinación con las instancias de defensa y protección de derechos, realizarán la búsqueda de los familiares de la persona atendida. En caso de que no se ubique a sus familiares, dichas personas serán trasladadas a centros de acogida, como estipula el ARTÍCULO 16 de la Ley 223.

ARTÍCULO 23º. (PRESCRIPCIÓN Y DISPONIBILIDAD DE PSICOFÁRMACOS).

El Estado a través de sus entidades competentes debe asegurar que los





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

establecimientos de salud de primer nivel cuenten con psicofármacos esenciales, y el segundo y tercer nivel que cuentan con atención en psiquiatría, dispongan de forma permanente de los psicofármacos del vademécum de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales (LINAME).

El LINAME deberá revisar y actualizar periódicamente la lista de psicofármacos, de acuerdo con las necesidades emergentes de la población y en concordancia con los avances científicos, para garantizar las mejores opciones de tratamiento para la población.

La prescripción de psicofármacos se regula por las normas técnicas y éticas que rigen la actividad médica y requiere consentimiento informado.

La indicación y renovación de la prescripción de psicofármacos sólo podrá realizarse en base a las valoraciones médicas y nunca de forma automática.

ARTÍCULO 24º. (COMPLEMENTARIEDAD CON LA MEDICINA TRADICIONAL).

En concordancia con el ARTÍCULO 35 de la Constitución Política del Estado, que señala: el sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos. Se propiciará alianzas estratégicas para efectivizar la complementariedad y articulación entre las intervenciones de la medicina académica en salud mental con las prácticas de la medicina tradicional, identificando los mejores escenarios de complementariedad, asegurando la idoneidad de los médicos tradicionales, en concordancia con la Ley 459-“Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana”

ARTÍCULO 25º. (SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL).

Los servicios especializados, como los hospitales psiquiátricos, Establecimientos y/o Programas de atención de personas con dependencia a sustancias, Centros de apoyo para personas que padecen enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Programas de atención a personas que padecen trastornos de alimentación, tanto estatales como privados, se integrarán a este componente del Modelo vigente, debiendo asumir las disposiciones legales establecidas en la presente Ley.

ARTÍCULO 26º. (FUNCIONAMIENTO). El Ministerio de Salud deberá reglamentar el funcionamiento de los Servicios Especializados en Salud Mental.

La dirección y gestión de los servicios especializados en Salud Mental, deberá estar a cargo de médicos especializados en psiquiatría u otros especialistas afines al área, con formación en Salud Pública.

ARTÍCULO 27º. (CONDICIONES DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL). Los servicios especializados de Salud Mental deben:

- I. Garantizar el respeto a la dignidad de las personas con trastornos mentales;
- II. Conservar y proteger los vínculos familiares y comunitarios de los usuarios.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

- III. Garantizar la confidencialidad de todos los datos registrados en el expediente clínico de los usuarios;
- IV. Disponer de ambientes lo menos restrictivos posible, que preserven la integridad física y psíquica de los usuarios;
- V. Las medidas de contención física serán utilizadas excepcionalmente, cuando exista alto riesgo para la integridad física del paciente o de terceros, y solo cuando no ha funcionado la contención verbal y está en curso la contención farmacológica;
- VI. Contar con profesionales especializados en salud mental en número suficiente, con registro en el Ministerio de Salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas) para proporcionar atención eficiente;
- VII. Disponer de los recursos económicos necesarios para atender de manera eficiente y oportuna a los usuarios;
- VIII. Cumplir con las normas nacionales de bioseguridad!

ARTÍCULO 28º (INTERNACIÓN POR TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS). El internamiento de la población usuaria en los centros de atención a personas con trastornos por uso de sustancias psicoactivas o psicótropas, como otro recurso terapéutico, deberá respetar lo dispuesto en los ARTÍCULOS 16, al 28 de la presente Ley.

ARTÍCULO 29º (CENTROS DE TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS). En concordancia a lo establecido en la Ley 913, en sus ARTÍCULOS 29, 30, 31 y 32, y la Ley 342 en su ARTÍCULO 41, numerales I y II se determina que:

- I. Los Gobiernos Departamentales y Municipales, establecerán programas de tratamiento y recuperación para personas con Trastornos por consumo de sustancias;
- II. Corresponderá a las Instancias Técnicas Departamentales de Salud, establecer reglamentos y protocolos para la apertura y funcionamiento así como direccionar y dar seguimiento a los centros o programas dedicados a la prevención, tratamiento, recuperación y reintegración de personas con Trastornos por Consumo de Sustancias;
- III. El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Gobierno, dispondrán los recursos ya establecidos por la Ley 913 en concordancia a los Artículos 45, 46 y 47.

ARTÍCULO 30º. (RESGUARDO Y SUPERVISIÓN DE DERECHOS). El Ministerio de Salud, en su calidad de Ente Rector a través de sus instancias técnicas:





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

supervisará el cumplimiento del respeto a los derechos de los usuarios atendidos en todos los servicios públicos y privados especializados en Salud Mental.

ARTÍCULO 31° (INTERNACIÓN Y ALTA HOSPITALARIA) La internación y alta hospitalaria únicamente puede ser determinada por el médico psiquiatra y mediante un informe fundado, deberá obtenerse el consentimiento informado de forma adecuada y según la norma boliviana.

ARTICULO 32° (INTERNACION INVOLUNTARIA) La internación involuntaria es una medida excepcional que sólo se podrá aplicar cuando se presenten las siguientes condiciones:

- Solo podrá ser determinado por un equipo médico especializado;
- Deberá existir una situación riesgosa real e inminente para el paciente o para terceros;
- Cuando no exista otro medio terapéutico menos restrictivo para brindar los cuidados más adecuados en el tratamiento del paciente;
- La internación debe tener una finalidad exclusivamente terapéutica;
- Se debe poner en consideración del paciente la situación. De no ser posible se deberá poner en consideración de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

Las altas solicitadas podrán ser negadas cuando se presenten las mismas condiciones.

ARTICULO 33° (CONTROL DE INTERNACIONES INVOLUNTARIAS)

La internación involuntaria deberá notificarse en un plazo de ocho horas ante la fiscalía en materia de violencia, defensoría del adulto mayor cuando se trate de un paciente adulto mayor, o a la defensoría de la niñez y adolescencia cuando sea un niña, niño o adolescente; quienes deberán elaborar informe y remitir ante la autoridad jurisdiccional para su autorización y control.

La persona internada involuntariamente tiene derecho a un abogado y si no lo tiene, el Estado debe asignarle un defensor de oficio.

ARTICULO 34° (PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE INTERNACIONES)

Toda medida de internación involuntaria, deberá ser autorizada por la autoridad jurisdiccional dentro las siguientes 48 horas de presentado el informe, considerando las siguientes condiciones:

- Evaluación, diagnóstico especializado por médicos psiquiatras y motivos que sustentan la internación involuntaria;





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

- b) información disponible sobre la identidad y el entorno familiar del paciente;
- c) Consentimiento informado del representante legal cuando corresponda según la norma boliviana del consentimiento informado.

ARTICULO 35° (INTERNACION INVOLUNTARIA PROLONGADA) Habiendo autorizado la internación involuntaria, la autoridad jurisdiccional deberá solicitar informes periódicos no mayores a 30 días, pudiendo disponer el alta en cualquier momento en que no se cumplan las condiciones antes señaladas. Si la internación se prolongara más allá de 60 días la autoridad designara un equipo diferente al que haya intervenido en la atención para una evaluación imparcial, en caso de diferencia de criterio optara por la opinión menos gravosa para el paciente. En caso de tratarse de pacientes niñas, niños o adolescentes, deberá ser conocido por los Juzgados de Niñez y Adolescencia.

CAPÍTULO V

SERVICIOS COMUNITARIOS EN SALUD MENTAL

Los servicios comunitarios en Salud Mental son dispositivos y/o servicios de acompañamiento para personas con problemas de Salud Mental o sus familiares fuera del ámbito hospitalario, promueven la descentralización de servicios con participación comunitaria organizada.

ARTÍCULO 36° (EQUIPOS MÓVILES DE SALUD MENTAL). El Ministerio de Salud a través de sus programas específicos en Salud Comunitaria, los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales por intermedio de las secretarías de salud, dispondrán de recursos humanos y económicos para la organización de equipos móviles de Salud Mental, integrados por profesionales de los tres niveles de atención, que se desplacen según la necesidad, a las comunidades para realizar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación en Salud Mental:

ARTÍCULO 37° (CENTROS Y EQUIPOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS). Los Gobiernos Autónomos Municipales establecerán e implementarán Centros y/o equipos de Salud Mental Comunitarios para reforzar los centros de salud de primer y segundo nivel los cuales brindarán servicios a los usuarios con Trastornos Mentales y/o Discapacidades psicosociales fuera de un entorno institucional, cerca del hogar de dichos usuarios, y serán parte de la Red General de Servicios de Salud. Se constituirán en parte fundamental de la organización y continuidad de las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación, disponiendo de los





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

recursos humanos y económicos suficientes para garantizar el funcionamiento de estos centros y equipos.

ARTÍCULO 38º. (VIVIENDAS APOYADAS). Son un recurso comunitario organizado y controlado que responde a diferentes necesidades de personas con trastornos mentales en situación de abandono, cuyo objetivo es propiciar la adquisición de habilidades necesarias para llevar una vida lo más autónoma e independiente, facilitar procesos de reinserción social y familiar y asegurar un nivel de calidad de vida digna.

Los Gobiernos Autónomos Municipales serán los encargados de implementar las Viviendas Apoyadas, y dotarán a cada vivienda de profesionales de Enfermería y/o acompañantes terapéuticos. Además, dotarán de un equipo móvil interdisciplinario, conformado por Médicos Psiquiatras, Médicos Generales, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, Fisioterapeutas y Terapeutas ocupacionales, que supervisarán y atenderán periódicamente a las personas que se encuentran en las Viviendas.

Para la función de acompañantes terapéuticos se dará prioridad a los familiares o tutores de los propios usuarios, asignándoles una remuneración acorde a las normas laborales.

Se distinguen dos tipos de vivienda apoyadas, según el tiempo de estancia y patología del caso, reconociéndose las siguientes:

“Viviendas Apoyadas” de corta estancia para personas con trastornos mentales, como una estrategia inicial de reintegración social.

“Viviendas Apoyadas de larga estancia” para las personas con trastornos mentales graves y complejos de acuerdo con criterio del equipo interdisciplinario de Salud Mental.

Las instancias técnicas departamentales y municipales de Salud serán las responsables de la regulación, supervisión y monitoreo de la calidad de atención.

ARTÍCULO 39º. (CENTROS DE DÍA). Los “Centros de día” son un servicio de estancia diurna, dirigido a ofrecer a los usuarios con un diagnóstico de trastorno mental, una atención, psicoterapéutica ocupacional y laboral.

- I. Deberán estar adecuadamente equipados y contar con un equipo interdisciplinario conformado por Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Educadores, Terapeutas ocupacionales, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas,
- II. Los Gobiernos Autónomos Municipales serán los encargados de implementar y/o fortalecer con la dotación de recursos humanos y económicos los Centros de Día en el Sector Público. En la Seguridad Social y en el Sector Privado,





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

deberán igualmente implementar estos centros, disponiendo de recursos propios y según procedimiento de cada institución.

- III. Los encargados de supervisar estos Centros serán las secretarías de Salud de los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud.

ARTÍCULO 40° (GRUPOS DE AYUDA ENTRE PARES). Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales deberán integrar la participación activa de los grupos de ayuda entre pares como las Asociaciones de Familiares de Personas con Trastornos Mentales, Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos y otros que puedan surgir, en los planes, programas y acciones en salud mental.

CAPÍTULO VI

SALUD MENTAL MÁS ALLÁ DEL SECTOR SALUD

ARTÍCULO 41° (SALUD MENTAL EN EL AMBITO EDUCATIVO).

- I. El Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Culturas, diseñarán acciones intersectoriales a través de proyectos pedagógicos y culturales, orientados al desarrollo de la salud emocional, y prevenir, detectar oportunamente trastornos mentales y situaciones de violencia que pudieran estar atravesando niños, niñas y adolescentes. Asimismo, socializar, concienciar, informar e instruir al personal docente, administrativo y padres de familia sobre estas situaciones.
- II. Para el fortalecimiento de la salud mental en la niñez y adolescencia, todas las Instituciones educativas públicas y privadas deberán contar con un profesional psicólogo, con preferencia especializado en Psicología Educativa y Psicología Clínica para la atención básica de toda la comunidad educativa, y deberán referir cuando sea necesario a instituciones de mayor complejidad y/o especialidad;
- III. Las Universidades, Institutos y Centros de Educación Superior, deberán contar mínimamente por carrera, con un equipo de atención básica conformada por 2 médicos psiquiatras y 2 psicólogo(a)s clínicos que formarán parte de sus unidades de Bienestar Estudiantil, para realizar acciones de prevención y atención básica de los trastornos mentales y promoción de la Salud Mental;
- IV. El Ministerio de Educación mediante sus Viceministerios serán los responsables de ejercer el control sobre el cumplimiento de esta norma.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

ARTÍCULO 42º. (SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL).

I. El Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social, implementarán, evaluarán y ajustarán periódicamente programas de promoción en Salud Mental y prevención de trastornos mentales en instituciones en todos los espacios laborales públicos y privados, para reducir los riesgos en la salud mental de los trabajadores referidos al acoso laboral, acoso sexual y acoso político.

II. Los sindicatos de trabajadores podrán constituir brigadas de atención de salud mental quienes tendrán la potestad de inspeccionar e intervenir sin anteponerles impedimentos, en situaciones en las que esté en riesgo la salud mental de trabajadoras o trabajadores de la empresa o institución.

III. Todos los Servicios de Seguridad Social a corto plazo deberán contar con equipos de profesionales en Salud Mental, constituidos por médicos psiquiatras y psicólogos en número suficiente, para garantizar la atención de sus afiliados.

ARTÍCULO 43º. (SALUD MENTAL PARA LOS PRIVADOS DE LIBERTAD)

I. Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Gobierno a través del Régimen Penitenciario y el Ministerio de Justicia, serán responsables de implementar y garantizar en todos los Centros Penitenciarios, servicios de atención en Salud Mental, con profesionales especializados;

II. Todos los Institutos de Investigación Forense deberán contar entre su personal especializado mínimamente con un médico psiquiatra para las prestaciones acordadas a sus funciones;

III. El Gobierno Nacional en coordinación con los Gobiernos Subnacionales implementarán centros especiales en cada departamento, para la atención y recuperación de los privados de libertad con algún trastorno mental grave y complejo, según criterio del equipo de Salud Mental interdisciplinario.

Este servicio estará atendido por Médicos Psiquiatras, Psicólogos, Enfermeras, Trabajadores Sociales y Terapeutas ocupacionales.

ARTÍCULO 44º. (SALUD MENTAL DENTRO DE LOS SERVICIOS SOCIALES)

I. Todos los Servicios Sociales deberán ser acreditados por los Servicios Departamentales de Salud en coordinación con las Instancias Técnicas Departamentales dependientes de la Secretaría de Desarrollo Humano de los Gobiernos Autónomos Departamentales y la Sociedad Boliviana de Psiquiatría, en un plazo de 3 años a partir de la promulgación de la presente norma;

II. Los servicios sociales como los Centros de Acogida para Niñas, Niños y Adolescentes en situación de abandono y los Centros de Acogida de Adultos Mayores contarán obligatoriamente con una Política de Protección del



CAMARA DE DIPUTADOS





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Derecho al Respeto y Dignidad para la promoción de su Salud Mental, prevención y detección precoz de todas las formas de violencia intrainstitucional; debiendo contar con un equipo interdisciplinario cualificado para una atención integral en salud mental;

- III. Todos los programas de atención a mujeres víctimas de violencia y los programas de atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, se constituyen en una prioridad para los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales, por lo cual deberán dotarles de profesionales en Salud Mental capacitados en intervención en violencia y en brindarles los recursos económicos suficientes para el trabajo de prevención y atención de la Salud Mental de las y los usuarios de estos servicios;
- IV. También deberán crear programas de atención a víctimas de violencia, para personas que no están incluidos en los servicios antes mencionados;
- V. Son responsables del cumplimiento y supervisión de estas tareas las instancias técnicas de los Gobiernos Autónomos Departamentales, además de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia y Defensorías del Adulto Mayor, dependientes de los Gobiernos Autónomos Municipales;
- VI. Los servicios de protección y defensa de derechos, como las Defensorías de la Niñez y Adolescencia, Defensoría del Adulto Mayor y los Servicios Legales Integrales, priorizarán en su trabajo la Promoción de la Salud Mental, así como, la prevención, atención oportuna de las diferentes formas de violencia;
- VII. Estos servicios deberán contar mínimamente con:
 - a) Áreas de atención que respete la privacidad de las víctimas;
 - b) Personal capacitado en atención de víctimas de los diferentes tipos de violencia;
 - c) Materiales, infraestructura, equipos e insumos necesarios para la atención oportuna de las víctimas.
- VIII. Los Gobiernos Autónomos Municipales, asignarán recursos suficientes para asegurar el cumplimiento de este mandato.

ARTÍCULO 45º. (LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD).

- I. Los Gobiernos Autónomos Municipales a través de las organizaciones comunitarias urbanas y rurales establecerán como prioridad la incorporación en sus planes y programas acciones de promoción de la Salud Mental y de prevención de los Trastornos Mentales;
- II. Las organizaciones comunitarias urbanas y rurales elegirán a un delegado(a) según sus propias normas, usos o costumbres para impulsar estilos de vida





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

- saludable en concordancia a sus saberes originarios y a los determinantes de Salud Mental en su comunidad;
- III. Los Gobiernos Autónomos Municipales promoverán y fortalecerán las prácticas culturales de cooperación, solidaridad y convivencia entre familias, para lo cual deberán establecer al menos 3 veces al año actividades de esparcimiento, deportivas y/o culturales dentro sus jurisdicciones;
 - IV. Los Gobiernos Autónomos Municipales y las organizaciones comunitarias urbanas y rurales promoverán la emancipación y participación activa de las personas con Trastornos Mentales y sus familiares en la elaboración e implementación de los planes, programas y acciones de Salud Mental.

ARTÍCULO 46º. (VIVIENDA SOCIAL). Las personas con discapacidad psíquica y sean de escasos recursos, tendrán prioridad y preferencia en la asignación de viviendas sociales y otros servicios sociales.

CAPÍTULO VII

PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y RECUPERACION

ARTÍCULO 47º. (PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL). Corresponde al Estado realizar la promoción de la Salud Mental, como una prioridad dentro de las políticas nacionales de salud.

El Ministerio de Salud, Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales, las Instituciones Públicas Centralizadas y Descentralizadas y Entidades Territoriales Autónomas, en el marco de sus respectivas competencias, atribuciones, funciones y capacidades incorporarán estrategias de promoción en la Salud Mental de la ciudadanía en general, que deban incluirse en los planes Nacionales, Departamentales, Regionales y Municipales, garantizando el alcance a todos los ciudadanos y ciudadanas a fin de mejorar su calidad de vida.

Es también responsabilidad de las instituciones privadas, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones comunitarias y de todas las instancias mencionadas en los Artículos 13º, 14º y 15º de la presente Ley. Las acciones de promoción de la salud mental deben realizarse en todas las etapas del ciclo vital, priorizando la inclusión social, la cultura de paz, el buen trato que cuadyuve con un estilo de vida saludable.

ARTÍCULO 48º. (PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MENTALES). El Ente Rector, las instituciones públicas y Entidades Territoriales Autónomas incorporarán



CÁMARA DE DIPUTADOS





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

acciones destinadas a la prevención de los trastornos mentales, mismos que deberán ser incluidos en los Planes Nacionales, Departamentales, Regionales y Municipales, dentro los cuales deberán organizar campañas informativas sobre trastornos mentales, violencia, prevención del suicidio, consumo de sustancias y otros.

Todos los ciudadanos, instituciones y organizaciones tienen el deber de apoyar a una persona que sufra algún trastorno o condición psíquica, orientando y motivándola a recibir ayuda, para prevenir o evitar que el trastorno se agrave.

ARTÍCULO 49º. (SALUD MENTAL EN SITUACIÓN DE EMERGENCIAS, DESASTRES Y CATASTROFES). Ante declaratorias de emergencia, desastre y otros el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales en concordancia con la Norma Nacional de Caracterización del Sistema Nacional de Emergencias en Salud, priorizará e integrará la atención en Salud Mental de la población afectada por urgencias, emergencias, desastres y catástrofes.

ARTÍCULO 50º. (RECUPERACIÓN). Todos los componentes del modelo de Salud Mental que rige la presente Ley tendrán como objetivo y prioridad el enfoque de la recuperación de la persona como principal protagonista de su proceso terapéutico y crecimiento personal.

ARTÍCULO 51º. (CONTROL SOCIAL). Las organizaciones, corporaciones o fundaciones de personas con trastornos mentales, sus familiares o cuidadores forman parte del control social y participarán en las acciones de promoción, prevención, tratamiento, recuperación y reintegración comunitaria.

CAPÍTULO VIII

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MENTAL

ARTÍCULO 52º. (LINEAMIENTOS). El Ministerio de Salud diseñará un programa quinquenal, para la atención en Salud Mental, para tal efecto, en un término no mayor a seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, incluyendo reportes anuales ante la Asamblea Legislativa Plurinacional.

ARTÍCULO 53º. (ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS Y GUÍAS). El Ministerio de Salud elaborará y/o adecuará protocolos y guías de atención en Salud Mental





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

basados en la evidencia científica actualizada, en coordinación con la Sociedad Boliviana de Psiquiatría y el Colegio Nacional de Psicología.

ARTÍCULO 54º. (MECANISMOS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN). Las Instancias Técnicas en Salud, Educación y Gestión Social, en coordinación con los Gobiernos de su jurisdicción deberán establecer los mecanismos, instrumentos e indicadores de seguimiento y monitoreo del funcionamiento de la red del Modelo de Atención en Salud Mental, a fin de garantizar su desarrollo eficiente y ajuste oportuno. Estos mecanismos deben contar con la participación de la ciudadanía y espacios de control social.

**CAPÍTULO IX
FORMACIÓN PROFESIONAL E INVESTIGACIÓN**

ARTÍCULO 55º. (FORMACIÓN PROFESIONAL). Las instituciones de formación profesional a nivel de pregrado, postgrado y técnica en salud, las formadoras de profesionales en áreas sociales y humanísticas incorporarán en sus planes y programas educativos el componente de Salud Mental con enfoque comunitario y la atención a personas con problemas de Salud Mental.

ARTÍCULO 56º. (CAPACITACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD)

- I. El Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Departamentales serán responsable de elaborar los programas de capacitación en salud mental, con la finalidad de desarrollar y fortalecer las competencias de los recursos humanos del sector salud, tanto público como privado.
- II. Los Servicios Departamentales de Salud serán los encargadas de operativizar los programas de capacitación en Salud Mental en el sector público, seguridad social y sector privado.

ARTÍCULO 57º. (FORMACIÓN CONTINUA DE LOS TRABAJADORES EN SALUD MENTAL). Los establecimientos de salud públicos, seguridad social y privados, deberán garantizar la formación continua del personal que atienden los servicios de salud mental, con nuevos métodos, técnicas y tecnologías pertinentes y aplicables en promoción, prevención, tratamiento, recuperación y reinserción comunitaria.

ARTÍCULO 58º. (INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL). El Instituto de Investigación en Salud Mental es un establecimiento de cuarto nivel de salud, de complejidad alta con infraestructura, equipamiento y personal capacitado cuya finalidad es la investigación científica y formación profesional, descrito en el Art. 16º numeral V de la presente Ley.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

- I. Se establece la obligación del Estado a través del Viceministerio de Ciencia y Tecnología, asignar al Instituto de Investigación, los recursos humanos y económicos necesarios y suficientes;
- II. El Instituto de Investigación en Salud Mental, impulsará la elaboración de estudios e investigaciones, en coordinación con el Ministerio de Educación a través del Viceministerio de Ciencia y Tecnología, la Academia Nacional de Ciencias de Bolivia (ANCB), las universidades públicas, privadas, los colegios de profesionales y otras entidades académicas;
- III. El Instituto de Salud Mental desarrollará programas de formación de postgrado en investigación científica dirigido a profesionales en Salud Mental.

ARTÍCULO 59º (REGISTRO DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL). El Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) deberá ampliar los ítems de registro de trastornos mentales en todos los niveles de atención en salud y en todos los centros y servicios especializados en Salud Mental.

**CAPITULO X
PRESUPUESTO**

ARTÍCULO 60º. (PRESUPUESTO). El Estado Plurinacional de Bolivia asignará a Salud Mental el 4% del presupuesto asignado al sector salud. Tomando en cuenta esta asignación el Gobierno central, los Gobiernos Autónomos Departamentales en coparticipación con los Gobiernos Autónomos Municipales dentro de sus competencias deberán incluir dicho porcentaje en las responsabilidades que les compete en las acciones referidas en Salud Mental.

Asignará el presupuesto a todos los servicios públicos que integran los componentes del sistema de Salud Mental, como parte de los procesos de desinstitutionalización.

ARTÍCULO 61º. (RECURSOS HUMANOS). El Ministerio de Salud, los Gobiernos Autónomos Departamentales y Gobiernos Autónomos Municipales proveerán e institucionalizarán los recursos humanos necesarios para el funcionamiento de todos los establecimientos y servicios públicos definidos en la presente Ley.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. El Órgano Ejecutivo queda encargado de elaborar el Decreto Reglamentario de la presente Ley, en el plazo de 90 días, a partir de su promulgación.





ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

Segunda. El Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud, garantizará la educación sobre salud mental en todo el plan de estudios escolar, para sensibilizar sobre la Salud Mental con enfoque en Derechos.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. Se modifica el artículo 154 de la ley 548.

Segunda. Se modifica la Ley Marcelo Quiroga Santa Cruz en lo que corresponda.

Tercera. Se modifica la Ley de Organización del Poder Ejecutivo, en lo referente a Atribuciones de los Ministerios que correspondan.

Como: 1) El Ministerio de Salud y El Ministerio de Justicia, tendrán a su cargo la reforma (legal) del Código Civil, en lo referente al concepto de familia, para la persona con trastorno mental, así como la aplicación de la capacidad jurídica de la persona con discapacidad mental, reconocida en la Convención Internacional de los Derechos de la Persona con Discapacidad.

DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS

Única. Se deroga el artículo 35° de la Ley 913 de 16 de marzo de 2017.

Se abrogan y derogan todas las disposiciones contrarias a la presente ley.

Es dada en la Sala de Sesiones de la asamblea Legislativa Plurinacional, a los.....día del mes.....del año 2024


Lic. Lily Gladys Fernández Vargas
DIPUTADA NACIONAL
ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL

