

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

**Programas de Prevención del Consumo de Drogas
Programas de Tratamiento y Rehabilitación
Programa Previene (Municipios)**

**MINISTERIO DEL INTERIOR
SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR**

PANELISTAS:

MARÍA VERÓNICA MONREAL (Coordinadora)

ANDREA PERONI

PABLO MORRIS

ROBERTO JALÓN

AGOSTO 2009

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN EJECUTIVO	3
1. DESCRIPCIÓN GENERAL Y OBJETIVOS DEL PROGRAMA	8
2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	11
3. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	19
4. PRINCIPALES RECOMENDACIONES	21
I. ANTECEDENTES	23
1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	23
1.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA A NIVEL DE FIN Y PROPÓSITO	23
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	24
1.4. POLÍTICA GLOBAL Y/O SECTORIAL A QUE PERTENECE EL PROGRAMA	27
1.5. DESCRIPCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA	28
1.6. PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE LOS COMPONENTES	43
1.7. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL PARA EL PROGRAMA.	68
1.8. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN OBJETIVO POR COMPONENTES Y SUBCOMPONENTES	76
1.9. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN	83
1.10. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE MONITOREO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE	96
1.11. REFORMULACIONES DEL PROGRAMA	97
1.12. OTROS PROGRAMAS RELACIONADOS	98
1.13. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	98
II. TEMAS DE EVALUACION	99
1. DISEÑO DEL PROGRAMA	99
1.1. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN INICIAL	99
1.2. LÓGICA VERTICAL DE LA MATRIZ DE MARCO LÓGICO	99
1.3. LÓGICA HORIZONTAL DE LA MATRIZ DE MARCO LÓGICO	101
1.4. REFORMULACIONES DEL PROGRAMA A NIVEL DE DISEÑO	106

2.	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	107
2.1	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.	107
2.2	CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE LOS COMPONENTES	112
2.3	CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO	114
2.4	FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE	115
3.	EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA	118
3.1	DESEMPEÑO DEL PROGRAMA EN CUANTO A LA PRODUCCIÓN DE COMPONENTES	118
3.2	DESEMPEÑO DEL PROGRAMA A NIVEL DE PROPÓSITO	130
3.3	DESEMPEÑO DEL PROGRAMA A NIVEL DE FIN	143
4.	RECURSOS FINANCIEROS	148
4.1	FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIERO	148
4.2	EFICIENCIA DEL PROGRAMA	157
4.3	ECONOMÍA	165
5.	SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA	166
6.	JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD	166
III.	CONCLUSIONES	167
IV.	RECOMENDACIONES	175
V.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178
VI.	ANEXOS	186

RESUMEN EJECUTIVO

NOMBRE DEL PROGRAMA: Prevenir en Familia, Prevención del Consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, Trabajar con Calidad de Vida, Tratamiento y Rehabilitación, CONACE PREVIENE En la Comuna

AÑO DE INICIO: 1990

MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DEL INTERIOR

SERVICIO RESPONSABLE: SECRETARIA Y ADMINISTRACIÓN GENERAL

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA 2009:

SEGURIDAD PÚBLICA Y DROGAS:

1. Fortalecer el rol de las autoridades de Gobierno Interior y del Servicio Interior en su calidad de representantes naturales e inmediatos del Presidente de la República y del Ministerio del Interior en materias de orden público, seguridad pública y gestión del territorio.

2. Fortalecer la política de seguridad del gobierno a través de la ejecución intersectorial y coordinada de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública a nivel nacional, regional y comunal.

PRODUCTO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Provisión de Seguridad Pública a la Población – Drogas

EJECUTIVO RESPONSABLE DEL PROGRAMA: MARIA TERESA CHADWICK PIÑERA

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2005 – 2008

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2009: \$29.272.815

1. Descripción General y Objetivos del Programa

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes (CONACE) diseña y coordina estrategias y esfuerzos para enfrentar el problema de las drogas en el territorio nacional desde 1990.

El presente informe abordará su propuesta programática a través de tres líneas con cobertura nacional: Prevención, Tratamiento y Rehabilitación; y Previene Comunal¹.

En el marco de esta evaluación, se han considerado cinco programas o componentes: Prevenir en Familia, Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, Trabajar con Calidad de Vida, Tratamiento y Rehabilitación y CONACE PREVIENE que buscan contribuir a la prevención del consumo de drogas en diferentes contextos y poblaciones objetivo. En el caso del componente de tratamiento y rehabilitación, éste incluye a su vez tres subcomponentes.

En la ejecución de las distintas líneas programáticas están involucradas una serie de instituciones, tales como: MINSAL, FONASA, SENAME, Gendarmería, Municipios, etc.

Objetivo a nivel de FIN:

Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas.

¹ Las áreas del CONACE que no forman parte de esta evaluación son: Evaluación y estudios, Registro de sustancias químicas, Desarrollo Regional, Capacitación, Proyectos de alto impacto, Fondo Especial de Drogas- Ley 20.000 (proyectos con Iglesias, Fondo de prevención y tratamiento y proyectos de prevención selectiva en sectores focalizados), Comunicaciones, Publicaciones, Planificación y Asesoría internacional.

Objetivo a nivel de PROPÓSITO:

Se ha prevenido² el consumo de drogas a nivel nacional.

Población Objetivo y Beneficiarios Efectivos

Componente 1: Prevenir en Familia

La **población objetivo** corresponde a las familias de las comunas con CONACE Previene, que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE. Y la **Población beneficiaria**: refiere a las familias que participan del programa Prevenir en Familia, correspondiendo a 557.397³ (PO) y a 55.836⁴ (PB) para el año 2008.

Cuadro 1
Prevenir en Familia Poblaciones Años 2005-2008

Poblaciones	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Familias	5.293.772	5.347.571	5.401.372	5.455.168
	Personas	16.267.278	16.432.674	16.598.074	16.763.470
Población Objetivo	Familias	541.428	546.751	552.074	557.397
	Personas ⁵	1.624.284	1.640.253	1.656.222	1.672.191
Población Beneficiaria	Familias	64.539	70.397	66.948	55.836
	Personas	193.617	211.191	200.844	167.508

Fuente. Panel, con base información CONACE

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

El programa de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo define a su población objetivo⁶ como aquellos estudiantes que pertenecen a establecimientos educacionales que reciben subvención estatal, considerando unidades educativas con administración municipal, particular subvencionada, JUNJI y Fundación Integra. Los beneficiarios del componente están dados acorde con la disponibilidad de las autoridades educativas a participar en el mismo, correspondiendo a 3.494.774⁷ (PO) y a 3.586.839⁸ (PB), para el año 2008. Cabe aclarar que los datos de los estudiantes del sistema educativo

² La prevención del consumo de drogas, consiste en una serie de acciones que permiten evitar o postergar el consumo de drogas en una población. Es una acción de anticipación orientada a evitar el daño que genera el consumo de drogas y alcohol. Se distinguen tres tipos de estrategias de prevención relacionadas con la presencia y el grado de compromiso con las drogas de la población intervenida: **prevención primaria**, se dirige a población no consumidora de drogas y actúa sobre factores de riesgo y protección del consumo, está destinada a evitar el consumo de drogas; **prevención secundaria**, se refiere a estrategias dirigidas a población que ha experimentado, que ya se ha iniciado en el consumo de drogas o lo hace de manera esporádica, que no presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia, el trabajo preventivo se centra en la detección precoz, la atención temprana y lograr la abstinencia y evitar que el consumo se haga habitual, abusivo o que se desarrolle dependencia; **la prevención terciaria**, está orientada a personas que tienen un consumo habitual de drogas, que han desarrollado problemas de abuso y dependencia, se orienta a la rehabilitación e inserción social.

³ Fuente: CONACE, con base en CASEN 2003-2006

⁴ Fuente: Registro Institucional Colabora

⁵ Se calculó el número de personas beneficiarias a razón de 3 individuos por familia (CASEN)

⁶ En el ANEXO 5 se presenta La descripción de la matrícula, según establecimientos, nivel educativo y región (2005-2008)-

⁷ Al cierre del presente documento no se contó con la última cifra oficial actualizada por MINEDUC sobre la matrícula escolar de la población objetivo, 2008

⁸ Fuente: Registro Institucional Colabora

se publican en la página web de MINEDUC en noviembre posterior a cada año calendario, por ello la población objetivo, 2008 presentada por CONACE no refiere a la última actualización oficial por no encontrarse disponible aún.

Cuadro 2
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo
Poblaciones Años 2005-2008

Poblaciones	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Establecimientos	14.151	14.458	14.479	12.213
	Estudiantes	4.115.936	4.158.618	4.133.995	3.798.892
Población Objetivo	Establecimientos	13.844	13.997	13.999	14.248
	Estudiantes	3.828.224	3.874.179	3.845.867	3.494.774
Población Beneficiaria	Establecimientos	9.514	10.625	10.876	11.165
	Estudiantes	3.061.584	3.355.555	3.452.143	3.586.839

Fuente: Panel, con base información CONACE

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

La población objetivo se compone por entidades diferentes, por un lado corresponde a la totalidad de los organismos públicos (248)⁹ de acuerdo a la Ley 20.000; en relación a los Municipios, la población objetivo (200)¹⁰ fue acordada como meta de la política ministerial. Por otro lado refiere a las empresas privadas, grandes y medianas siendo aquellas que tienen sobre 100 trabajadores, contando con una magnitud de 2492¹¹ entidades empresariales (PO) y 220 (PB)¹² para el año 2008.

Cuadro3
Trabajar con Calidad de Vida
Poblaciones Años 2005-2008

Poblaciones	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Empresas	74.624	74.624	74.624	74.624
	Instituciones públicas	593	593	593	593
	Personas	4.236.479	4.573.862	4.753.407	4.883.069
Población Objetivo	Empresas	2.492	2.492	2.492	2.492
	Instituciones públicas	448	448	448	448
	Personas	3.766.759	4.293.465	4.407.747	4.492.423
Población Beneficiaria	Empresas	56	68	196	220
	Instituciones públicas	110	49	137	241
	Personas	101.762	67.176	76.148	216.270

Fuente: Panel, con base información CONACE

Las pequeñas empresas si bien forman parte de la población potencial, no son priorizadas por el programa debido a que pueden permanecer poco tiempo en el mercado, en relación a las de mayor tamaño; y por otro lado, que la intervención es más eficiente en este último grupo por tener mayor cantidad de empleados.

⁹ Fuente: El número de organismos públicos (248) ha sido establecido según el Consejo para la Transparencia

¹⁰ Fuente: Estrategia Nacional de Seguridad (2006)

¹¹ De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas (INE) existen 24.924 empresas privadas grandes y medianas. El programa Trabajar con Calidad de Vida estima como población objetivo durante los años en evaluación al 10% de ellas, es decir 2.492 empresas

¹² Fuente: Registro Institucional Colabora

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

La población objetivo refiere a las personas que presentan consumo problemático¹³ de sustancias ilícitas, que sean beneficiarias del FONASA (sistema público de salud). Finalmente, este programa considera beneficiario a aquel que manifiesta disponibilidad a comenzar un tratamiento.

El criterio de focalización (beneficiarios del sistema público de salud) y selección antes mencionado (disposición a recibir tratamiento) es común a los dos primeros subcomponentes: Población General y Población Específica Mujeres Adultas. En el caso de Población General y Mujeres también opera el criterio etéreo siendo la edad mínima de ingreso 20 años. El último criterio “disponibilidad del afectado a comenzar un tratamiento”, no se aplica en el último subcomponente, por corresponder a Infractores de Ley, ya que el proceso legal los obliga a recibir tratamiento.

Los tres subcomponentes presentan en conjunto, 15.614 individuos (PO) y 11.196 pacientes (PB), para el año 2008. A continuación se presenta la población desagregada por subcomponente.

Cuadro 4
Tratamiento y Rehabilitación
Poblaciones Años 2005-2008

Poblaciones	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Población General	83.921	85.772	94.412	94.412
	Población Mujeres	15.516	15.858	17.078	17.078
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.611	3.800
Población Objetivo	Población General	7.003	7.157	9.348	9.348
	Población Mujeres	2.227	2.276	2.467	2.467
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.611	3.800
Población Beneficiaria	Población General	6.158	5.497	6.122	7.127
	Población Mujeres	14NC	364	522	756
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.405	3.313

Fuente: Panel con base información CONACE

¹³ Se entiende por consumidor problemático de drogas a todo tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familia, rendimiento laboral/escolar, seguridad personal, funcionamiento social, etc. Se utilizan los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) que evalúan los siguientes aspectos: Dependencia, definida como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que considera la compulsión por consumir, incapacidad de detenerse, uso de drogas para evitar síntomas, síndrome de privación, tolerancia (necesidad de consumir en mayores cantidades para sentir los mismos efectos), preeminencia del consumo sobre actividades de diversión regulares, consumo a pesar de problemas de salud derivados; como también el consumo Abusivo que incluye: incumplimiento de obligaciones en casa, trabajo o estudio, exposición de integridad física, compromiso en conductas antisociales, peleas con la familia o amigos, compromiso en conductas violentas ,etc.” Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Cobertura. Ver Anexo, sobre “Consumo Problemático”: Medición de la Dependencia a Drogas de Acuerdo a Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10 y Medición del Abuso a Drogas

Componente 5: CONACE PREVIENE en la Comuna

La población objetivo del programa CONACE – Previene, se refiere a las comunas priorizadas en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública¹⁵, correspondiendo en la actualidad a 140 comunas (PO) y 140 comunas (PB). El conjunto de las 200 comunas, establecidas como meta en la Estrategia, para el año 2010, son focalizadas según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002, b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de riesgo¹⁶ al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007, como otro criterio de selección.

Cuadro 5
CONACE PREVIENE en la Comuna
Poblaciones Años 2005-2008

Poblaciones	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Comunas	345	345	345	345
	Personas	16.267.278	16.432.674	16.598.074	16.763.470
Población Objetivo	Comunas	92	97	105	140
	Personas	10.868.771	11.133.387	11.556.843	13.099.484
Población Beneficiaria	Comunas	92	96	105	140
	Personas ¹⁷	NA	NA	NA	NA

Fuente: Panel con base información CONACE

La población potencial de este componente corresponde a todos los habitantes que residen en las 345 comunas de Chile. La población objetivo acota esta definición a los habitantes de las 200 comunas que están priorizadas en la ENSP¹⁸ de acuerdo a metas anuales¹⁹, y que en 2008 correspondió a 140 comunas. Esto es el 86,1% de la población nacional, 14.426.160 habitantes, según proyección al 2008 (Censo, 2002).

¹⁵ Ampliación de cobertura del Programa Previene a 97 comunas el año 2006 y a 200 el 2010. Fuente: Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Seguridad Pública. Súmate por un Chile más Seguro.2006-2010, Santiago. pág. 17.

¹⁶ Este índice considera variables asociadas a la encuesta SIMCE, CASEN, Delitos establecidos en la ley 20.000; Delitos de mayor connotación social; Infracciones a la ley 20.084, entre otras.

¹⁷ NA: no aplica porque fue definida las comunas, como unidad de análisis, de otro modo habría que sumar a los beneficiarios del Componente I, parte de los beneficiarios del Componente II y III, dado que es el Previene en la Comuna, donde se ejecutan dichos componentes.

¹⁸ Según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002; b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de vulnerabilidad al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007.

¹⁹ La meta fue de 97 comunas para el año 2006, 140 comunas para el 2008 y será de 200 para el 2010.

Descripción General del Diseño del Programa

Componente 1: Prevenir en Familia

Este programa se propone que las familias conozcan y experimenten, en forma práctica y teórica, los elementos básicos para orientar su labor preventiva. Para ello, propone la realización de doce sesiones de 90 minutos promedio cada una, técnicamente se propone la participación en al menos 5 sesiones. En las cuales monitores voluntarios (previamente capacitados para este fin por CONACE) aplican una metodología participativa para habilitar a padres, madres y/o adultos significativos²⁰ presentes en hogares, con hijos/as menores de 18 años. Se espera que los beneficiarios adquieran conocimientos y competencias para desarrollar al interior del hogar conductas preventivas eficaces que involucren ámbitos tales como: establecimiento de normas y límites, comunicación, relación afectiva, resolución de problemas, fortalecimiento de la autonomía y responsabilidad, uso del tiempo libre, recreación y, específicamente, prevención del consumo de drogas.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

Este componente ejecuta programas de prevención temprana dirigido a alumnos desde la educación preescolar hasta la enseñanza media, denominados “En busca del tesoro” (educación parvularia), “Marori y Tutibú (de primero a cuarto año de enseñanza básica), “Quiero ser” (de quinto a octavo año de enseñanza básica), y “Yo decido” (de primero a cuarto año de enseñanza media). Los programas son difundidos a nivel nacional directamente a sostenedores y directores de todos los establecimientos educacionales y unidades educativas existentes en el país (priorizando establecimientos que reciben financiamiento público). La participación es voluntaria y definida por las instituciones al manifestar su interés de participar. CONACE distribuye de manera gratuita el material técnico requerido para la aplicación de los programas y capacita a docentes, directivos, orientadores, jefes de UTP, centros de padres y apoderados y centros de alumnos en el uso y aplicación efectiva de los materiales. La transferencia directa a los beneficiarios finales – estudiantes- es realizada de manera autónoma por los docentes en el aula, realizando CONACE un monitoreo en el 10% de los establecimientos participantes, escogidos aleatoriamente

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

Este programa busca fomentar una cultura de prevención en los espacios laborales, promoviendo la sensibilización ante el problema de las drogas y el riesgo que implica su consumo para todos los actores del mundo laboral y la gestión de la empresa. El programa calidad de vida se basa en el principio de corresponsabilidad dado que las empresa e instituciones públicas desarrollan una política y un plan de acción cuya responsabilidad de implementación es de ellos una vez terminada el proceso conjunto con CONACE. Para ello, se aplica una metodología conducente a que las mismas empresas elaboren y dejen instalada una política preventiva dentro de sus políticas regulares de recursos humanos.

²⁰ Se entiende por éstos, a cualquier persona adulta que -sin ser el padre o la madre- cumpla de manera permanente roles de cuidado, establecimiento de límites apoyo y contención afectiva de personas menores de 18 años (por ejemplo, abuelos, tíos, hermanos mayores, etc.).

Tres hitos fundamentales de la metodología son la conformación de un equipo preventivo interno a la empresa; la realización de un diagnóstico de calidad de vida que entre otras cosas da cuenta de los factores de riesgo de medio laboral, clima organizacional y entrega datos de prevalencia del consumo de drogas; y, el taller de diseño de política y sensibilización para los trabajadores que cuenta con seis sesiones de trabajo, facilitados por expertos técnicos de CONACE

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

Subcomponente 1: Población General

Mediante convenio CONACE-FONASA-MINSAL se entrega tratamiento gratuito en centros de salud públicos y privados²¹ a personas adultas beneficiarias del Sistema Público de Salud que presentan consumo problemático de drogas. Se ofrecen planes diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes.

Subcomponente 2: Mujeres

El mismo convenio, permite atender las necesidades específicas de las mujeres, quienes, cuando son madres de hijos pequeños, tienden a evitar el tratamiento o desertar de éste. El programa ofrece adicionalmente a las mujeres oportunidades de cuidado infantil en salas cunas y jardines de JUNJI o Integra, durante el tratamiento. Se ofrecen planes diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de las consultantes, diagnosticados clínicamente al momento de ingreso al plan.

Subcomponente 3: Adolescentes Infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas

Para adolescentes infractores de ley (ya sea en centros privativos de libertad o en medio libre), el convenio entre SENAME, CONACE, MINSAL y FONASA ofrece diversos planes de tratamiento, que consisten en un conjunto de prestaciones de distinta intensidad y frecuencia terapéutica, según las características, necesidades y complejidad de las personas consultantes. A este programa los jóvenes acceden por derivación desde los centros de administración directa (en caso de estar privados de libertad) o desde un tribunal de garantía al serle aplicada una sanción accesoria (en caso de jóvenes en medio libre).

Durante los años 2006 y 2007, CONACE tuvo que generar las condiciones necesarias para ofrecer tratamiento a adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas. Una de las de las estrategias fue la instalación de una red de centros (tanto en centros privativos de libertad como en medio libre) adecuada para entregar esta atención, de acuerdo a la demanda que debería generar la entrada en vigencia de la ley 20.084 (7 de junio de 2007). Lo anterior fue necesario, dada la escasa oferta existente para dicha población (existían sólo 8 proyectos financiados por SENAME en esta línea).

²¹ Los establecimientos públicos y privados que realizarán el o los planes de tratamiento y rehabilitación son propuestos por parte del Servicio de Salud, en acuerdo con la Oficina Regional de CONACE, al Ministerio del Interior (a través de la Secretaría Ejecutiva del CONACE) y a MINSAL. La aceptación de las propuestas se realiza por el Ministerio del Interior (vía CONACE) y MINSAL en función de: la capacidad técnica y administrativa del establecimiento para ejecutar las prestaciones convenidas, su coordinación y sinergia con la red de atención de salud, el resultado de la evaluación cuantitativa y cualitativa de la ejecución del Programa, los resultados que arroje el Sistema de Supervisión y Asesoría, los reportes semestrales de actividad presentados por FONASA, y la demanda potencial de atención en cada provincia y región, según se desprende de los estudios que realiza periódicamente el Ministerio del Interior, a través de la Secretaría Ejecutiva de CONACE.

Actualmente la red se compone de 90 centros especializados para la atención de adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas que han cometido infracción de ley, distribuidos en las 15 regiones del país. Se implementan planes residenciales, ambulatorios y corta estadía en medio libre y en los 17 centros privativos de libertad de SENAME se implementan planes intensivos.

Desde antes de la entrada en vigencia de la ley a la fecha CONACE ha realizado un fuerte trabajo intersectorial y de coordinación que ha generado el contexto apropiado para dar cumplimiento a lo que, respecto de la LRPA, se le solicitó: hacerse cargo del tratamiento y rehabilitación de drogas de los adolescentes que, habiendo cometido delito, presentaran un consumo problemático de sustancias. Durante parte del año 2006, todo el 2007 y el 2008, se ha realizado un trabajo muy estrecho y coordinado con las dos subsecretarías del Ministerio de Salud, el Servicio Nacional de Menores y el Fondo Nacional de Salud.

Para la implementación de este programa se ha requerido realizar difusión, sensibilización y capacitación a todos los actores que conforman la red. (Equipos técnicos que otorgan tratamiento, equipos técnicos de la red intersectorial, Fiscales Defensores públicos, Jueces de garantía y de juicio oral en lo penal, entre otros).

Todos estos esfuerzos técnicos y financieros para respaldar, fortalecer y especializar a los 95 equipos de tratamiento son fundamentales para garantizar la calidad de la atención entregada a los adolescentes, particularmente debido a la severidad del perfil, no sólo ligado a consumo de drogas y delito, sino a la alta frecuencia de síntomas y patología psiquiátrica, alto porcentaje de familias con la concurrencia de problemas sociales y de salud, que no creen en el cambio, la concepción de cualquier espacio cerrado como si fuera privación de libertad, alto porcentaje de vulneración de derechos en la vida de los adolescentes, lo que ha dañado profundamente la confianza básica, debilitando su capacidad de establecer vínculos sanos.

Componente 5: CONACE PREVIENE En la Comuna

Este programa busca desarrollar, en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas, políticas comunales de prevención, a través de un convenio de colaboración financiera entre CONACE (Ministerio del Interior) y cada municipio, donde ambas instituciones aportan recursos para la implementación del programa. El programa desarrolla vínculos directos con los principales actores y organizaciones de la comunidad local y fomenta su participación para enfrentar el consumo de drogas en los territorios. Además, implementa localmente los programas preventivos nacionales, articulando y desarrollando directamente diversas actividades que buscan generar condiciones adecuadas para la prevención del consumo de drogas en el territorio comunal, abarcando el ámbito comunitario, de salud, familiar, educativo, laboral, jóvenes y las condiciones particulares de riesgo social.

Además CONACE desarrolla una estrategia de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no implementan CONACE Previene, a través de distintas estrategias implementadas por el Equipo regional, tales como: contratación de un staff de profesionales complementario al equipo regional para la implementación de programas de prevención, proyectos con gobernaciones en territorios no focalizados por el programa CONACE- Previene. Del mismo modo se ha implementado una estrategia de prevención territorial en comunas asociadas que consiste en la agrupación de comunas con menor densidad poblacional para la implementación de los programas de prevención e iniciativas locales preventivas a través de la acción conjunta con los municipios (firma de convenio de colaboración y entrega de recursos por parte de CONACE) y un coordinador de prevención contratado para tal efecto.

Es importante destacar que a nivel territorial, además se desarrollan iniciativas que dicen relación con la implementación de proyectos de prevención del consumo de drogas con entidades religiosas. Se enmarcan en el compromiso suscrito por el Gobierno de Chile, a través del CONACE, y la mesa de trabajo constituida por obispos, pastores, sacerdotes, religiosos y religiosas, agentes pastorales y laicos, el 21 de abril de 2008.

Se valora el aporte histórico de las entidades religiosas en la tarea preventiva, a través del desarrollo de acciones e iniciativas de prevención que incorporan la dimensión espiritual.

Estas iniciativas extienden su efecto a la comunidad a la que pertenece la familia y sus integrantes, así como a los lugares físicos en que reside y participan sus miembros. Enfatiza el trabajo preventivo hacia la población general y públicos específicos, considerando los principios de la corresponsabilidad y la participación social.

2. Resultados de la Evaluación

Diseño

En términos generales, el propósito del programa da cuenta del resultado esperado y asociado al problema que se identificó en el diagnóstico. El diseño del programa es apropiado para abordar la causa del problema que da origen al programa y no se identifican componentes o actividades prescindibles.

El componente 1 define su población objetivo focalizando en aquellas familias que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE; por tanto, dicho conocimiento se constituye en condición de ingreso para el componente. Este criterio no es adecuado debido a que el componente 1 se enmarca en la estrategia de prevención primaria que debiera estar dirigida a toda la población no consumidora de drogas, actuando sobre factores de riesgo y protección. Los restantes componentes definen adecuadamente sus poblaciones potencial y objetivo.

Si bien las actividades relacionadas a la intervención temprana con grupos de riesgo, están presentes en los componentes de Educación y CONACE – PREVIENE²² y todos los componentes del programa son pertinentes y contribuyen al logro del propósito, las acciones débilmente desarrolladas son: detección precoz, atención temprana, rehabilitación e inserción social.

A nivel de propósito se formula un único indicador que es insuficiente para medir los resultados del mismo, básicamente aporta a la evaluación de la calidad del proceso midiendo el porcentaje de valoración positiva que la población tiene del Programa Previene. Los medios de verificación permiten identificar la información necesaria para medir los indicadores definidos. Se considera insuficiente el número de indicadores para medir los distintos ámbitos de control y dimensiones de los objetivos propuestos.

²² Desde el año 2003 (año de lanzamiento de la Estrategia Nacional sobre Drogas) se han implementado acciones, iniciativas, proyectos y programas, que abordan el consumo de drogas entre jóvenes, que se han materializado en diseño e implementación de materiales técnicos específicos distribuidos nacionalmente, así como cursos de capacitación a los diferentes agentes preventivos locales, en los diferentes componentes evaluados. A partir del año 2008, se inicia el trabajo con poblaciones vulnerables al consumo de drogas a través de programas tales como, prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerable, prevención secundaria en establecimientos educacionales vulnerables, prevención en espacios de ocio y tiempo libre, entre otros.

Organización y Gestión

La estructura organizacional y los procesos productivos de los componentes evaluados son adecuados y permiten entregar los bienes y servicios comprometidos. Sin embargo, hay una debilidad en la integración organizacional de la función de evaluación y seguimiento de beneficiarios, en cada uno de los componentes. Si bien se espera obtener los resultados esperados con las acciones diseñadas se desconoce el impacto obtenido en el total de la población intervenida.

CONACE es hoy en día un programa dependiente del Ministerio del Interior, que carece de institucionalidad propia y que desde su creación ha crecido sostenidamente en distintos ámbitos de acción debido a las urgencias que el fenómeno de las drogas impone a nuestra sociedad. Su estructura organizacional, por tanto, se ha ido desarrollando a partir de aquella realidad y se ha mostrado adecuada para el desarrollo de las tareas planteadas. Sin embargo, la envergadura de las actividades, la magnitud de los recursos que debe administrar y las responsabilidades que le corresponden hacen necesario dotarlo de una estructura jurídica propia dentro del sistema estatal. Por tal razón se tramita en el Congreso Nacional un proyecto de ley que, entre otras materias, transforma a CONACE en un servicio público descentralizado. La transformación del actual en un servicio es un paso positivo hacia la facilitación y fluidez de la gestión interna de los programas incluidos como componentes de esta evaluación.

El organigrama actual pone en un mismo nivel funciones de distinto tipo (por ejemplo, funciones de apoyo y funciones de ejecución de programas). Los componentes programáticos debe tener una mayor jerarquización en el organigrama, dado que orientan el foco de su proceso de producción; aparecen sin embargo en un plano y nivel similar a funciones transversales como comunicaciones, estudios, administración, entre otros, y todas estas funciones, a su vez, se ubican en una línea de dependencia jerárquica debajo de una sola instancia central de toma de decisiones. La visibilización de los componentes en la estructura organizacional permitiría ordenar de manera más clara la gestión institucional hacia las áreas programáticas donde CONACE agrega valor.

El CONACE central está compuesto por 121 funcionarios, de los cuales 20 están en modalidad a contrata (16,5%) y el resto son asesores contratados a honorarios (83,5%). Es una debilidad que haya un porcentaje tan alto de honorarios porque no garantiza estabilidad del equipo profesional en el tiempo, ello se debe a que CONACE no es un programa dentro de la Subsecretaría de Interior; su próxima conversión en un servicio es un avance en este sentido. En regiones, se repite la debilidad observada a nivel central respecto de la alta proporción de honorarios v/s contrata, donde los primeros representan el 92% de los profesionales contratados. Sobre el personal a nivel comunal, los equipos CONACE Previene en la comuna son contratados por cada municipio a honorarios (con recursos CONACE).

Desde el punto de vista de los **mecanismos de coordinación y asignación de funciones**, la opción de CONACE por desplegar gran parte de la “bajada” territorial de los programas de prevención en la familia, los establecimientos educativos y los lugares de trabajo a través de las estructuras comunales del Previene en la Comuna, es una estrategia que va en la dirección correcta, pues aumenta la probabilidad que los programas sean pertinentes a las necesidades y prioridades de cada territorio. El estudio complementario realizado para esta evaluación²³ señala que CONACE cuenta además, con estrategias de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no se ejecuta.

²³ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). Op. Cit.

Previene, así como con estrategias de prevención basadas en asociatividad intercomunal; ello permite difundir la oferta programática en todo el territorio nacional.

El mismo estudio antes citado da cuenta que el funcionamiento de los equipos comunales de CONACE Previene requiere, para que sea eficaz y obtenga logros con su instalación en una comuna, controlar dos variables claves que, cuando no están presentes, se convierten en elementos obstaculizadores: la existencia de un municipio comprometido y un alcalde colaborador; y la presencia de un Coordinador Comunal que cuente con competencias y habilidades para el trabajo en equipo, relaciones interpersonales y facilidad para interactuar con actores locales diversos y heterogéneos.

La oferta programática de CONACE no presenta duplicidades con otros programas. En el caso de los programas de tratamiento existe complementariedad con las coberturas de atención garantizadas en salud por el Garantías Explícitas en Salud (GES) para la población menor de 20 años. Este último asegura tratamiento para la población menor de 20 años, mientras los programas de CONACE benefician a población que supera dicha edad y que no está cubierta por el primer sistema. La única excepción es el caso de los adolescentes -entre 14 y 18 años- infractores de ley con consumo problemático, que por ley deben ser atendidos por los programas CONACE.

Los **criterios de focalización/selección** en los programas preventivos (familia, educación y laboral) son generales y sería conveniente explicitar de mejor manera y operacionalizar algunos conceptos que son usados en la práctica como criterios de focalización. Por ejemplo, en prevención familiar, se priorizan familias residentes en comunas con Previene, que conozcan dicho programa y que tengan disposición a participar, es decir hay autoselección de beneficiarios que lleva implícito un sesgo de exclusión –no deseada por cierto- de aquellos hogares que requieren acceder a esta oferta programática pero por motivos ajenos a su voluntad no acceden a la información.

En prevención escolar también opera una priorización hacia establecimientos que reciben financiamiento público, lo que parece ser un criterio razonable, aunque la participación efectiva también ocurre por autoselección (demanda e interés de los establecimientos). En prevención laboral la participación de las instituciones públicas es obligatoria por ley, pero la de las empresas se asegura según la demanda efectiva. Parece razonable que una condición para participar en el programa sea el interés efectivo de participar. Sin embargo, esto abre la pregunta por la población que se autoexcluye –por no presentar interés- en los grupos escolar y empresas privadas, pero que igualmente presenta el problema que motiva la creación de estas ofertas programáticas.

Por su parte, el componente de tratamiento y rehabilitación, presenta criterios de focalización y mecanismos de selección adecuados pues permiten la derivación de beneficiarios hacia distintos planes de tratamiento, en base al diagnóstico clínico de cada caso.

El único componente que aplica un criterio especial de género para la selección de beneficiarios es el de tratamiento; hay un programa que está focalizado específicamente hacia mujeres, atendiendo a sus especificidades, particularmente las relacionadas con la mayor inserción en el ámbito laboral y la necesidad de cuidado infantil para sus hijos (en caso de tenerlos) mientras dura el tratamiento.

No existen criterios explícitos de **asignación de recursos** entre los diferentes programas de Prevención incluidos como componentes de esta evaluación. Los recursos se asignan en función de las necesidades y demandas internas a cada componente. Existe, en la Ley de Presupuestos, una transferencia específica para las regiones a fin de desarrollar programas preventivos, a través de la cual también se puede contratar personal. Salvo esta

identificación, no existen criterios de asignación que den cuenta de las necesidades regionales de prevención.

En el caso del componente de tratamiento y rehabilitación, los criterios de asignación de recursos entre regiones, sub-componentes y al interior de los sub-componentes están regulados por convenios de transferencia entre CONACE, MINSAL y FONASA (y SENAME en el caso de adolescentes infractores con consumo problemático) que establecen condiciones claras para entrega de fondos y rendición de los mismos.

Por último, en el caso de Previene, los recursos son asignados directamente desde el nivel central a las comunas, sin existir asignaciones regionales, según cumplimiento en los porcentajes de rendición acordados y grado de cumplimiento de la planificación anual. El traspaso de recursos está regulado por convenios directos entre CONACE y el municipio respectivo, lo que asegura un adecuado control de los mismos. Sin embargo, se observa una debilidad del modelo de asignación de recursos, en la dependencia de los profesionales del equipo comunal de Previene con el municipio (por el cual son contratados a honorarios) y no están integrados dentro de la escala de remuneraciones y beneficios del personal a contrata de esta institución, como tampoco del personal de planta de los municipios. Esto los coloca en una situación de vulnerabilidad laboral que desincentiva su permanencia en los equipos comunales, en caso de surgirles alguna alternativa laboral en condiciones de mayor estabilidad; esto explica la rotación en estos puestos detectada por el estudio complementario contratado para efectos de esta evaluación²⁴. A esta debilidad se suma el hecho que los profesionales de los equipos comunales tienen una doble dependencia: programática con CONACE y administrativa con el municipio, modelo que requiere para su buen funcionamiento que ambas instituciones estén alineadas en sus visiones y objetivos.

En lo que respecta al **seguimiento y evaluación** de los distintos componentes, CONACE cuenta con bases de datos disponibles que incluyen la información necesaria y suficiente para la gestión del programa, las cuales son actualizadas periódicamente. Con dicha información se da cuenta del estado de avance de la planificación anual y del cumplimiento de metas²⁵. El sistema COLABORA es el instrumento, incorporado a la intranet del portal web del CONACE, que permite el monitoreo y la consulta en línea y al día del avance de los programas respecto de sus coberturas. Este instrumento se da en el marco del Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) Institucional.

En el caso del componente de tratamiento, la información generada retroalimenta la toma de decisiones, dado que los registros del sistema COLABORA están asociados directamente a transferencias de recursos inter-institucionales. En los demás componentes, la información sirve como antecedente para definiciones o decisiones de lineamientos de política global, pero no hay evidencia que se use para decisiones de asignación de recursos o focalización.

Los estudios de evaluación realizados a los programas son independientes y permiten identificar logros y debilidades de los componentes, tanto con respecto a procesos, gestión, como a resultados. En el caso de tratamiento y rehabilitación, se han realizado cambios al programa, con la apertura de nuevas líneas (por ejemplo, diferenciación de programa mujeres respecto de programa población general) y la re-definición de planes, precios y modalidades de tratamiento.

²⁴ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). "Procesos de Gestión Territorial CONACE Previene en la Comuna - Informe final - Estudio complementario". DIPRES – CONACE. Santiago de Chile.

²⁵ A través de los instrumentos que la administración del estado ha dispuesto para tales efectos (Programa de Mejoramiento de la Gestión – PMG (Dipres), Programación Gubernamental (Minseges), Estrategia de Seguridad Pública (Interior), etc.).

En el sitio web de CONACE están disponibles de manera abierta todas las encuestas nacionales de población general y población escolar de consumo de drogas. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas permite describir tendencias de consumo y prevalencias de distintas drogas en la población general. Sin embargo, metodológicamente sirve para establecer una línea de base de la Estrategia Nacional e Drogas, pero no de cada uno de los componentes en particular, porque el objetivo de este instrumento es la caracterización epidemiológica de la población y no está diseñada para estimar o medir directamente impacto de las políticas y programas implementados. La información de estos estudios nacionales ha sido de gran valor al momento de diseñar y elaborar los contenidos de los programas que implementa CONACE, tal es el caso de factores como el involucramiento paterno y la percepción de riesgo, cuya importancia como factor protector del consumo de drogas, fue demostrada en los estudios de población general de los años 2004 y 2006, sirviendo de base para elaborar o ajustar los contenidos de los programas Prevenir en Familia y los Programas de Prevención en el Sistema Escolar.

La base de datos de FONASA, en el caso de beneficiarios de tratamiento y rehabilitación, es utilizada de manera regular como parte del proceso de gestión y transferencia de recursos. Si bien la información que CONACE dispone a partir de esta base es relevante, se advierte que, “la calidad de los datos para las prestaciones y otros indicadores clínicos no siempre son registrados adecuadamente en el sistema informático²⁶”. Esto se refiere a las estadísticas específicas de los beneficiarios, logros terapéuticos, cumplimiento de protocolos, logros de gestión, focalización del programa, entrega de prestaciones y egresos o abandonos, por lo cual la base de datos no es confiable para evaluar la efectividad del programa de tratamiento, pero sí la gestión de pagos mensuales.

Esto indicaría que, si bien la base tiene un importante potencial para la generación de información epidemiológica y de gestión que sirva a la retroalimentación y adecuación del programa, hasta ahora ha sido subutilizada.

Siendo FONASA-MINSAL el prestador de los servicios contratados por CONACE, la precariedad de esta información refuerza la idea que el componente de Tratamiento y Rehabilitación no tiene una lógica enfocada a lograr resultados finales del tratamiento (alta terapéutica) en los beneficiarios, sino que prima una lógica de entrega de servicios a aquellos que se acercan a solicitarlo.

Eficacia y Calidad

En relación a los resultados en términos de **eficacia**, en el caso del componente 1, participaron un total de 119.670 familias²⁷ en el período 2005-2008, manteniendo un promedio anual relativamente estable en el número de familias. Este componente en 2005 alcanzó una cobertura respecto de su población objetivo de 12,1%, mientras en 2008 la cobertura disminuyó a 10,5%.

El criterio técnico indica que una familia puede considerarse “habilitada” para ejercer su rol preventivo si ha participado en al menos 5 sesiones; en ese sentido, las cifras de cobertura presentadas en el párrafo anterior no son necesariamente un indicador del logro del objetivo de este componente. El indicador más útil es la medición del porcentaje de familias habilitadas respecto de la población objetivo, el cual es 6% en 2005 y disminuye levemente a 5,8% en 2008. Por otro lado, el porcentaje de familias habilitadas respecto de las que participan, ha aumentado desde 50,1% en 2005 a 57,8% en 2008, lo que demuestra el

²⁶ Conace (2009). Comentarios al Informe Preliminar, pp.13.

²⁷ Independiente del número de sesiones que completaron.

esfuerzo del programa enfocado a asegurar la permanencia de las familias en la capacitación y no en aumentar su cobertura. Esto último justificaría la leve disminución de la cobertura, la que debiera aumentar en los próximos años. Para ello, el Programa debe redefinir el indicador de cobertura en base a las "familias habilitadas" (no de las familias participantes), respecto de su población objetivo. Debe, además, revisar las metas de este indicador en su MML.

Otro indicador de eficacia que puede aportar al análisis de este ámbito, es el número de familias por cada monitor que replica²⁸. En 2005 y 2006, cada monitor habilitaba un promedio de 24 familias; en 2007 y 2008 este promedio disminuyó a 14, lo que representaría una disminución en el rendimiento por monitor si se considera que éste puede habilitar, en condiciones óptimas, 40 familias por año²⁹. No todo monitor que se capacita logra replicar³⁰; en promedio, en el período de evaluación, se observa que aproximadamente el 40% de los monitores capacitados finalmente logran habilitar familias. Por tanto, se detecta en este componente un espacio de mejora, a partir de un mayor compromiso por parte de los monitores y un apoyo a estos por parte del CONACE y sus redes comunitarias, con la finalidad que éstos puedan pesquisar un mayor número de familias interesadas en el programa y conformar así los grupos familiares a habilitar.

El componente 2 durante el 2005 intervino 9.514 establecimientos educativos y a través de ellos se estima que llegó a 3.061.584 estudiantes. En 2008 estas cifras correspondían a 11.165 establecimientos y 3.586.839 estudiantes. La cobertura en 2005 fue de 74% respecto de la población potencial y 80% respecto de la población objetivo, mientras en 2008 estas coberturas aumentaron a 93% y 87% respectivamente, lo que se evalúa positivamente. Para tener una estimación más precisa de la cobertura, se requiere revisar y mejorar la definición de beneficiario efectivo, tomando en cuenta el número de sesiones mínimas a las que debe asistir el estudiante para considerarse "estudiante prevenido"; análogo a lo establecido en el caso de familias del componente 1. Esto responde a que el supuesto que tiene actualmente el indicador de cobertura es que todo estudiante que pertenece a un establecimiento que ha recibido material y capacitación tanto a sus docentes como a sus directivos, puede considerarse un estudiante prevenido. Las cifras observadas por el sistema de monitoreo aleatorio que realiza el CONACE a un 10% de los establecimientos que reciben material y capacitación, dan cuenta que, en promedio, sólo un 64% de los establecimientos monitoreados aplican el modelo de prevención en sus aulas³¹; cifra que estaría cuestionado los porcentajes de cobertura presentados en el párrafo anterior.

Por otro lado, el mismo monitoreo detectó que en los establecimientos intervenidos cada profesor capacitado logra "prevenir" anualmente un promedio de 48 estudiantes. A partir de estos antecedentes se estimó una cobertura considerando el total de docentes capacitados y calculando el total de estudiantes prevenidos a partir de la tasa de 48 estudiantes por profesor. De esto resulta una cobertura de apenas un 23% de estudiantes que forman parte de la población objetivo de este componente en 2008; cifra que también cuestiona las anteriores cifras de cobertura.

En el caso del componente 3, durante el período 2005-2008 se observa un incremento en la participación de instituciones y empresas. En 2005 se atendieron 56 empresas del sector privado y 110 instituciones públicas, mientras que estas cifras en 2008 correspondieron a

²⁸ Monitor que replica es el monitor capacitado que efectivamente participa en la formación de familias.

²⁹ 10 familias cada dos meses.

³⁰ Cada monitor debe lograr conformar previamente un grupo de familias para iniciar el proceso de habilitación.

³¹ Esto significa que transmiten el modelo de prevención a sus estudiantes.

220 y 241 respectivamente; ello se traduce en un incremento en la cobertura desde 2,3% a 8,8% para el primer grupo, y desde 24,6% hasta 53,8% para el segundo. El comportamiento de la cobertura en las instituciones públicas se explica por el énfasis que se le ha dado a la implementación del programa en este grupo, de acuerdo a la obligatoriedad que establece la Ley de Drogas 20.000 del año 2005. Estos indicadores han tenido una evolución positiva y se esperaría que en el mediano plazo, el 100% de las empresas públicas implementen el programa. Se esperaría asimismo, un incremento programado en la cobertura de las empresas privadas; para ello debieran diseñarse estrategias de promoción de esta iniciativa y de sus beneficios para la comunidad empresarial.

Por otro lado, debe especificarse que las anteriores cifras de cobertura del componente no permiten evaluar la eficacia en el logro de su objetivo, ya que éstas se calcularon en base al número de empresas participantes que no corresponde al número de empresas que efectivamente instalan la política preventiva³². En 2005 el porcentaje de participantes que lograron diseñar e instalar una política interna de prevención contra la droga fue de 85% para las instituciones públicas y 64% para las empresas privadas; mientras que en 2008 estos porcentajes disminuyeron a 14% en ambos casos. Estas cifras cuestionan la utilización de indicadores de cobertura respecto a instituciones y empresas que sólo cumplen con la condición de ingresar al programa. Si se considera la relación (cobertura): organización con política instalada/población objetivo ésta es de 7,6% para las instituciones públicas y de un 0,04% para las empresas privadas. En base a esto, se considera que se deben realizar mayores esfuerzos por lograr que las empresas e instituciones que ingresan al programa, egresen de él con la política instalada.

En el caso del componente 4, durante el período 2005-2008, se observa, respecto de la población objetivo, que la cobertura del subcomponente Población General ha disminuido de 87,9% en el 2005, a 76,2% en el 2008. El subcomponente Mujeres aumentó de 16% en el 2005 a 30,6% en el 2008. En términos globales, se puede decir que la cobertura del componente ha aumentado. En el caso de los Jóvenes Infractores de Ley, la población potencial coincide con la población objetivo y mantiene la cobertura en un 87,2%, tanto en el 2007 como en el 2008.

El componente cumple con las metas planificadas de entrega del servicio en las unidades de tiempo (meses) esperadas según estándares. Este análisis sólo da cuenta de la entrega de prestaciones médicas que forman parte de los tratamientos entregados, pero no del resultado que se obtiene en los beneficiarios, con la aplicación del mismo. Entre otros aspectos, no considera si los meses de tratamiento corresponden a una permanencia continua o interrumpida del paciente durante el período³³. Por otra parte, se desconoce la situación de egreso de la población atendida, la que puede variar desde un “alta terapéutica” hasta el “abandono del tratamiento”.

En el caso del componente 5 la cobertura respecto de la población objetivo, que se ha establecido en 200 comunas, la cobertura ha variado de 46% en 2005, a 70% en 2008. En términos de población, ello representa, en el año 2005, un 67% de la población total de Chile y, en el año 2008, un 78% de la misma. Este indicador evidencia un comportamiento de acuerdo a la planificación anual del programa, que tiene como meta final instalar al 2010, el modelo de gestión Previene en 200 comunas, de acuerdo lo establecido en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública 2006-2010.

³² La instalación de la política conlleva la realización de hitos: la realización del taller de diseño de política y sensibilización frente al tema y la formalización de la política a partir de un documento (política escriturada).

³³ La continuidad en los tratamientos en salud mental asegura una mayor probabilidad de logro de objetivos terapéuticos (Minsal, 2000).

En relación al análisis de Cumplimiento del Propósito

Indicador es insuficiente para la medición de resultados a nivel de propósito, lo que no permite realizar un análisis de cumplimiento del mismo. Aporta a la evaluación de la calidad del proceso.

Antecedentes Financieros

Entre 2005 y 2008, el gasto devengado total, pasó de \$15.270 millones a \$27.803 millones, aumentando \$12.532 millones, equivalente a un crecimiento real del 82%. Durante dicho período, el gasto devengado ha sido en promedio un 3,6% superior al presupuesto inicial aprobado.

Este incremento de 12.532 millones de pesos en el gasto devengado total entre 2005 y 2008, se debería en un 87% (10.887,7 millones) a un incremento en las transferencias, un 6% (778,6 millones) a un incremento del personal, y un 6% (770,5 millones) a un aumento en bienes y servicios de consumo. Visto desde la perspectiva de evolución del gasto devengado total, entre 2005 y 2008, las transferencias habrían aumentado 86%, el personal habría crecido 73%, y los bienes y servicios de consumo crecieron 50%.

En una perspectiva acumulada del gasto total de todo el período, por componentes, el 40% se ha gastado en "Tratamiento y Rehabilitación"; 23% en el componente "PREVIENE" ejecutado a nivel Comunal; 5,3% en los componentes de Prevención ejecutados en el ámbito Familiar, Educacional y Laboral; 25% en diversos programas menores agrupados en "Otros Componentes", y 6,2% en "Gastos de Administración".

Visto en una perspectiva dinámica de acuerdo a la evolución de cada componente del gasto devengado total, entre 2005 y 2008, el incremento se debería en un 79% (\$9.874 millones) a un aumento del gasto en Tratamiento y Rehabilitación, 16% (\$2.029 millones) a un incremento del gasto en Otros Componentes, 6% (696 millones) a un aumento en Gastos de Administración.

En cifras absolutas, el gasto en Tratamiento y Rehabilitación prácticamente se ha triplicado entre 2005 y 2008, en términos reales, pasando de \$3.881 millones a \$13.756 millones, equivalente a un crecimiento real del 254%. Una mirada al interior de este componente, en perspectiva acumulada del gasto total de todo el período, nos indica que 39% se ha gastado en tratamiento de Población General, 30% a Infractores de Ley, 11% a Mujeres 11%, 8% a Infanto-adolescentes, y 3,5% a Población Penal.

Este incremento en el gasto devengado del componente Tratamiento y Rehabilitación de 9.874 millones de pesos constantes (pesos del año 2009), se debería en un 63% (\$6.195 millones) a Infractores de Ley, 23% (\$2.261 millones) a Población General, 5,2% (\$515 millones) a Mujeres.

El incremento estaría relacionado a la implementación de la Ley 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente (Infractores de Ley), la cual obliga a CONACE a financiar el tratamiento de todos los jóvenes derivados de la justicia, a través del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME; a un aumento de la cobertura para disminuir la brecha en el tratamiento de la Población General; a mayores traspasos a oficinas regionales; a la implementación del Registro Único de Sustancias Químicas y Unidad de Fondo Especial; entre otros.

Los gastos promedios por componente muestran fuerte variación: incremento para unos (Tratamiento y Rehabilitación, Prevención Laboral) y disminución para otros (Prevención Familiar, Prevención Educación, Prevención Comunal).

Esta variación de los gastos promedios se explicaría, cuantitativamente, porque la tasa de variación de los gastos ha sido superior que la tasa de variación de la población beneficiaria en la mayoría de los componentes y sub-componentes, con excepción de Previene Comunal e Infractores de Ley.

3. Justificación de la Continuidad del Programa

Tanto el Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile y el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar entregan información epidemiológica valiosa y confiable a nivel país, respecto a la situación del consumo de drogas en Chile. Esta información permite una aproximación a los resultados obtenidos en materia de prevención del consumo, ofreciendo la posibilidad de generar indicadores a nivel de propósito, resultados intermedios y de proceso, que se pueden utilizar para realizar un seguimiento de la oferta programática Conace.

Sin embargo, es importante resaltar que el análisis de estos indicadores no puede ser comprendido como una evaluación directa a nivel de resultados finales de la acción de intervención de Conace, pues para ello se requiere de criterios adecuados y pertinentes del análisis de la magnitud de su impacto a nivel nacional, esto es tener claridad respecto a la envergadura y cobertura de su acción. La encuesta no cuenta con indicadores apropiados para identificar de manera precisa y adecuada las acciones realizadas, simplemente, debido a que las encuestas no tienen un propósito evaluativo de la intervención de CONACE, sino más bien, un carácter epidemiológico que provee de información clave para tener una mirada general y confiable de la situación nacional y regional, que contribuya a la definición y perfeccionamiento de la *Estrategia Nacional de Drogas*.

Teniendo esto en cuenta, es relevante considerar los estudios realizados hasta ahora para la formulación de estrategias y políticas particulares en el área de la prevención, control y tratamiento focalizados. Respecto a sus resultados, el último estudio en población general evidencia que entre el 2006 y el 2008 se han producido alzas en las percepciones de riesgo³⁴ en población general del consumo de cocaína desde un 69% a un 75%, pasta base desde un 77% a un 81%; sin embargo, en el caso de la marihuana, la percepción del riesgo ha disminuido desde un 88% a un 84% en el mismo período³⁵. Por otro lado, el consumo de marihuana ha disminuido desde un 7,2% hasta un 6,4%; mientras el consumo de cocaína ha aumentado desde un 1,3% a un 1,8%; y el consumo de pasta base también ha aumentado de un 0,6% a 0,7%. Un buen resultado asociado a los esfuerzos preventivos de la *Estrategia Nacional*, remite a los datos que muestran que la precocidad (proporción de prevalentes que se ha iniciado antes de los 15 años) en el consumo de drogas no ha aumentado en el último período (2005-2007). En el caso de la marihuana los prevalentes que se han iniciado antes de los 15 años fluctúa alrededor al 10% en población general mientras que en población escolar lo hace alrededor de un 45%, mostrando en este último caso una leve caída de 4 puntos porcentuales.

³⁴ El aumento o mantención de una alta percepción de riesgo constituye un objetivo de la acción preventiva. La evidencia internacional y nacional muestra la existencia de una relación inversa entre percepción de riesgo y prevalencia de consumo por tipo de droga (Ahumada, 2009).

³⁵ Algunas explicaciones respecto de la baja en la percepción de riesgo del consumo de marihuana se relacionan con la postura pública de algunos grupos influyentes del país que promueven la legalización de su consumo considerando que la sustancia no es dañina y que incluso podría tener virtudes medicinales. Esto contribuiría a la "normalización" de su consumo en el imaginario colectivo, disminuyendo la percepción de riesgo sobre tal sustancia (Ahumada, 2009).

Estos y otros indicadores obtenidos a partir de la encuesta, dan cuenta de un mejoramiento y en algunos casos estancamiento en su evolución de los indicadores que miden los resultados de la Estrategia Nacional de Drogas. Esto refuerza la necesidad de contar con programas orientados a la prevención del consumo en sus distintos niveles, especialmente dirigidos a poblaciones vulnerables, niños/as y jóvenes.

La proyección de comportamiento de la población potencial sugiere que dicha necesidad perdurará durante los próximos años, requiriendo una planificación eficiente para hacer frente a estas necesidades y que evalúe permanentemente su acción a partir de un sistema de seguimiento y monitoreo a los resultados esperados de las intervenciones.

Por su parte, la labor realizada por CONACE a través de su propuesta programática, da cuenta de resultados que aportan a la prevención en el consumo de drogas, de acuerdo a lo mostrado por diferentes estudios de evaluación realizados a estos componentes³⁶. Como ejemplo, el componente de prevención en familia, a través de talleres guiados por monitores, logra entregar información valiosa respecto de las drogas y sus efectos a los padres o adultos significativos, pero dicho efecto es menor en los hijos; el componente prevención en el sistema escolar logra en estudiantes de 8vo básico (edad clave para prevenir el consumo) aumentar la percepción de riesgo y la desaprobación del consumo en los participantes, especialmente en los niveles socio-económicos bajos y medios; el componente prevención laboral logra instalar en las empresas e instituciones participantes la temática de la prevención del consumo de drogas y el mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo, como temas relevantes de gestión interna; el componente tratamiento y rehabilitación logra entregar planes adecuados para las personas beneficiadas, si bien se constata el desafío de generar mecanismos para retener a los pacientes y evitar el abandono de tratamiento; el componente CONACE Previene en la comuna es la estrategia para implementar en los territorios locales la oferta preventiva institucional de CONACE, contribuyendo a sus resultados mediante el involucramiento de los actores claves de la comunidad local.

La forma de organización y gestión de los programas, incluyendo sus mecanismos de coordinación y toma de decisiones a nivel nacional/regional/local, permite asegurar los resultados antes mencionados. Sin embargo, en el caso del primer componente (y en menor grado en el tercero) las coberturas en relación a la población objetivo y potencial son aún bajas, lo que podría indicar la necesidad de fortalecer los equipos profesionales asignados a dichos programas. En general, en todos los componentes preventivos se constata la importancia de integrar de manera más clara, como parte del modelo de gestión, las funciones de evaluación y seguimiento de beneficiarios finales

³⁶- Expanzion Consulting Group Ltda. (2009) y CONACE (2007) para el componente de prevención familiar;
-CONACE (2008) para el componente de prevención escolar, particularmente programa Quiero Ser en octavos básicos;
- Asesorías para el Desarrollo (2008) para el componente de prevención laboral;
-Universidad de Chile (2008) para el componente de tratamiento y rehabilitación en población general;
- INAP-CESC (2006) para el componente de CONACE Previene en la comuna..

4. Principales Recomendaciones

Diseño

Asegurar en el diseño del programa sistemas de seguimiento, monitoreo o evaluación continua a los resultados esperados para cada programa. Para esto se recomienda definir indicadores de resultados intermedios o de efectos, a los cuales se pueda hacer seguimiento en el tiempo. Estos indicadores evaluarían cambios en el comportamiento o actitud de los beneficiarios una vez que han recibido los bienes o servicios de un programa o acción pública.

Fortalecer e incrementar las actividades ya iniciadas desde el 2003, relacionadas con la detección precoz o la atención temprana al consumo en situaciones de riesgo. Se refiere a estrategias dirigidas a población que ya se ha iniciado en el consumo de drogas o lo hace de manera esporádica, que no presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia, el trabajo preventivo se centra en lograr la abstinencia y evitar que el consumo se haga habitual, abusivo o que se desarrolle dependencia. No existen evaluaciones de resultados a programas dirigidos a jóvenes en riesgo, por lo que se recomienda que se realicen estudios de efectividad a programas pilotos para validar el modelo de intervención en esta población.

Reforzar acciones (visitas, rescate, prevención de recaídas, seguimiento, etc.) que aseguren la retención de los usuarios en el proceso de Tratamiento y Rehabilitación de los tres subcomponentes evaluados. Si bien este componente ha considerado las actividades de rehabilitación e inserción social, ellas deben ser potenciadas y fortalecidas para un completo cumplimiento de los objetivos a nivel de propósito.

Organización y Gestión

Fortalecer (o crear, según el caso) una unidad a cargo de las funciones de evaluación de resultados y seguimiento de beneficiarios. El proyecto de ley que crea la institucionalidad relacionada con el tema de drogas, está redactado de manera general y no señala unidades de evaluación en la organización del servicio, por lo que se recomienda fortalecer la unidad de evaluación de resultados.

Para un buen funcionamiento de los equipos Previene comunales se recomienda asegurar buen proceso de selección de coordinadores comunales Previene, en base a competencias requeridas, dado su rol estratégico en la implementación, coordinación y apertura de instancias de participación ciudadana en la comuna. En la misma línea, reforzar y/o generar algún tipo de política de recursos humanos que fomente la mantención de los profesionales en los equipos comunales Previene.

En los programas preventivos donde los beneficiarios acceden por autoselección e interés por participar—entendida por la elección de la alternativa de aceptar o rechazar la oferta de prevención—, se sugiere precisar los criterios de focalización y diseñar ofertas diferenciadas para la población que no demuestra interés o motivación por incorporarse, pero que igualmente presenta la necesidad de recibir prevención primaria (antes de presentar el problema de consumo) o terciaria (tratamiento/rehabilitación) que motiva la creación de estas ofertas³⁷.

³⁷ Para CONACE, aquella población que presenta consumo y se autoexcluye, tiene características que requiere una intervención específica. Desde el año 2008 se han iniciado intervenciones de prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerables, prevención secundaria en establecimientos educacionales vulnerables, intervenciones en lugares de ocio y recreación, entre otros.

En el marco de la nueva institucionalidad que convertirá a CONACE en un servicio público autónomo y descentralizado, se sugiere reordenar el organigrama institucional de un modo tal que le dé más visibilidad a las áreas programáticas y le dé a las áreas de gestión un rol de apoyo transversal.

Se recomienda la revisión del sistema de información del consumo de drogas y los resultados de los programas relacionados, considerando distintos objetivos que pudiesen ser asumidos por distintos sectores de la administración pública y a distintos niveles territoriales. Esto es:

(i) *Contar con información epidemiológica respecto de la situación de consumo, factores de riesgo y daño a la salud.* El cumplimiento de este objetivo puede estar representado en un módulo especialmente diseñado para el levantamiento de esta información (similar a lo que realiza la encuesta actual) que sea asumido por algún instrumento de morbilidad y riesgo de nivel nacional cada 4, 6 o más años. Un estudio epidemiológico de este tipo requiere de un periodo suficiente para evaluar el comportamiento de las variables que no dan cuenta de cambios en el corto plazo. Considerando que existe actualmente capacidad técnica de calidad instalada en el país, esto contribuiría a la disminución de los costos y esfuerzos desplegados hasta ahora en los estudios nacionales

(ii) *Contar con información respecto de los resultados de los programas de intervención de Conace.* Esto requiere de instrumentos y diseños específicos, especialmente elaborados para la evaluación de los programas, que tuviesen metodológicamente, la flexibilidad suficiente para ser aplicados a distinto nivel territorial (regional o comunal) que permita la comparación de resultados en diferentes lugares y eventualmente puedan ser incorporados como un módulo al interior de otros instrumentos de evaluación de programas sociales. Para el componente Tratamiento y Rehabilitación actualmente se cuenta con el registro FONASA que requeriría mejorar los procesos relacionados con la generación de información.

(iii) *Contar con información respecto de la efectividad de las intervenciones sobre factores protectores, prevención de factores de riesgo, tratamiento y rehabilitación de los daños asociados al consumo de drogas.* Corresponde a estudios de específicos que evalúen resultados de proyectos particulares, en vistas a validar experiencias y replicarlas a mayor escala. Actualmente esto ha sido realizado por Conace para algunas intervenciones, sin embargo los ámbitos de la prevención secundaria y de la rehabilitación y reinserción social requieren de una mayor priorización. Se recomienda el fomento de estos estudios en la comunidad científica.

I. ANTECEDENTES

1.1. Descripción General del Programa

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) diseña y coordina estrategias y esfuerzos para enfrentar el problema de las drogas en Chile desde 1990.

El presente informe abordará su propuesta programática a través de tres líneas con cobertura nacional: Prevención, Tratamiento y Rehabilitación; y Previene Comunal³⁸.

En Prevención, las acciones se implementan en diferentes ámbitos: familia, escuela, comunidad y los lugares de trabajo³⁹.

El programa “Prevenir en Familia” busca que padres, madres y adultos significativos tomen conciencia del importante rol que juegan en la prevención. Se inicia el año 2003.

En el sistema escolar, junto al Ministerio de Educación, se impulsa en el 2003 el Programa de “Prevención de Drogas y Alcohol en el Ámbito Educativo” que cubre desde la educación preescolar hasta la enseñanza media.

El programa “Trabajar con Calidad de Vida” comienza el año 2004 está a disposición de todas las instituciones y empresas públicas y privadas.

En Tratamiento y Rehabilitación, los programas se ejecutan en centros de salud públicos y privados, a través del convenio CONACE-FONASA-MINSAL que opera desde el año 2000. Permite ofrecer tratamiento gratuito y de calidad a hombres y mujeres mayores de 20 años.

El Previene en la Comuna, que plantea una estrategia para abordar el tema desde la perspectiva local y en forma participativa; está implementado en 140 comunas que concentran más del 80% de la población del país. El objetivo es fomentar la participación de todos los actores, organizaciones y redes locales para enfrentar el consumo de drogas en los territorios locales. Se inicia en el año 2000.

En la ejecución de las distintas líneas programáticas están involucradas una serie de instituciones, tales como: MINSAL, FONASA, SENAME, Gendarmería, Municipios, etc.

1.2. Objetivos del Programa a nivel de fin y propósito

Objetivo a nivel de FIN:

Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas.

Objetivo a nivel de PROPÓSITO:

Se ha prevenido⁴⁰ el consumo de drogas a nivel nacional.

³⁸ Las iniciativas del CONACE que no forman parte de esta evaluación son: Evaluación y estudios, Registro de sustancias químicas, Capacitación, Comunicaciones, Publicaciones, Planificación y Asesoría internacional.

³⁹ Se ejecutan programas de prevención universal, de carácter muy masivo, y otros específicos, para grupos de mayor riesgo y con características particulares.

⁴⁰ La prevención, en términos generales, consiste en una serie de acciones que permitan evitar o postergar el consumo de drogas en la población. Como lo indica el término, es una acción anticipada y está orientada a evitar en definitiva el daño que genera el consumo de drogas y alcohol. La prevención se puede implementar en diferentes ámbitos tales como la escuela, familia, comunidad y en los lugares de trabajo.

Por mucho tiempo se ha empleado la distinción entre tres tipos de intervenciones denominadas primaria, secundaria y terciaria relacionadas cada una con la presencia y el grado de compromiso con las drogas de la población intervenida. Pero, también y desde

1.3. Justificación del Programa

Los problemas asociados al consumo de sustancias constituyen la principal causa de mortalidad y discapacidad en hombres menores de 45 años en nuestro país, y la dependencia a estas sustancias es una de las 10 principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o Muerte Prematura (AVISA) en toda la población⁴¹. Además el consumo problemático de sustancias se asocia significativamente con enfermedades físicas y mentales, accidentes y conductas violentas, deterioro de la calidad de vida de las familias, y disminución de la productividad laboral, causando grandes pérdidas económicas al país⁴².

Según el último estudio del CONACE (2006) sobre consumo de drogas en población general⁴³, el porcentaje de personas que declaran haber usado alguna droga ilícita en los últimos 12 meses previos a la aplicación de la encuesta es de 5,8%, estimándose que unas 508 mil personas han usado drogas ilícitas recientemente en Chile. Las sustancias ilícitas más usadas en nuestro país son marihuana (5,3%), clorhidrato de cocaína (1,3%) y pasta base de cocaína (0,6%)⁴⁴. Se estima que de cada 4 consumidores recientes de marihuana, 1 de ellos presenta signos de dependencia a esa droga. Asimismo, un tercio de los usuarios recientes de cocaína presenta signos de dependencia, lo cual asciende a 1 de cada 2 en el caso de la pasta base.

El mismo estudio indica que el uso de drogas ilícitas está fuertemente concentrado en la población joven entre los 15 y 35 años de edad, donde el 11% ha consumido en forma reciente drogas ilícitas como marihuana, cocaína y/o pasta base. En otras palabras, 1 de

hace varios años, se emplea otra clasificación vinculada con la distinción entre intervenciones de acuerdo al tipo de población en relación con el riesgo y vulnerabilidad relativa de ella y que distingue entre prevención universal, selectiva e indicada según el nivel de exposición o presencia de factores de riesgo en la población. Es importante destacar que ambas clasificaciones apuntan a aspectos distintos y no son necesariamente excluyentes, pero tampoco son equivalentes, siendo la yuxtaposición más precisa la que se observa entre Prevención Primaria y Universal.

De acuerdo a lo señalado, las definiciones se presentan a continuación:

Primaria, son aquellas estrategias preventivas que inciden sobre una serie de factores de riesgo y protección de carácter general. Está destinada a grupos no consumidores de drogas o alcohol.

Secundaria, está dirigida a aquellos que ya se están iniciando en el consumo de drogas de manera esporádica o experimental. No presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia. El trabajo preventivo se centra en la detección precoz, la atención temprana y lograr evitar el consumo antes de que alcance a ser habitual, abusivo o de dependencia.

Terciaria, está orientada a personas que de consumo habitual de drogas con problemas de abuso y dependencia. Se presta atención en cuanto a reducir daños, rehabilitación e inserción social.

Prevención Universal, es el conjunto de actividades que se diseñan para abarcar a todos los individuos de la población en general, sin considerar si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los conlleven al inicio y abuso de drogas. En esta intervención preventiva, se considera que los miembros de la población pueden compartir los mismos factores de riesgo relacionados con las drogas, pero que el riesgo puede ser variable para cada individuo.

Prevención Selectiva, es el conjunto de acciones que se dirigen a ciertos subgrupos de la población que han sido identificados como sujetos en alto riesgo capaces de generar problemas relacionados con las drogas, ya que poseen riesgos, familiares, sociales, o de contexto específicos que requieren su participación directa en actividades preventivas adecuadas a su situación. En la prevención selectiva, la vulnerabilidad individual o riesgo personal de los integrantes del subgrupo de interés por lo general no es valorado, más bien, es el subgrupo como un "todo" el que se ubica en mayor riesgo para el abuso de sustancias.

Prevención indicada, son estrategias que dirigen sus actividades hacia aquellos individuos que han experimentado con drogas y muestran conductas problemáticas asociadas con el abuso de sustancias. La atención a estos individuos requiere de la elaboración de programas de prevención especiales.

⁴¹ MINSAL (1993). Estudio de Carga Enfermedad en Chile. Santiago: Minsal.

⁴² CONACE (2003). Costos humanos, sociales y económicos de las drogas en Chile. Santiago: Conace

⁴³ Con representatividad nacional

⁴⁴ Una persona puede consumir más de 1 droga ilícita.

cada 10 personas entre 15 y 35 años de edad ha usado drogas en forma reciente. Menos del 2% de la población ha usado drogas fuera de ese tramo de edad.

Los estudios realizados por CONACE, dan cuenta también del alto uso de fármacos sin prescripción médica entre los chilenos. El 3% de la población entre 12 y 64 años de edad ha usado algún tipo de tranquilizante benzodiacepínico en los últimos 12 meses previos a la encuesta. De igual modo, el 0,4% usó recientemente algún tipo de estimulante como anfetaminas o metanfetaminas. En nuestro país, la automedicación se ha ido convirtiendo en una respuesta cada vez más frecuente a los problemas del estrés y de la vida agitada. De esta forma, los psicofármacos abandonan cada vez más la categoría de medicamentos para ser pensados y consumidos como una pastilla para el estilo de vida, que proporciona al sujeto un alivio rápido a las condiciones de molestia y malestar que acarrea la vida actual en los diferentes ámbitos (laboral, social, afectivo).

El consumo de drogas no es particularmente exclusivo de las familias con los mayores o menores niveles de ingresos económicos, diferenciándose más bien por el tipo de droga utilizada. Es así como la mayor declaración de consumo de marihuana se registra entre las personas cuyas familias tienen ingresos promedio mensuales sobre 1 millón de pesos, es decir, en el grupo de mayores ingresos, con una tasa de 9,2%. Ésta tasa de consumo de marihuana duplica a la de personas cuyas familias tienen los más bajos ingresos, con tasas de 4,5%.

Asimismo, el mayor consumo de cocaína se registra entre personas de familias de mayores ingresos, de más de 1 millón de pesos, con tasas de consumo de 2,1%, casi 1 punto porcentual por encima de la tasa de consumo de cocaína para los otros grupos de ingresos.

La pasta base, en cambio, se consume mayoritariamente entre las personas de familias con más bajos ingresos, con una tasa de 0,8% entre individuos con ingresos familiares de 200 mil pesos hacia abajo.

Entre las causas que originan el problema de las drogas es posible citar⁴⁵:

1. Baja percepción de riesgo respecto del consumo de drogas. Este factor constituye la "barrera subjetiva".
2. Facilidad de acceso, esto es la presencia de drogas en el entorno, lo cual implica una mayor exposición a la oferta de drogas. Este factor constituye la "barrera objetiva".
3. Representaciones sociales y significados asociados al uso de droga, como por ejemplo, la asociación del consumo de marihuana con la vida recreativa.
4. El nivel de involucramiento de los padres o compromiso parental en la formación de sus hijos. Esto incluye tanto el interés en las actividades del joven, como el control sobre sus actividades, el compartir actividades, conocimiento de sus relaciones de amistad.
5. Compromiso en conductas violentas, tales como: robar, pelear, agredir a otros, participar en grupos que agraden a otros.
6. Tolerancia al uso de drogas en el entorno
7. Competencias psicológicas individuales: autoimagen positiva y habilidades interpersonales tales como: asertividad, comunicación, empatía, etc.
8. Motivaciones como el deseo de experimentar, la necesidad de aceptación, identificación con el grupo, rebelión contra figuras de autoridad (padres y profesores), evadir

⁴⁵ CONACE (2009). Ficha 1 de Antecedentes. Preparación Marco Lógico. Santiago: Dipres.

problemas, aliviar sufrimientos (hambre), expresar sentimientos, liberar tensiones y angustias, etc.

9. Modelos paternos/maternos

De acuerdo a lo señalado el consumo de droga es un fenómeno multicausal en el que están comprometidos diferentes niveles sistémicos del desarrollo psicológico⁴⁶ de las personas: familia, barrio, escuela, trabajo, cultura, etc. Esta perspectiva orienta hacia un modelo de intervención que actúe tanto, sobre diferentes sistemas, niveles y momentos del desarrollo del ser humano. Esto significa: promover estilos de vida, relaciones y espacios saludables; prevenir, anticipándose al consumo; y proteger, tratar o rehabilitar cuando el consumo ha comenzado o se ha convertido en dañino para la persona y su entorno.

Dado este planteamiento, el programa Conace se ha propuesto trabajar diferentes líneas de prevención.

Por su parte, la línea de prevención relacionada con familia se sustenta, entre otros antecedentes, en los hallazgos evidenciados en los estudios epidemiológicos-sociales en población escolar realizados en nuestro país⁴⁷. Ellos muestran que la capacidad de los padres de involucrarse, estar atentos y seguir el comportamiento de sus hijos está directamente asociada a menores tasas de prevalencia de consumo de alcohol y drogas ilícitas que declaran los escolares.

En cuanto a la prevención realizada en los establecimientos educativos, la evidencia arrojada por el mismo estudio⁴⁸ muestra que el 15,5% de los escolares de 8vo básico a 4to medio, reconoce haber consumido, durante el último año, alguna de las siguientes drogas: marihuana, pasta base o clorhidrato de cocaína. La población adolescente aunque no registra las tasas más altas de consumo, es considerada la más vulnerable y propensa a consumir drogas. Dicha situación es consecuente con datos que indican que las prevalencias de consumo suben a medida que se aumenta de curso en la enseñanza media. Este indica la necesidad de incorporar la prevención del consumo de drogas a lo largo de todo el sistema educacional. En este ámbito se posibilita la acción preventiva, en tanto los procesos formativos promueven el desarrollo de habilidades y capacidades que protegen ante situaciones de riesgo.

En otro ámbito, el crecimiento económico se ve afectado por las consecuencias negativas que genera el problema de las drogas en el ámbito laboral. Así, el aumento de los accidentes, el ausentismo y los conflictos grupales generan merma en la productividad del país que se acrecientan con las pérdidas económicas originadas por morbilidad y mortalidad asociadas al consumo de drogas (Conace, 2003).

La gravedad de este fenómeno radica en que la droga no sólo produce severos daños a la salud de quienes la consumen. Sus consecuencias exceden el ámbito de la salud pública: deteriora la familia y es fuente de conflictos sociales de diversa naturaleza.

El último Estudio Nacional de Hogares 2006, establece que la tasa consumo de drogas ilícitas es de 7,3%, lo que equivale a unas 640.420 personas, de las cuales 218.744 son consumidores problemáticos⁴⁹ (hombres 173.758 y mujeres 44.986), y el 8,2% (17.961) declaran desear tratamiento.

⁴⁶ Bronfenbrenner, U. (1987). "La ecología del desarrollo humano". Barcelona: Paidós (1987)

⁴⁷ CONACE (2001). Estudio en Población Escolar CHILE. Santiago: CONACE

⁴⁸ Op. Cit.

⁴⁹ Se entiende por consumidor problemático de drogas a todo tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familia, rendimiento laboral/escolar, seguridad personal, funcionamiento social, etc. Se utilizan los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) que evalúan

Existe evidencia suficiente que demuestra que el tratamiento y la rehabilitación reducen el uso de las drogas, y mejoran la salud y el funcionamiento social de las personas, con lo que también disminuyen el riesgo de enfermedades infecciosas y la comisión de delitos (Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito UNODC⁵⁰) La experiencia demuestra que quienes ingresan a tratamiento pueden lograr resultados satisfactorios a través de un proceso de rehabilitación sistemático e integral, que considere factores biológicos, psicológicos, sociales y de contexto, asociados al consumo de drogas.

Durante tres decenios, las investigaciones en el ámbito internacional han demostrado repetidas veces que el tratamiento reduce eficazmente el consumo problemático de drogas, y que esa reducción también se vincula con reducciones significativas de la delincuencia, los problemas relacionados con la salud y los gastos⁵¹.

También es relevante considerar que, el fenómeno del consumo de drogas se ha extendido a todos los sectores sociales del país, afectando en mayor medida a los grupos de riesgo social.

Los tipos de drogas usadas, los contextos de consumo, la carencia de redes de apoyo y los recursos para enfrentar situaciones de consumo y sus efectos, de los grupos sociales más vulnerables, profundizan los impactos negativos. De allí que la estrategia CONACE PREVIENE En la Comuna ha desarrollado un modelo de intervención selectivo a nivel local, dirigiendo su acción a grupos de mayor riesgo.

1.4. Política global y/o sectorial a que pertenece el Programa

El programa se vincula a:

Objetivos estratégicos:

1. Fortalecer el rol de las autoridades de Gobierno Interior y del Servicio de Gobierno Interior en su calidad de representantes naturales e inmediatos del Presidente de la República y del Ministerio del Interior en materias de orden público, seguridad pública y gestión del territorio.
2. Fortalecer la política de seguridad del gobierno a través de la ejecución intersectorial y coordinada de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública a nivel nacional, regional y comunal.

Producto estratégico: *Provisión de Seguridad Pública a la Población - Drogas*

Política Pública: *Estrategia de Seguridad Pública. Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008*

los siguientes aspectos: Dependencia, definida como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que considera la compulsión por consumir, incapacidad de detenerse, uso de drogas para evitar síntomas, síndrome de privación, tolerancia (necesidad de consumir en mayores cantidades para sentir los mismos efectos), preeminencia del consumo sobre actividades de diversión regulares, consumo a pesar de problemas de salud derivados; como también el consumo Abusivo que incluye: incumplimiento de obligaciones en casa, trabajo o estudio, exposición de integridad física, compromiso en conductas antisociales, peleas con la familia o amigos, compromiso en conductas violentas ,etc." Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Cobertura. Ver Anexo, sobre "Consumo Problemático": Medición de la Dependencia a Drogas de Acuerdo a Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10 y Medición del Abuso a Drogas

⁵⁰ Oficina contra la Droga y el Delito ONU (2003). Tratamiento contemporáneo del abuso de drogas: Análisis de las pruebas científicas. Nueva York: Naciones Unidas.

⁵¹ Op. Cit.

Entre los instrumentos legales se destacan:

- Ley 20.000 que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas publicada del 2005.
- Ley 19.925 sobre expendio y consumo de bebidas alcohólicas del 2004.
- Ley 20.105 en materias relativas a la publicidad y el consumo del tabaco del 2006.
- Decreto Nº 1.215, establece normas que regulan las medidas de prevención del consumo de drogas en los órganos de la administración del estado, publicada en el año 2007.
- Decreto Nº 539, reglamento sobre distribución del fondo especial del ministerio del interior para financiar programas de prevención del consumo de drogas, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por problemas de drogas.
- Decreto Supremo Nº 683 de 21 de septiembre de 1990 que crea Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.
- Decreto Supremo Nº 1407 de 23 de mayo de 1995 que encomienda al Ministerio del Interior la función de Coordinación de los Ministerios y los órganos de administración del Estado en prevención, Tratamiento Rehabilitación, reinserción y Control.

1.5. Descripción de bienes y/o servicios (componentes) que entrega el Programa

Para contribuir al cumplimiento del propósito de *“prevenir el consumo de drogas a nivel nacional”*, el CONACE desarrolla diversos programas e iniciativas orientadas tanto a la prevención (primaria, secundaria y terciaria) como al tratamiento y rehabilitación. No todos los programas están incluidos en esta evaluación, como se señaló anteriormente en este informe.

En el marco de esta evaluación, se han considerado cinco programas o componentes: Prevenir en Familia, Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, Trabajar con Calidad de Vida, Tratamiento y Rehabilitación y CONACE PREVIENE que buscan contribuir a la prevención y tratamiento del consumo de drogas en diferentes contextos y poblaciones objetivo. En el caso del componente de tratamiento y rehabilitación, éste incluye a su vez tres subcomponentes.

Todos los programas que desarrolla CONACE en los componentes y subcomponentes mencionados aplican, en general, la perspectiva de género tanto en sus sistemas de registro de información, como en la provisión de productos asociados, esto se expresa en la gráfica de los materiales que forman parte de los programas, el acceso sin discriminación de hombres y mujeres a cada uno de ellos y el desarrollo de programas especializados de tratamiento de mujeres con problemas derivados del consumo de drogas. Cabe señalar que CONACE, a través de la Secretaría y Administración General del Ministerio, está incorporado al PMG de género, cuyo organismo validador es el SERNAM.

A continuación se describen los bienes/servicios entregados por cada uno de estos componentes y subcomponentes y sus beneficiarios.

Componente 1: Prevenir en Familia

Existe abundante evidencia de que la familia es uno de los más importantes –si no el principal- factores protectores del consumo de drogas en los hijos. Por ello, el programa “Prevenir en Familia” busca que las familias conozcan y experimenten, en forma práctica y teórica, los elementos básicos para orientar su labor preventiva.

El programa consiste en la formación y capacitación de monitores voluntarios para la aplicación de un plan de intervención, a través de la propuesta de realización de doce sesiones de 90 minutos promedio cada una, de las cuales técnicamente se sugieren 5, , en las cuales dichos monitores aplican una metodología participativa para habilitar a padres, madres y/o adultos significativos presentes en el hogar, con hijos/as menores de 18 años.

Padres, madres y/o adultos significativos “habilitados”, en este contexto, se entiende por adultos que han adquirido conocimientos y competencias para desarrollar al interior del hogar conductas preventivas eficaces que involucren ámbitos tales como: establecimiento de normas y límites, comunicación, relación afectiva, resolución de problemas, fortalecimiento de la autonomía y responsabilidad, uso del tiempo libre, recreación y, específicamente, prevención del consumo de drogas.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

El ámbito educacional es otro espacio identificado como crucial en la Estrategia Nacional de Drogas de CONACE Aquí, CONACE, junto al Ministerio de Educación, impulsa el Programa de “Prevención del consumo de Alcohol y drogas en el sistema educativo” que cubre todos los establecimientos educacionales y unidades educativas existentes en el país, desde la educación preescolar hasta la enseñanza media (priorizando establecimientos que reciben financiamiento público).

El programa de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, incluye:

- Un programa de prevención temprana -“En busca del tesoro”- orientado a niños y niñas de la educación parvularia.
- Un programa de prevención temprana -“Marori y Tutibú”- dirigida a niños y niñas de primero a cuarto año de enseñanza básica,
- Un programa de prevención escolar -“Quiero ser”- para alumnos de quinto a octavo año de enseñanza básica, y
- Un programa de prevención del consumo de alcohol y drogas -“Yo decido”- para alumnos de primero a cuarto año de enseñanza media.

En todos estos casos se trata de programas de prevención primaria del consumo de alcohol y drogas, que son ofertados directamente a sostenedores y directores de todos los establecimientos educacionales y unidades educativas existentes en el país. Una vez que los responsables de los establecimientos aceptan la oferta, se inscriben a través del sitio web de CONACE, indicando en qué nivel y qué cursos desean implementar los programas respectivos, indicando la matrícula correspondiente. Luego CONACE distribuye de manera gratuita en tales establecimientos el material técnico requerido para la aplicación de los programas.

Asimismo, la oferta preventiva contempla la invitación a jornadas de capacitación y cursos de perfeccionamiento para docentes y directivos, así como también, la realización de jornadas de capacitación para orientadores, jefes de UTP, orientadores, centros de padres y

apoderados, centros de alumnos y actividades con entrega de material de información y de difusión con la participación de toda la comunidad escolar (“Prevención de Drogas y Alcohol en el Ámbito Educativo”). Se espera que una vez aceptada la oferta por parte de las autoridades de las unidades educativas, recepcionado el material respectivo y, capacitados los docentes, los estudiantes de esas unidades educativas participen de las acciones preventivas en el ámbito escolar. CONACE realiza un seguimiento a los resultados de esta implementación en el 10% de los establecimientos, escogidos aleatoriamente.

Es importante señalar que los estudiantes no pueden acceder por su cuenta y voluntad a la oferta preventiva, ya que su participación depende de la voluntad de las autoridades educativas (director y sostenedor) de su establecimiento, lo cual se expresa con la inscripción voluntaria del establecimiento.

Si bien la oferta preventiva se realiza a todos los establecimientos existentes en el país (desde el nivel preescolar hasta la enseñanza media), CONACE prioriza los esfuerzos y gestiones para la participación de establecimientos con financiamiento estatal (con dependencia administrativa municipal, particular subvencionada, JUNJI e Integra), dado que estos establecimientos concentran más del 90% de la matrícula del país (sumando todos los niveles educativos) y se asume que quienes pueden pagar colegiaturas de colegios privados cuentan también con mayores recursos propios para acceder a ofertas preventivas. Aún así, si un establecimiento particular pagado desea voluntariamente acceder a la oferta de CONACE, puede hacerlo.

Una vez que CONACE distribuye el material, capacita y acompaña técnicamente, la participación del estudiante depende de la voluntad e interés del docente del aula y de su capacidad para insertar los contenidos en el espacio que le corresponde a su asignatura, ya que el tema no se encuentra en el currículum pedagógico. En un 10% de los establecimientos, especialmente aquellos que presentan un menor desarrollo preventivo, CONACE contrata profesionales para realizar un acompañamiento a la aplicación del programa.

A lo anterior cabe agregar que, a partir del año 2008, desarrolla en el contexto educacional una intervención en prevención secundaria, el Programa de Prevención Secundaria en Establecimientos Educativos responde a la necesidad de contar con una oferta preventiva dirigida a estudiantes que presentan riesgo y algún nivel de consumo de drogas y/o alcohol en el ámbito escolar. Población más distante y/o resistente a incorporar los elementos de la prevención universal.

Considerando los diversos esfuerzos que CONACE realiza en el ámbito educacional, el programa viene a complementar una oferta preventiva ya existente, que se extiende desde la educación pre-escolar hasta enseñanza media.

Durante el año 2008 se implementó en calidad de Proyecto Piloto en 11 comunas de las regiones de Valparaíso y Metropolitana, alcanzando a 26 establecimientos municipales de enseñanza media. Para el año 2009 rediseñado adquiere la calidad de Programa de Prevención Secundaria y está implementándose en 8 regiones (Arica Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Metropolitana, Maule y Bio Bio), cubriendo 18 comunas y 74 establecimientos.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Objetivo general:

Evitar, suspender y/o disminuir el consumo de alcohol y drogas en estudiantes de enseñanza media que presentan consumo en establecimientos educacionales de sectores focalizados.

Objetivos específicos:

- Aumentar competencias y recursos en comunidades educativas para abordar situaciones de consumo en alumnos de enseñanza media.
- Disminuir y evitar conductas de riesgo asociados al consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media
- Aumentar la percepción de riesgo al consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de enseñanza media.
- Realizar referencia asistida a estudiantes consumidores habituales y/o problemáticos a programas y/o red de tratamiento infantoadolescente.
- Visibilizar temáticas preventivas dentro de los establecimientos

Implementación

Duplas psicosociales instaladas por un período de al menos 6 meses dentro de los establecimientos trabajan en torno a 4 ejes de acción, vinculados al logro de los objetivos planteados:

1. Aumentar competencias y recursos en comunidades educativas para abordar situaciones de consumo en alumnos de enseñanza media, por medio de capacitaciones a los actores de la comunidad escolar tales como apoderados, docentes, asistentes de la educación, CC.AA, etc. Esta línea de acción se desarrolla también por medio de actividades que se traduzcan en facilitar el proceso de elaboración de una política preventiva, la inclusión de el abordaje del consumo y microtráfico dentro de los instrumentos normativos del establecimiento (manual de convivencia, reglamento, etc.)

Resultados

- Actores de comunidad escolar comprometidos con intervención
- Actores de la comunidad escolar capacitados internalizan competencias de Prevención.
- Comunidad Escolar Informada respecto de drogas y prevención.
- Designación de un "tutor referente" en cada establecimiento
- Derivación oportuna a las instancias de intervención, de acuerdo a los motivos de sospecha de consumo.

Productos

- Documento de compromiso de actores participantes del establecimiento educacional que explicita la cooperación entre partes.
- Guía de Procedimientos aplicada por establecimiento.
- Informe respecto de plan de capacitación o fortalecimiento de competencias de prevención implementado.
- Expresión en reglamento u otro documento formal que norme respecto de tráfico y consumo de drogas y alcohol en el establecimiento.

2. Implementación de talleres grupales con estudiantes con presencia de factores de riesgo y vulnerabilidad en el establecimiento. Lo cual se realiza después de un proceso de detección y derivación de parte de los diferentes actores de la comunidad escolar. Los talleres grupales tienen 1 hora c/u aproximadamente, y se utilizan algunas sesiones del programa "Yo decido". Para primeros y segundos medio, serán las siguientes: Descubro mi red social, ¿Cómo soy con otros?, Decisiones y riesgos, La dura / Conversa con la realidad y para terceros y cuartos medio, las siguientes: El Grupo, Test ¡Relájate amigo!, Decisiones cruciales y Argumenta. Se entenderá por trabajo taller como un espacio de conversación y problematización por medio de preguntas abiertas generadoras contextualizadas en diferentes situaciones y conductas de riesgo asociadas al rendimiento escolar.

Resultados:

- Generar vínculos iniciales con los jóvenes.
- Aumentar percepción de riesgo en posibles conductas de riesgos
- Realizar una detección o pesquisa temprana de consumo
- Disminuir intención de consumo; disminuir probabilidad de consumo futuro o aumentar probabilidad de abstinencia o de no uso de drogas.
- Promover y fortalecer las posibles intervenciones individuales.

Producto:

- Informes bimensuales con estado de avance y resultados de estudiantes participantes de intervención.

3. Intervenciones individuales en el marco de una intervención breve y por medio de la entrevista motivacional, se elabora un plan de intervención individual que se implementa con el estudiante que presenta algún tipo de consumo (no problemático) por medio de un máximo de 8 sesiones, con dos sesiones adicionales opcionales:

SESIÓN 1: VINCULACIÓN Y DIAGNÓSTICO:

SESIÓN 2: DIAGNÓSTICO Y ESTADIO MOTIVACIONAL

SESIÓN 3: ANÁLISIS FUNCIONAL

SESIÓN 4: CONCIENCIA DE SITUACIÓN DE CONSUMO

SESIÓN 5: APOYO FAMILIAR

SESIÓN 6: EL BALANCE DECISIONAL

SESIÓN 7: HABILIDADES EN LA COMUNICACIÓN

SESIÓN 8: CIERRE DE PROCESO

SESIÓN 9a: RELACIONES DE AYUDA Y ACTIVIDADES ALTERNATIVAS

SESIÓN 9b: INCORPORANDO LA REFLEXIÓN EN NUESTRA CONDUCTA

Resultados

- Datos e identificación de los alumnos atendidos y con proceso realizado.
- Estudiantes del grupo objetivo evaluados e "ingresados" al proceso de Prevención Secundaria con la descripción de cada uno y los resultados.
- Informar sobre Estudiantes con mejoras en patrones de consumo, percepción de riesgo, rendimiento escolar, convivencia, asistencia a clases; etc.
- Referencias realizadas, con acompañamiento y seguimiento de casos.

Productos:

- Informe de caracterización de situación de entrada de población objetivo.
- Informes bimensuales con estado de avance y resultados de estudiantes participantes de intervención.
- Informes individuales de los procesos completos, abandonos prematuros, etc.
- Informe con referencias realizadas, acompañamiento y resultados.

4. Implementación de iniciativas preventivas para la comunidad escolar: con el fin de estimular la participación de los estudiantes y apoderados respecto del consumo de drogas se promueve la realización de actividades preventivas organizadas por CC.AA. y/o Centro de Padres; con organizaciones comunitarias del entorno (JJ.VV, Centros Culturales, etc). En estas actividades se promueve el debate y la visibilización de la temática de drogas en la comunidad escolar por medio de foros, ferias preventivas, cine, etc.. Así mismo se puede también promover actividades relacionadas con el adecuado uso del tiempo libre como alternativas al consumo de alcohol y drogas desarrollado con estudiantes destinatarios de la intervención: actividades culturales alternativas, deporte, etc.

Resultado:

- Iniciativas ejecutadas por la comunidad escolar en prevención de drogas y alcohol.

Producto:

- Informe de sistematización y rendición de iniciativas preventivas de los establecimientos.

5. Referencia asistida y articulación con red preventiva y de salud existente en el territorio: aquellos estudiantes que sean diagnosticados como consumidores de riesgo medio y alto (con un nivel de compromiso biopsicosocial medio/ severo y consumo problemático), deben ser referidos a una instancia de tratamiento y/o intervención más especializada en el territorio y, además, ser acompañados en el proceso. Para una confirmación de sospecha diagnóstica, se sugiere enviar al Consultorio de Atención Primaria más cercano al domicilio o del establecimiento educativo al estudiante, o en su defecto a algún otro centro de tratamiento adolescente. Debemos recordar que el tratamiento ambulatorio para adolescentes es una Garantía Explícita en Salud. Para que lo anterior se realice con mayor eficacia, se debe revisar catastro de entidades y servicios pertinentes existentes en el Previene local y establecer coordinaciones; definir sistema de coordinación permanente, acuerdos y tareas de trabajo conjunto entre actores de red preventiva, salud y establecimiento educacional; y realizar capacitación, si es necesario, a los actores de la Red de Prevención (públicos y privados) y de Salud en la comuna según demanda local.

Resultados:

- Jóvenes referidos que son apoyados y acompañados en proceso de tratamientos
- Red preventiva y de Salud asistencial fortalecida y funcionando articuladamente en función del proyecto
- Actores de red preventiva capacitados

Productos:

- Registro de referencias, y sistematización de proceso de acompañamiento
- Catastro de entidades y servicios actualizada y validado en función de los objetivos de la intervención
- Plan de coordinación con reuniones, plazos, objetivos y responsables señalados
- Informe de capacitaciones realizadas (horas, temas, listados de asistencia)

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

En el ámbito laboral, el consumo de alcohol y drogas constituye un factor de riesgo que afecta la calidad de vida del equipo humano de una organización, lo expone a riesgos laborales y afecta la productividad y la eficiencia de las empresas e instituciones. Por ello, en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas, CONACE también ha implementado un programa específico de prevención en dicho ámbito.

El programa "Trabajar con calidad de vida" busca fomentar una cultura de prevención en los espacios laborales, promoviendo la sensibilización ante el problema de las drogas y el riesgo que implica su consumo para todos los actores del mundo laboral y la gestión de la empresa.

En términos concretos, el programa establece el desarrollo de una política para abordar la problemática de la droga al interior de cada empresa o institución pública participante, en base a una metodología común pero articulada con sus propios lineamientos y directrices corporativos (misión, visión, metas, estrategia de recursos humanos). El desarrollo de la política se implementa en siete etapas, que van desde la firma de un convenio entre la institución y CONACE hasta la elaboración de una política de prevención coherente con la realidad de la institución y sustentable en el tiempo. Tal proceso incluye la conformación de un equipo preventivo al interior de las empresas e instituciones, la realización de un diagnóstico sobre la situación de consumo y factores asociados, un taller de diseño de política y sensibilización frente al tema, que contempla 6 sesiones, y un acompañamiento técnico constante de parte de CONACE durante todo este proceso.

En el caso específico de las PYMES que desean participar, la metodología Calidad de Vida se adaptó mediante la concentración de las 6 sesiones temáticas en una sola jornada de 10 horas de duración.

El programa está a disposición de todas las empresas privadas y de manera obligatoria para los servicios públicos del país, según la ley nº 20.000 o ley de drogas, que prevé la instalación de un sistema preventivo en cada organismo público. Con respecto a las empresas privadas, se ofrece a través de organizaciones empresariales, acuerdos con mutuales de seguridad (Mutual Cámara de la Construcción, ACHS, INP), además de las demandas que recibe espontáneamente el programa vía contactos directos de las empresas a CONACE por vía telefónica o internet.

El resultado final esperado, producto de la aplicación del programa, es que las instituciones públicas y empresas privadas instalen una política preventiva y un plan de acción para sus trabajadores y las respectivas familias, como parte de sus políticas de recursos humanos, proceso que es seguido y monitoreado por los coordinadores regionales del programa de CONACE hasta la escrituración de dicha política.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

En Tratamiento y Rehabilitación, los programas se ejecutan en centros de salud públicos y privados, a través del convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Permiten ofrecer tratamiento gratuito y de calidad a hombres y mujeres mayores de 19 años.

Se pueden diferenciar tres sub-componentes, cada uno asociado a poblaciones objetivo definidas según distintos criterios, a las cuales se ofrecen distintos planes de atención.

Subcomponente 1: Población General

Se entrega tratamiento gratuito y de calidad en centros de salud públicos y privados a personas adultas beneficiarias del Sistema Público de Salud, en todos los tramos de ingresos⁵², y que presentan consumo problemático de drogas. Este tratamiento es financiado a través del convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Se ofrecen planes diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de los consultantes: plan de tratamiento ambulatorio básico, plan de tratamiento ambulatorio intensivo, y plan de tratamiento residencial.

Subcomponente 2: Mujeres

El mismo convenio, permite atender las necesidades específicas de las mujeres, quienes, cuando son madres de hijos pequeños, tienden a evitar el tratamiento o desertar de éste. El programa, considera la dimensión de género que tiene el problema y ofrece a las mujeres oportunidades de cuidado infantil en salas cunas y jardines, mientras duran las sesiones de tratamiento. Se ofrecen planes diferenciados en duración y prestaciones de salud, según los diversos niveles de complejidad de los problemas de las consultantes: plan de tratamiento ambulatorio básico, plan de tratamiento ambulatorio intensivo, y plan de tratamiento residencial

Subcomponente 3: Adolescentes Infractores de ley con consumo problemático

Por otra parte, para el tratamiento de drogas de personas en conflicto con la justicia, existen diversas modalidades de tratamiento de drogas que contribuyen a su rehabilitación y reinserción social. Para adolescentes privados de libertad, el convenio entre SENAME, CONACE, MINSAL y FONASA beneficia a:

- Adolescentes con consumo problemático que reciben sanción accesoria⁵³, donde un juez obliga al joven a someterse a tratamiento;
- Adolescentes con sanción principal, sin sanción accesoria, con consumo problemático de alcohol y/o drogas y que voluntariamente accedan a tratamiento;
- Adolescentes con medida cautelar en medio privativo o libre, con consumo problemático de alcohol y/o drogas y que voluntariamente accedan a tratamiento; y
- Adolescentes con consumo problemático y suspensión condicional de procedimiento, que acceden obligatoriamente a tratamiento bajo supervisión judicial⁵⁴.

Este programa se estructura en *planes de tratamiento*, que consisten en un conjunto de prestaciones de gradiente intensidad y frecuencia terapéutica, según las características, necesidades y complejidad de las personas consultantes: plan intensivo, plan de hospitalización de corta estadía, y plan de tratamiento residencial.

⁵² Tramo A: Carencia de recursos o indigentes, Tramo B: Reciben menos de un salario mínimo, Tramo C, Tramo D: Desde uno y medio salario mínimo y más.

⁵³ La Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (n° 20.084) faculta al juez para establecer como sanción accesoria, siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, someterlo a tratamiento por adicción a las drogas y alcohol.

⁵⁴ De acuerdo a la Ley de Responsabilidad Penal Adolescente (n° 20.084), la suspensión condicional del procedimiento permite a imputados con problemas de consumo de drogas, acceder -bajo supervisión judicial- a tratamiento de rehabilitación.

Componente 5: CONACE PREVIENE En la Comuna

Este programa busca desarrollar, en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas, políticas comunales de prevención en conjunto con la comunidad. El programa desarrolla vínculos directos con los principales actores y organizaciones de la comunidad local y fomentando su participación para enfrentar el consumo de drogas en los territorios. Además, implementa localmente los programas universales preventivos, articulando y desarrollando directamente diversas actividades que buscan generar condiciones adecuadas para la prevención del consumo de drogas en el territorio comunal, abarcando el ámbito comunitario, de salud, familiar, educativo, laboral y las condiciones particulares de vulnerabilidad social.

Por otra parte, CONACE desarrolla una estrategia de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no implementan CONACE Previene, a través de distintas estrategias implementadas por el Equipo regional, tales como: contratación de un staff de profesionales complementario al equipo regional para la implementación de programas de prevención, proyectos con gobernaciones en territorios no focalizados por el programa CONACE- Previene. Del mismo modo se ha implementado una estrategia de prevención territorial en comunas asociadas que consiste en la agrupación de comunas con menor densidad poblacional para la implementación de los programas de prevención e iniciativas locales preventivas a través de la acción conjunta con los municipios (firma de convenio de colaboración y entrega de recursos por parte de CONACE) y un coordinador de prevención contratado para tal efecto.

Por otra parte y con el propósito de monitorear el desarrollo de su gestión, CONACE solicitó el estudio evaluación del Programa⁵⁵, y profundizar los niveles de intervención en caso de ser necesario se llevó a cabo entre diciembre del 2006 y marzo del 2007.

Con ello se señala la necesidad de extender el trabajo ampliándolo con intervenciones *de prevención selectiva e indicada*, es decir, dirigidas a subgrupos de mayor riesgo para el consumo y/o consumidores no problemáticos. El informe señala que esto supone la existencia de una demanda local en tal sentido, y que implicaría una intervención de características distintas a las que desarrolla CONACE Previene, además de una inyección adicional de recursos.

Por tal razón a partir del año 2008, se desarrolla un modelo que permita una intervención de carácter selectivo en espacios territoriales intra comunales que presentan características de mayor vulnerabilidad a este fenómeno sin alterar la implementación de la intervención universal que ya se ha desarrollado en la comuna. En términos generales, CONACE se propone intervenir en factores protectores y de riesgo que contribuyan a evitar y disminuir el consumo y tráfico de drogas en los sectores territoriales con altos índices de vulnerabilidad en la comuna.

⁵⁵ Centro de Estudios en Seguridad Ciudadana (CESC) del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile,

MODELO DE INTERVENCIÓN SELECTIVA

Los objetivos son:

- 1) Consolidar en estos sectores la oferta programática institucional universal, selectiva e indicada.
- 2) Desarrollar una estrategia de intervención para abordar la problemática de consumo y tráfico de drogas pertinente a las necesidades del sector focalizado.
- 3) Generar o potenciar instancias de articulación intersectorial y comunitarias para abordar la problemática del consumo y tráfico de drogas en el sector focalizado
- 4) Promover la participación e involucramiento de la comunidad en el abordaje de la problemática de drogas en el sector focalizado

Este modelo se desarrolla a través de 65 proyectos a lo largo del país focalizándose en intervenciones de prevención selectiva con jóvenes en barrios vulnerables al consumo y tráfico de drogas. Para el financiamiento se utilizó el Fondo especial de drogas, según lo establecido en la Ley de Drogas N°20.000⁵⁶, el producto de la venta de bienes y valores decomisados en conformidad a esta Ley, así como el dinero decomisado y las multas que se apliquen. El objetivo de este Fondo Especial es contribuir de manera eficiente a evitar y disminuir el consumo de drogas ilícitas y reducir los daños asociados a dicho fenómeno, principalmente en sectores de alta vulnerabilidad social.

Etapas de la implementación de los proyectos de prevención selectiva 2008 en sectores focalizados:

1. Selección de los Equipos ejecutores de Proyectos.
2. Consideraciones administrativas y de gestión
3. Dependencia administrativa del equipo ejecutor.
4. Proceso nacional de Capacitación de los equipos ejecutores de proyectos.
5. Aplicación de Instrumento Plan de Ejecución del Proyecto.
6. Documento de Orientaciones técnicas en prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerables – Fondo Especial 2008.
7. Sistema de evaluación seguimiento y monitoreo

El propósito de los proyectos 2008 es disminuir factores de riesgo y fortalecer factores protectores en adolescentes y jóvenes que habitan territorios focalizados o altamente vulnerables, mediante la implementación de proyectos de intervención en prevención selectiva de drogas, que incluyan: el abordaje del consumo de drogas, promoción de la inserción social-comunitaria (laboral, educacional y social) en coordinación y articulación con redes locales, y que faciliten el acceso a tratamiento de drogas y otros programas sociales.

Los objetivos específicos planteados son:

1. Evitar y/o disminuir el consumo de drogas y las problemáticas asociadas en adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad y exclusión.
2. Favorecer y promover procesos de re-vinculación y re-inserción social de los adolescentes y jóvenes, asociados a escolaridad, inserción laboral, re-vinculación con redes y programas, y el ejercicio de la ciudadanía.
3. Habilitar competencias asociadas al liderazgo, participación y asociatividad juvenil, de manera de fortalecer el rol de los jóvenes en sus comunidades y en su propio proceso de empoderamiento y desarrollo social.
4. Favorecer la integración comunitaria de los adolescentes y jóvenes en su comunidad, de manera que disminuyan la estigmatización y exclusión hacia los jóvenes, a través de la co-participación e involucramiento de los distintos actores comunitarios en el proceso de re-inserción y abordaje de las problemáticas de drogas.
5. Fortalecer la red comunal intersectorial, involucrando a todos los actores responsables del desarrollo integral de esta población (públicos, privados y civiles) de manera de disponer de la oferta institucional requerida para favorecer el desarrollo integral e inserción social de esta población, incluidas las necesidades de tratamiento de drogas cuando corresponda.

⁵⁶ Este Fondo Especial se administra conforme a lo establecido en el art. 46 de la Ley de Drogas N° 20.000 y el Reglamento que se dictó para tal efecto, el cual fue aprobado por Decreto Supremo N° 539, del 18 de mayo de 2006, de Interior.

6. *Implementar acciones innovadoras en prevención selectiva e intervención psicosocial con población adolescente y joven, desvinculadas de las redes sociales que presente consumo de drogas y que apunten a favorecer procesos de re-inserción social a largo plazo.*

Estos han de contemplar como principios de intervención:

Enfoque de prevención integral: que incorporen el tema de drogas y otros factores de riesgos involucrados en la problemática.

Enfoque intersectorial: que presenten una respuesta articulada de los diversos actores del Estado involucrados para abordar desde su función y especificidad, la complejidad y multicausalidad de la problemática de drogas y los factores de riesgo asociados.

Intervención psicosocial en el territorio: que favorezca los procesos de re-inserción social facilitando los procesos de inclusión y acceso a redes social, que aborde preventivamente la problemática de drogas, que incorpore a la comunidad y actores locales en dicho proceso.

Intervención preventiva en red: contemplar las diversas acciones conjuntas de los distintos actores sociales y comunitario en sus distintos roles.

Intervención con sustento comunitario y territorial: que contemple un enfoque comunitario, que apunta a identificar previamente los actores claves y recursos del territorio, e incorporar y trabajar en conjunto con los líderes y actores comunitarios, incluyéndolos en el desarrollo de las estrategias preventivas tanto en el diagnóstico de las problemáticas, como en el desarrollo del plan de acción.

Los beneficiarios están orientados prioritariamente, adolescentes y jóvenes, que cumplan con características de alta vulnerabilidad, de menores recursos, y que habiten territorios focalizados de acuerdo a diagnóstico institucional y comunal.

Otra iniciativa en la perspectiva de selectividad que se realiza en el ámbito de la gestión del CONACE Previene dice relación con la intervención en barrios de ocio y entretención:

PROYECTO "ILUMINA TU CARRETE" 2008

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN CONTEXTOS DE OCIO Y ENTRETENCIÓN

I. ANTECEDENTES

1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA

El PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN CONTEXTOS DE OCIO Y ENTRETENCIÓN; PROYECTO "ILUMINA TU CARRETE", corresponde al desarrollo de un programa de prevención en contextos de ocio y entretención. Su implementación responde al desafío de desarrollar alternativas innovadoras de prevención, de respuesta rápida y en el propio contexto en que se produce el problema de los excesos derivados del carrete juvenil.

El proyecto ilumina tu carrete se inicia con una primera experiencia piloto desarrollada en el año 2007 entre los meses de septiembre y diciembre del 2007. Se advierte una dificultad para un desarrollo óptimo de la propuesta dado que tiempos del calendario administrativo para el cierre de la ejecución presupuestaria significaron cerrar la intervención en el período en que se intensifica la concurrencia de los jóvenes a éstos contextos. A partir de eso se estimó pertinente dar continuidad a la intervención durante los meses de enero y febrero por lo que el piloto del 2008 concluyó durante el mes de enero del presente año (2009). La implementación de este trabajo se inscribe en una estrategia de prevención selectiva, en tanto está dirigido a jóvenes que por su concurrencia al barrio de carrete, al menos en un sentido temporal, se ven sometidos a niveles de riesgo superiores a los de la media.

La dinámica del carrete juvenil contiene más elementos que sólo el interés de los jóvenes por divertirse; el contexto "barrio de carrete" es una construcción urbana compleja que combina elementos de contexto cultural, jóvenes y oferta de alcohol. En este marco se asume el propósito de implementar la acción de un equipo de profesionales entrenados por CONACE para un trabajo que se construya desde la articulación de los actores que constituyen el contexto, logrando un intervención con perspectiva de compromiso conjunto, con foco en las dinámicas ciudadanas de las que son parte los jóvenes, usuarios del espacio público-privado.

La industria de entretención nocturna

La oferta recreativa en manos de la industria de entretención nocturna posee algunas cualidades que han ido configurando el modo de actuar de los jóvenes que acuden a ella, entre las que se pueden mencionar algunas

como: • Afecta a mucha gente particularmente a jóvenes, • Tiende a expandirse, • Es difícil de criticar, • Hay muchos intereses económicos representados, • La gente que participa no se interesa por otras formas de diversión y uso del tiempo libre (consume la propuesta de la industria), • Define cómo ha de ser la diversión, • Define cómo han de ser los jóvenes (grupo globalizado), • El alcohol y las drogas son un recurso necesario que fortalece y completa el modelo (facilitador del placer)

Definición de un "Barrio de Carrete": Entenderemos como "Barrio de Carrete" a un territorio acotado en el que existe instalada una concentración de ofertas de la "industria de la entretención" (bares, pubs, discotecas), que son reconocidas por los jóvenes como alternativa para concurrir, habitualmente en grupo, a "encontrarse y divertirse".

En ocasiones la oferta de locales, segmenta por gustos musicales y estéticos con los que ciertos grupos de jóvenes se sienten identificados. La concurrencia de jóvenes al barrio se intensifica durante los fines de semana, potenciando con su presencia masiva, el atractivo de esos espacios. En el barrio el joven transita con el carrete. El carrete no se da en un solo lugar, se va construyendo en el transcurso de la noche, (este fenómeno se ha trasladado al día en entornos de barrios que han sido densamente poblados por instituciones de educación superior).

En el barrio de carrete se desarrolla una industria cultural de la entretención y el goce, que privilegia una producción simbólica que tiende a desplazar la concepción del sujeto desde el centramiento y la racionalidad crítica, a otra que destaca la vivencia subjetiva desde el descentramiento y la intensidad de las sensaciones, en un juego de superficies carente de profundidades, enfatizando la búsqueda exacerbada del placer inmediato como objeto consumible.

Se constata entonces la instalación de una industria recreativa que promueve un modelo de diversión hegemónica e individualizante, que participa y condiciona el proceso de socialización juvenil. El llamado "carrete", entonces, adquiere el carácter de espacio de búsqueda de intensidades, el consumo de alcohol adquiere un uso recreativo y cumple una función facilitadora del paso de un estado emotivo normal a un estado de "placer", reforzado por estímulos visuales y acústicos (noche, luces, música fuerte, proyecciones de videos). En el carrete el consumo de alcohol puede extenderse a otros consumos de drogas ilícitas como medio de experimentación y recreación. Estos espacios de recreación, por definición, son constituidos y ocupados por jóvenes.

1.2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA A NIVEL DE FIN Y PROPÓSITO

Objetivo General

Evitar y/o gestionar los riesgos asociados al consumo abusivo de alcohol y prevenir el consumo de drogas en barrios de carrete de alta concurrencia de jóvenes.

Objetivos Específicos

- 1. Habilitar un equipo de jóvenes para el trabajo preventivo en terreno.*
- 2. Sensibilizar y educar sobre gestión de riesgos en abuso de alcohol a jóvenes de 18 a 29 años y prevenir el consumo de drogas en jóvenes que acuden al barrio sin distinción de edad.*
- 3. Fomentar el autocuidado para enfrentar las consecuencias del consumo abusivo de alcohol y evitar el consumo de drogas a los jóvenes que la requieran o soliciten.*
- 4. Prestar atención de primeros auxilios a jóvenes que presentan complicaciones por consumo abusivo de alcohol y/o drogas.*
- 5. Hacer detección precoz de consumo problemático con referencia a la red de Tratamiento.*
- 6. Contribuir a resignificar el espacio de carrete, como espacio de expresión, de buena convivencia y más seguro.*
- 7. Comprometer y capacitar a locatarios del barrio y sus trabajadores en elementos básicos de la gestión de riesgos en el consumo de alcohol y prevención de drogas.*
- 8. Articular una red de trabajo intersectorial de prevención con instituciones públicas y privadas en el barrio.*

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

El problema del consumo de drogas y el abuso del alcohol entre los jóvenes.

Los estudios nacionales realizados por CONACE de forma bianual, desde 1994, han permitido conocer la magnitud del consumo de drogas en Chile. Los resultados del Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población

General de Chile indican que, pese a que las prevalencias de consumo de cocaína, pasta base e inhalables se mantienen estables y sin crecimiento en los últimos años, se aprecia un aumento en el consumo de marihuana.

La prevalencia de último año de consumo de marihuana es de 7,0% (2006) en población general, la que se compara con el 5,3% (2004) que se obtuvo en el estudio anterior. Este aumento de 1,7 puntos porcentuales en las declaraciones de uso de marihuana (148.664 personas) es estadísticamente significativo, como revela el Séptimo Estudio⁵⁷.

El aumento en el consumo de marihuana se observa mayoritariamente en la población de jóvenes mayores de 18 años y de familias con mayores ingresos económicos. La prevalencia de consumo de último año en familias con ingresos superiores al millón de pesos se duplica, aumentando de 9,2% en 2004 a 18,8% en 2006, mientras que en familias con los ingresos más bajos, de 200 mil pesos o menos, la prevalencia de último año aumenta de 4,5% en 2004 a 5,6% en 2006⁵⁸.

La droga ilícita más consumida en Chile, al igual que en los estudios anteriores, sigue siendo la marihuana, con una tasa de consumo de 5.29% por cada 100 individuos, le sigue la tasa de consumo de clorhidrato de cocaína con 1.28%, y la tasa de consumo de pasta base con un 0.62%.

Según el Séptimo Estudio Nacional, el uso de marihuana se incrementa en todos los grupos de edad, pero los aumentos en jóvenes (19-25 años) y adultos jóvenes (26-34 años) son particularmente llamativos. En jóvenes las declaraciones para uso de marihuana en último año aumentaron de 15,2% a 18,8%, mientras que en adultos jóvenes el aumento va de 6,5% a 9,7%. En ambos casos el resultado actual es el más alto que registra la serie de estudios. Asimismo, en ambos grupos etáreos el uso de marihuana se ha doblado en estos doce años. Entre los jóvenes la serie comenzó con 9.4% (1994) para alcanzar el actual 18.8% (2006). Entre adultos jóvenes la serie comenzó con 4,8% (1994) y ha terminado con 9,7% (2006). También debe notarse que por primera vez los adultos jóvenes (26-34 años) declaran más uso de marihuana que los adolescentes (12-18 años).

Si hacemos un corte en el grupo de jóvenes entre 19 y 25 años, que pertenecen a familias con ingresos sobre el millón de pesos, la prevalencia año de marihuana aumenta a un 48%.

En cuanto al alcohol, en población general el estudio arroja un 57% en prevalencia mes, si hacemos un corte en familias con ingresos sobre un millón de pesos, aumenta a 77%, al mirar el segmento 19 a 25 años, aparece un 25,3% de consumidores que abusan del alcohol, es decir, 1 de cada 4 jóvenes.

El consumo abusivo de alcohol entre los jóvenes principalmente en salidas de viernes y sábado por la noche y la naturalización del consumo de sustancias ilícitas, aparece como un recurso que completa un modelo de recreación que involucra a los jóvenes en una experiencia progresiva en la búsqueda de experiencias placenteras, de estados catárticos o incluso de abandono, en lo que se denomina "lanzarse" en el carrete. En este contexto el uso de sustancias tienen una consideración de "legítimas" por parte de los jóvenes en tanto aceleran e intensifican el proceso de la vivencia del carrete, en lo que se menciona como uso recreativo de sustancias.

Cuando una persona ingresa a un circuito de carrete los factores de riesgo aumentan y se suspenden parcialmente los factores protectores de los jóvenes. Por tal motivo CONACE propone enfrentar la problemática generando propuestas que permitan coordinar actores comprometidos con el fenómeno procurando evitar consecuencias lamentables en los jóvenes, generando un trabajo basado en la estrategia de jóvenes preventiva que con una metodología que comprende un proceso progresivo de instalación en el propio contexto de carrete, desarrolla líneas de acción que Irán desde sensibilizar e informar a los jóvenes hasta asistirlos en caso de problemas derivados del consumo abusivo. La metodología comprende además entre sus fases, comprometer a los actores del barrio, locatarios y sus trabajadores en elementos básicos de la gestión de riesgos en el consumo de alcohol y prevención de drogas.

Objetivo General

Evitar y/o gestionar los riesgos asociados al consumo abusivo de alcohol y prevenir el consumo de drogas en barrios de carrete de alta concurrencia de jóvenes.

Objetivos Específicos

⁵⁷ Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile, 2006 Gobierno de Chile, Ministerio del Interior, Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, CONACE. Todos los datos aportados en este capítulo, si no se indica lo contrario, proceden de este estudio.

⁵⁸ También el Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile había informado acerca de un aumento en el consumo de marihuana entre escolares, que en 2005 marcaron 15,6% en comparación con 13,1% y 14,7% que habían sido las estimaciones de los estudios anteriores. Este incremento se concentraba en los cursos superiores de la enseñanza media. En particular, el incremento en Cuartos Medios fue muy abrupto pasando de 22,5% a 27,5% en concordancia con el aumento del uso de marihuana en jóvenes que se aprecia en el estudio en población general.

1. *Habilitar un equipo de jóvenes para el trabajo preventivo en terreno Sensibilizar y educar sobre gestión de riesgos en abuso de alcohol a jóvenes de 18 a 29 años y prevenir el consumo de drogas en jóvenes que acuden al barrio sin distinción de edad.Fomentar el autocuidado para enfrentar las consecuencias del consumo abusivo de alcohol y evitar el consumo de drogas a los jóvenes que la requieran o soliciten.Prestar atención de primeros auxilios a jóvenes que presentan complicaciones por consumo abusivo de alcohol y/o drogas.Hacer detección precoz de consumo problemático con referencia a la red de TratamientoContribuir a resignificar el espacio de carrete, como espacio de expresión, de buena convivencia y más seguro.Comprometer y capacitar a locatarios del barrio y sus trabajadores en elementos básicos de la gestión de riesgos en el consumo de alcohol y prevención de drogas.Articular una red de trabajo intersectorial de prevención con instituciones públicas y privadas en el barrio.***METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN**, Líneas de Acción-intervención INDIVIDUAL / TERRITORIAL / INTERSECTORIAL, Objetivo: Definir las líneas de acción específicas del proyecto con sus protocolos y pautas de registro.

INFORMACIÓN EDUCATIVA, Distribución de Información preventiva al joven a través de trabajo de calle o en locales, Distribución de volantes en el barrio, Reposición de materiales preventivos en dispensadores de locales, Gestionar permisos para y estrategias para la implementación del programa.

ESTRATEGIA MOTIVACIONAL, Información y orientación como una estrategia motivacional para el cambio de conductas de riesgo, Trabajo de factores de riesgo y protección en conversaciones de calle o en dispositivo, Trabajo de calle, Apoyo psicosocial en casos en que es requerirlo

PRESTACIÓN SANITARIA, Urgencias médicas algunos casos comunicarse con padres o parientes, derivaciones a centros de urgencia, comisarías, Llamado servicio de ambulancia, Sensibilización presentación del dispositivo al servicio de urgencia.

RESCATE DE CASOS, El rescate de casos para referir a tratamiento en caso de sospechar consumo problemático de drogas, Llamadas telefónicas de seguimiento, Apoyo del equipo PREVIENE para el seguimiento y rescate de los casos, Desarrollo del flujo socio sanitario para la atención del joven.

REFERENCIA A TRATAMIENTO, Detección precoz, Sospecha diagnóstica, Entrevistas motivacionales, Referencias a equipos psicosociales o terapéuticos, Identificar servicios de atención sanitaria, Coordinación con Consultorio o equipos terapéuticos para la referencia.

Por otra parte, se desarrolla a nivel territorial, una iniciativa que dice relación con la implementación de proyectos de prevención del consumo de drogas con entidades religiosas.

Se enmarca en el compromiso suscrito por el Gobierno de Chile, a través del CONACE, y la mesa de trabajo constituida por obispos, pastores, sacerdotes, religiosos y religiosas, agentes pastorales y laicos, el 21 de abril de 2008. Se valora el aporte histórico de las entidades religiosas en la tarea preventiva, a través del desarrollo de acciones e iniciativas de prevención que incorporan la dimensión espiritual.

Estas iniciativas extienden su efecto a la comunidad a la que pertenece la familia y sus integrantes, así como a los lugares físicos en que reside y participan sus miembros. Enfatiza el trabajo preventivo hacia la población general y públicos específicos, considerando los principios de la corresponsabilidad y la participación social

Reconoce en la sociedad civil a través de sus instituciones y organizaciones, un pilar estratégico para el éxito del desarrollo de la misma y valora el aporte histórico de las entidades religiosas en la tarea preventiva, a través del desarrollo de iniciativas de prevención que incorporan la dimensión espiritual.

Se financiaron durante el año 2008 se financiaron 14 proyectos con una inversión de 24.000.000 de pesos.

1.6. Procesos de producción de los componentes

A continuación, se describe el proceso de producción de cada uno de los componentes, presentando la descripción de las principales actividades involucradas.

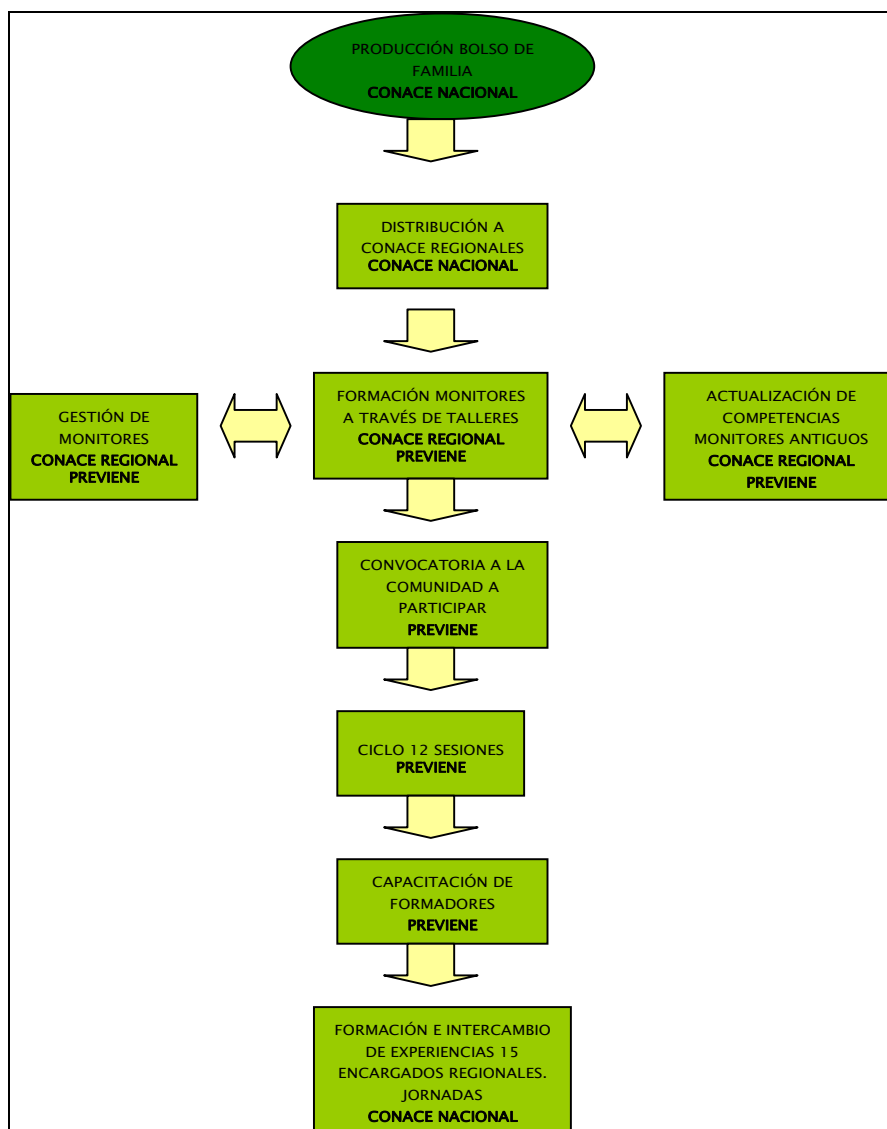
CONACE no aplica a priori ningún criterio especial de asignación de recursos entre componentes, definiéndose el presupuesto asignado anualmente a cada uno de ellos en función de sus propias necesidades y demandas de sus respectivas poblaciones objetivos.

Componente 1: Previene en Familia

El producto final de este componente son “familias habilitadas”, para lo cual se realiza la siguiente secuencia de actividades y el/los responsable/s directos de su ejecución.

El flujograma de este componente se presenta en la siguiente figura y luego se describe.

Flujograma Componente 1: Previene en Familia



Fuente: CONACE

Actividades:

Actividad 1: Producción del material “Bolso de Familia” (CONACE nacional, empresas externas).

Actividad 2: Distribución a los CONACE regionales, del material del programa Prevenir en Familia; y del diseño de las orientaciones técnicas para el año. (CONACE nacional)

Actividad 3: Formación de monitores voluntarios, a través de talleres que imparten los equipos regionales y comunales de CONACE. El reclutamiento de los monitores se realiza a través de actividades de difusión en las regiones y comunas. Una vez finalizada la capacitación están en condiciones de replicar con familias, teniendo como herramienta metodológica el BOLSO de FAMILIA. (CONACE Regional y equipos Previene)

Actividad 4: Actualización de competencias e información en monitores antiguos, a través de talleres de capacitación realizados por equipos regionales y comunales (CONACE Regional y equipos Previene).

Actividad 5: Gestión de monitores: trabajo coordinado entre los encargados y las encargadas regionales del ámbito y los equipos territoriales, CONACE - PREVIENE en la Comuna, para mantener informada, actualizada e intercomunicada una red de monitores del programa, mediante encuentros presenciales. (CONACE Regional y equipos Previene)

Actividad 6: Convocatoria: ésta es realizada por las oficinas del CONACE regional y los equipos CONACE Previene, desde los Municipios. Se invita a participar a los padres, madres, y/o adultos significativos en un proceso de enseñanza-aprendizaje que dura, de acuerdo a criterios técnicos un mínimo de 5 sesiones de las 12 propuestas en el “Manual para el Monitor” (Texto del bolso). Las familias participantes pueden ser convocadas desde el ámbito comunal, escolar, laboral y/o salud, teniendo en cuenta la realidad sociocultural de la familia y la etapa o ciclo vital en que se encuentra. (CONACE regional y equipos Previene)

Actividad 7: Ciclo de 12 sesiones: En cada sesión los monitores trabajan directamente con las familias, con alguno de los factores protectores relacionados con la prevención, tales como: nivel de comunicación intrafamiliar, disciplina y normas de conducta, desarrollo de habilidades personales y sociales en los hijos, comportamientos preventivos de los padres, mecanismos de resolución de conflictos en el hogar, vínculos familia-escuela, entre otros. Las sesiones se desarrollan mediante una metodología activa y dinámica, rescatando las experiencias y los recursos personales y sociales de la familia para abordar esta problemática. Las sesiones se realizan en las oficinas comunales de CONACE-Previene o directamente en el lugar de trabajo de los adultos significativos, en el establecimiento educacional en el que asisten sus hijos, o en su entorno cercano, a través de diversas organizaciones sociales como centros de padres, clubes deportivos o iglesias de distintos credos. El seguimiento posterior de las familias es realizado por cada monitor y/o equipo comunal CONACE-Previene, si bien no existe un procedimiento estandarizado para esto. (CONACE y equipos PREVIENE)

Adicionalmente, se cuentan estas actividades que no forman parte directa del proceso de producir “familias prevenidas”, si bien son actividades previas que generan insumos necesarios para dicho proceso productivo:

Actividad 8: Capacitación a formadores para el desarrollo de estrategias específicas entre sectores considerados prioritarios, por ejemplo, SERNAM, FOSIS, Chile Crece Contigo; entre otros. Esto con el objeto de instalar capacidad preventiva de manera intersectorial.

Actividad 9: Formación e intercambio de experiencias con los encargados regionales de CONACE y encargados comunales de PREVIENE a través de jornadas.

Mecanismos de participación:

El programa Prevenir en Familia se realiza a través de la participación activa de la comunidad, por medio de la convocatoria de equipos regionales y comunales para su implementación en el lugar de trabajo, en el establecimiento educacional en el que asisten sus hijos, o en su entorno cercano, a través de diversas organizaciones sociales como centros de padres, clubes deportivos o iglesias de distintos credos

A nivel comunal, la participación se canaliza a través de las iniciativas coordinadas por los equipos CONACE Previene en la comuna

Criterios de focalización

La población objetivo corresponde a las familias que viven en las comunas con Programa CONACE Previene. Se focaliza⁵⁹ en familias que declaran conocer el Programa. No existen mecanismos de selección explícitos más allá de la disposición de la familia a participar.

Criterios de asignación de recursos

Este componente utiliza como recurso principal los monitores que aplican el programa (voluntarios), la capacitación a dichos profesionales y monitores que trabajan en el programa y la utilización de un bolso preventivo que contiene las principales herramientas para la aplicación del programa.

La asignación de recursos dentro de este componente depende del diseño del programa de intervención comunal y focalización de coberturas del Previene. Este es el único criterio aplicado. Para el caso de comunas sin equipos Previene, la asignación es de carácter marginal, dejándose sólo un remanente de material por si existe demanda en alguna comuna.

El mecanismo de transferencia de recursos es la compra centralizada de Bolsos de familia, los cuales se entregan sólo a monitores que aplican sesiones, una vez que hayan completado la capacitación que los habilita como tales. La distribución por región se realiza de acuerdo a informes con los requerimientos por región y comuna.

Las familias (beneficiarios finales) no reciben el bolso de Familia. Este sólo es entregado a monitores voluntarios como material de trabajo.

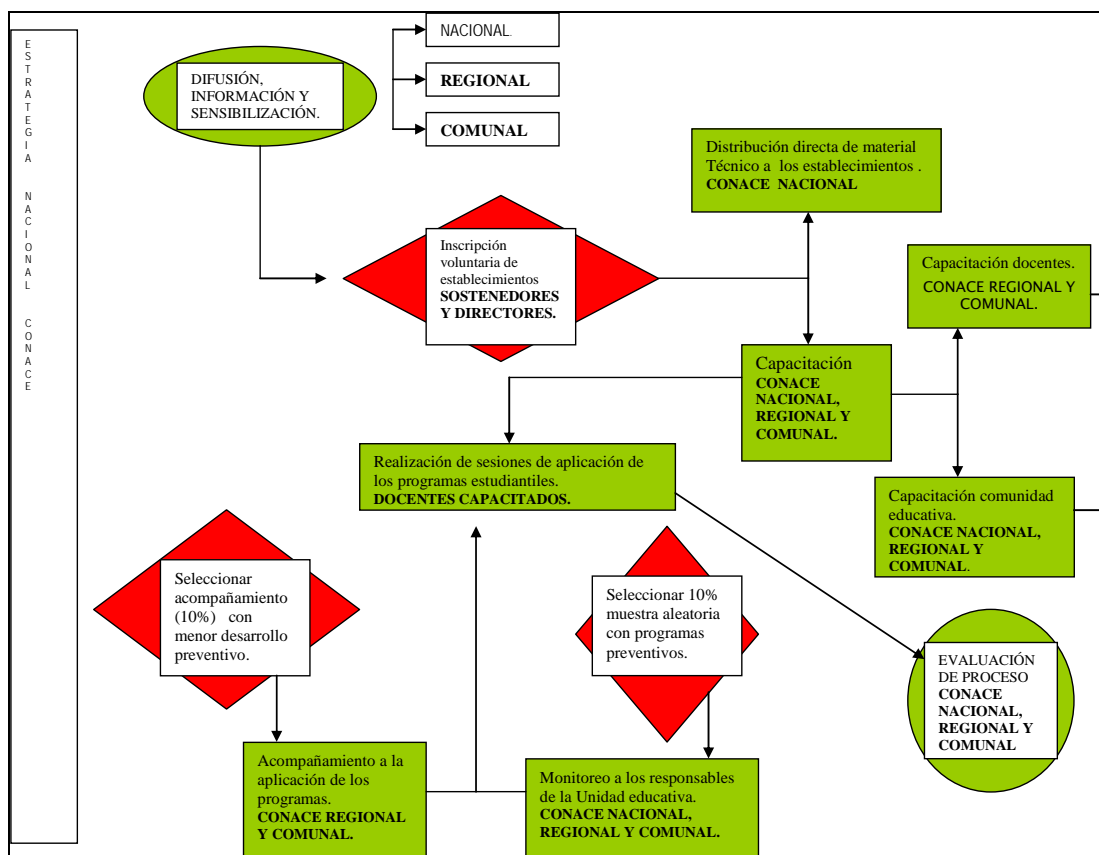
Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

El producto final de este componente son “estudiantes prevenidos”, esto es, estudiantes matriculados en establecimientos que reciben los materiales del programa y que asisten a lo menos a 6 sesiones del programa preventivo (o al 100% en el caso de educación parvularia). El concepto de prevención continúa a lo largo de todo el ciclo educativo se conoce también como “continuo preventivo”. Para esto, se realiza la siguiente secuencia de actividades.

El flujograma de este componente se presenta en la siguiente figura y luego se describe.

⁵⁹ Cabe aclarar que los mecanismos de focalización, en términos generales, no siempre refieren a niveles de vulnerabilidad en la población a intervenir, sino a características más específicas de la misma, por ejemplo la edad, su ubicación espacial, origen étnico, etc.

Flujograma Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo



Fuente: CONACE

Actividades:

Actividad 1: Difusión, información y sensibilización nacional, regional y comunal acerca de la oferta preventiva en la mayoría de los establecimientos existentes en el país, a través de medios de comunicación, internet, distribución de folletos informativos, etc. (CONACE Nacional, regional y equipos Previene)

Actividad 2: Inscripción voluntaria de establecimientos y solicitud de materiales requeridos según matrícula a través de la página web de CONACE. El acto de la inscripción implica la aceptación explícita de la oferta preventiva por parte de las autoridades de las unidades educativas. (Sostenedores y directores de establecimientos educacionales)

Actividad 3: Distribución directa a los establecimientos (a directores, docentes y sostenedores, quienes posteriormente difunden hacia estudiantes y comunidad escolar), del material técnico requerido para la aplicación de los distintos programas. Este material es elaborado por consultores externos, contratados por CONACE mediante licitación, siguiendo lineamientos técnicos previamente definidos. Se propicia el acceso oportuno de las comunidades educativas a los materiales desde el inicio del año escolar. (CONACE nacional)

Actividad 4: Capacitación docente para la habilitación en la implementación de los programas. Se desarrollan jornadas de capacitación de 8 horas, en el caso de establecimientos y/o docentes que asisten por primera vez o de 4 horas para aquellos

establecimientos o docentes de continuidad en su aplicación. (CONACE regional y equipos Previene)

Actividad 5: Capacitación a distintos actores de la comunidad educativa: directores, orientadores, centros de padres, centros de alumnos y consejos escolares. (CONACE nacional, regional y equipos Previene)

Actividad 6: Realización de sesiones de aplicación escolar a los estudiantes (esto lo realizan los docentes capacitados, no directamente CONACE). En el nivel de educación parvularia, son 7 sesiones en el aula con los niños, 3 reuniones con mamás y papás y 1 sesión en el aula con padres e hijos. Entre 1º y 4º básico se realizan 5 sesiones para cada año, y 6 sesiones para la Familia. De 5º a 8º básico son 7 sesiones para 5º, 14 sesiones para 6º, 12 sesiones para 7º y 10 sesiones para 8º básico. Por su parte, en enseñanza media son 8 sesiones para cada nivel educativo y 2 para toda la comunidad educativa. (Docentes capacitados)

Actividad 7: Acompañamiento a la aplicación de los programas a más del 10% de los establecimientos que implementan programas, especialmente aquellos que presentan un menor desarrollo preventivo (definido por la inexistencia de otros programas previos que atiendan a integrantes de la comunidad escolar, por la menor asistencia a actividades del programa o por mayor debilidad en la comprensión de los ejes temáticos y contenidos entregados), para lo cual se dispone de profesionales contratados especialmente para este efecto. (CONACE regional y equipos Previene)

Actividad 8: Monitoreo a los responsables de prevención de las unidades educativas de todas las regiones del país, a través de un instrumento que recoge la opinión de una muestra aleatoria del 10% de los establecimientos con programas preventivos, los cuales tienen una representación de los distintos tipos de dependencias, territorios y ciclos de enseñanza. (CONACE nacional, regional y equipos Previene)

Actividad 9: Evaluación entre los meses de noviembre y diciembre de cada año, la cual se realiza en forma presencial en jornadas de evaluación del Continuo Preventivo. Sus resultados sirven para focalizar el proceso de acompañamiento técnico del año siguiente, centrando las acciones en aquellos establecimientos que presentan menor desarrollo preventivo, lo cual sirve de antecedente y de estímulo para generar el diálogo en la primera reunión con los establecimientos focalizados. (CONACE nacional, regional y equipos Previene)

Mecanismos de participación

Entre los mecanismos de participación del programa se encuentran:

a. Consejos escolares

Tiene relación con el funcionamiento de los Consejos escolares, instancias que se constituyen en todos los establecimientos educacionales y cuyo objetivo es reunir a todos los actores que componen la comunidad educativa, para contribuir con su colegio, informándose, participando y opinando sobre materias relevantes de la gestión del establecimiento. Cada equipo CONACE Previene, en su planificación anual, considera el encuentro y exposición de la oferta preventiva a los Consejos escolares.

b. Comisión Comunal y Mesas de Prevención Escolar

En las comunas que cuentan con el equipo CONACE Previene, las organizaciones de apoderados participan en la Comisión Comunal de Drogas o en mesas de prevención escolar a nivel comunal. A nivel regional y nacional, se ha iniciado el funcionamiento de una mesa de coordinación con las asociaciones de padres y apoderados, con quienes se

realizan jornadas de reflexión, información y capacitación para sus miembros, los que replican los contenidos a las personas que componen sus organizaciones.

c. Asociaciones de padres y apoderados

Finalmente desde el año 2008, se realizan acciones de información y difusión pública masiva con las asociaciones de padres y apoderados, que promueven el rol que deben cumplir los padres y madres en la prevención del consumo de alcohol y drogas en sus hijos e hijas, así como también incentivan la implementación de los programas de prevención y la utilización de los materiales respectivos, que CONACE y MINEDUC distribuyen gratuitamente a todos los establecimientos educacionales del país. En estas actividades se distribuye el material “Tomémonos un Minuto para Conversar de Nuestros Hijos e Hijas”, “Contigo Más Prevenidos” y “Escuela Sin Drogas”, lo cual se realiza en el mes de abril, junio y agosto respectivamente.

Criterios de focalización

El programa de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo define a su población objetivo⁶⁰ como aquellos estudiantes que pertenecen a establecimientos educacionales que reciben subvención estatal, considerando unidades educativas con administración municipal, particular subvencionada, JUNJI y Fundación Integra. La focalización está dada por el tipo de establecimiento educacional al que pertenecen los estudiantes, siendo aquellos que reciben subvención estatal, considerando unidades educativas con administración municipal, particular subvencionada, JUNJI y Fundación Integra.

Criterios de asignación de recursos

En este componente, el principal recurso asignado son materiales preventivos para los docentes (establecimiento), para los estudiantes y para la familia (en el caso del nivel parvulario y básico), así como también oferta de capacitación para los docentes y para los distintos actores de la comunidad educativa (directores, asistentes de educación, apoderados y representantes de centros de alumnos).

a) El material distribuido puede ser el siguiente:

En Busca del Tesoro: Carpetas del programa, Manual de prevención temprana, Cuentos “En la Huerta con mis amigos”, Guía del educador, Mapa del tesoro, Cartilla para las familias.

Marori y Tutibú: Manual del docente. Además con actividades para la familia, Cuadernillo para cada estudiante por nivel y las familias, 1º básico: “Yo conozco a Marori y Tutibú”, 2º básico: “Yo crezco con Marori y Tutibú”, 3º básico: “Yo construyo con Marori y Tutibú”, 4º básico: “Yo sueño con Marori y Tutibú”

Quiero Ser: Manual del docente. Además con actividades para las familias, Cuadernillo para cada estudiante por nivel y las familias (5º, 6º, 7º, 8º).

Yo Decido: Manual del programa con marco general y actividades para toda la comunidad educativa, Manuales (4) del docente por nivel (1º, 2º, 3º, 4º), Cuadernillos de actividades, 4 juegos de naipes para actividades (Mitos y realidades; Vivir en familia; La Dura; Relájate amigo), CD's interactivos por estudiante, Oferta de programa Prevenir en Familia, con bolso y cuadernillos respectivos

⁶⁰ En el ANEXOS se presenta la descripción de la matrícula, según establecimientos, nivel educativo y región (2005-2008).

b) Otros recursos asignados a los establecimientos, son los materiales de difusión técnica dirigido a los miembros de las comunidades educativas de los establecimientos educacionales inscritos.

c) Se asignan recursos a regiones para la capacitación de docentes de los establecimientos inscritos, realizando una invitación a todos ellos a jornadas regionales y comunales de capacitación.

d) Se asignan recursos a regiones para contratación de staff de profesionales para acompañamiento técnico al 10% de establecimientos educacionales inscritos, de tal manera de apoyar la implementación de los programas preventivos.

e) También se asignan recursos a los establecimientos para la capacitación de actores de la comunidad educativa de los establecimientos educacionales inscritos, especialmente directores, orientadores, representantes de centros de padres, CCAA y asistentes de la educación.

f) Finalmente, se asignan recursos a regiones para realizar jornadas anuales de evaluación de la implementación de los programas preventivos.

El criterio de asignación de recursos por regiones –expresado en cantidad de materiales- es la cantidad de colegios inscritos y matrícula anuales. A nivel de establecimientos, los recursos se asignan en función de los requerimientos formulados por sus directores o miembros del equipo directivo a través del sistema de inscripción voluntaria en la página web de CONACE.

Este es el único criterio, debido a que la oferta es universal para todos los establecimientos que lo requieran por tanto la compra de materiales depende de la demanda existente.

Los materiales de difusión técnica se distribuyen de acuerdo al número de establecimientos priorizados por los equipos Previene de cada comuna, de acuerdo a criterios de vulnerabilidad y demanda de los establecimientos para trabajar el tema de drogas.

Anualmente los establecimientos educacionales que requieren material se inscriben en la página web en un sistema diseñado particularmente para dicho objetivo. De acuerdo con la información de inscripción, se realiza una licitación para la impresión de todo el material (Ecuación parvularia a Educación media), además se realiza una licitación para adjudicar a la empresa que realizará la distribución del material. Una vez teniendo el material y la empresa de distribución, comienza el proceso de entrega del material, el que va de acuerdo a la necesidad de cada establecimiento (indicado en el formulario de inscripción). La entrega se realiza directamente por parte de la empresa de distribución al Establecimiento. Este proceso normalmente se realiza entre los meses de marzo y abril.

El compromiso de los establecimientos que reciben el material, una vez inscritos es aplicar el programa.

Componente 3: Calidad de Vida Laboral

El producto final de este componente son “empresas con políticas preventivas instaladas⁶¹”, para lo cual se realiza la siguiente secuencia de actividades.

Actividades:

Actividad 1: Acceso de empresas al programa (tres modalidades: (i) servicios públicos afectos a la Ley 20.000 y municipios con Previene, (ii) oferta de CONACE a empresas

⁶¹ Empresas que han cumplido con todas las actividades contempladas en el programa, constituyendo su equipo preventivo interno y escriturando una política preventiva como parte de sus políticas regulares de recursos humanos

privadas representativas de cada región (ya sea por volumen de ventas o cantidad de empleos generados), (iii) demanda espontánea que realizan las empresas). (CONACE nacional, regional y empresas)

Actividad 2: Compromiso con la dirección que consiste en que la directiva de la empresa con la adhesión de los trabajadores deben firmar un “protocolo” de inicio de una política de prevención del consumo de drogas. En este paso los directivos adquieren el compromiso de iniciar un trabajo preventivo, informarse de los beneficios de ello y finalmente adoptar la política acordada. (CONACE nacional, empresas)

Actividad 3: Conformación del equipo preventivo coordinador (EPC)⁶². El proceso al interior de la organización debe ser liderado oficialmente por un equipo responsable, para lo cual se conforma un equipo interno denominado equipo preventivo coordinador. Este grupo de personas estará a cargo de engranar e implementar los siguientes cinco pasos de la conformación de la política. Se busca intencionar la conformación de un equipo validado y motivado, tanto por la dirección como por los representantes gremiales y empleados de la organización, que cuente con cierta experiencia en el trabajo con recursos humanos, bienestar, prevención de riesgos, salud ocupacional, etc. Para ello, el equipo recibirá una capacitación y acompañamiento técnico de parte de los encargados técnicos del programa, tanto a nivel de CONACE regional como nacional. Una vez definido y conformado el EPC, éste planifica conjuntamente con CONACE su metodología de trabajo y define sus funciones en razón de los productos esperados para este Programa. (CONACE nacional, regional y empresas)

Actividad 4: Diagnóstico inicial realizado internamente, a partir de la realidad de la empresa.

El diagnóstico inicial servirá para planificar los objetivos de la política, sensibilizar internamente a los trabajadores acerca de la importancia de prevenir en la organización y lograr el compromiso de empleados y empleadores. Así, entrega datos desde tres vertientes: información sobre la cultura organizacional, información sobre la percepción de los trabajadores de los factores de riesgo y protección que posee la organización e información sobre el estado del consumo en el lugar de trabajo. La información recopilada servirá para focalizar de manera óptima las estrategias de prevención. Para efectuar el diagnóstico la metodología del programa Trabajar con Calidad de Vida cuenta con una encuesta de la cultura organizacional que da información sobre indicadores de producción, calidad de vida en el trabajo y consumo de drogas y factores de riesgos y protección. Esta encuesta es respondida por una muestra representativa de a los menos el 20% de los trabajadores). (CONACE regional y empresas).

Actividad 5: Sensibilización de la institución por parte del EPC, quienes organizan y planifican una estrategia para informar sobre el proyecto de prevención a fin de generar un estado de ánimo favorable hacia el plan de prevención y lograr el compromiso de todos los integrantes de la empresa. También en esta etapa se difunden los resultados del diagnóstico de la organización con el objetivo de compartir el sentido de tener datos propios sobre el fenómeno de la droga y convocar a la comunidad laboral como también sensibilizar a los trabajadores acerca de los beneficios y la necesidad de abordar la prevención en forma corporativa. (Empresas)

Actividad 6: Realización del taller de 6 sesiones (10 horas) de política preventiva, cuyo objetivo es definir la política de prevención del consumo de drogas específica para la

⁶² Compuesto por profesionales o técnicos representativos de todos los estamentos de la empresa validados por el resto de la organización tales como: departamento de Recursos Humanos, Bienestar, comités paritarios de higiene y seguridad, sindicatos, etc. Estos deben organizar junto con el CONACE los procesos de planificación, implementación y seguimiento de la Política Preventiva.

organización. A través del taller se acordará la serie de acciones asociadas a la calidad de vida en el trabajo, diagnosticadas por los representantes de la empresa como fundamentales para la prevención del consumo de drogas en la organización. El taller está diseñado para ser dirigido por personas del EPC con la asesoría del CONACE que cumplirán el rol de facilitadores de las actividades. El taller está diseñado como actividad secuencial en 6 sesiones en 10 horas. Para el caso de las PYMES se adaptó el programa Trabajar con Calidad de Vida y se desarrolla una estrategia preventiva aplicando el taller de 6 sesiones y temáticas adaptadas a equipos para ser abordadas en una jornada de 10 horas de duración. (CONACE regional y empresas)

Actividad 7: Escrituración y difusión de la política que resulte del trabajo de taller a través de un documento oficial. Los acuerdos alcanzados, relativos a las acciones, objetivos y procedimientos deben ser redactados en forma clara y precisa, de modo que todos los miembros de la organización puedan conocer y comprender las implicancias de la política

Esta responsabilidad estará a cargo del EPC especialmente de quienes participaron en el taller como facilitadores, con la colaboración de aquellos voluntarios que fueron definidos en la última sesión del taller. En este paso, resulta fundamental la presencia de la jefatura, gerencia o supervisión, y equipos claves de la organización (como sindicatos, asociaciones gremiales, comité paritarios otros) de manera de validar los acuerdos y ver la factibilidad de las acciones involucradas en la política. Finalmente la política se somete a la validación de la dirección o plana ejecutiva a fin de generar un compromiso que se sellará con la firma del documento oficial que se logre al finalizar este paso. La política debe estar orientada a toda la población laboral.

En esta etapa, una vez validada la política, se efectúa el lanzamiento público de la misma, habitualmente a través de un evento público al cual se adhieren todos los trabajadores con una actividad preventiva o de promoción. (Empresas)

Actividad 8: Evaluación y seguimiento de la política realizado internamente por las empresas, para garantizar que ésta se mantenga viva en la organización, de manera eficiente y eficaz. Para ello, se debe velar por la calidad de las actividades y acciones diseñadas, con el fin de que se logren los procesos, resultados e impactos esperados de la política preventiva en la organización. La evaluación y seguimiento está declarada como actividad en el modelo genérico del programa, si bien en términos prácticos no está operacionalizada, y la realiza sólo un porcentaje menor del total de empresas participantes.

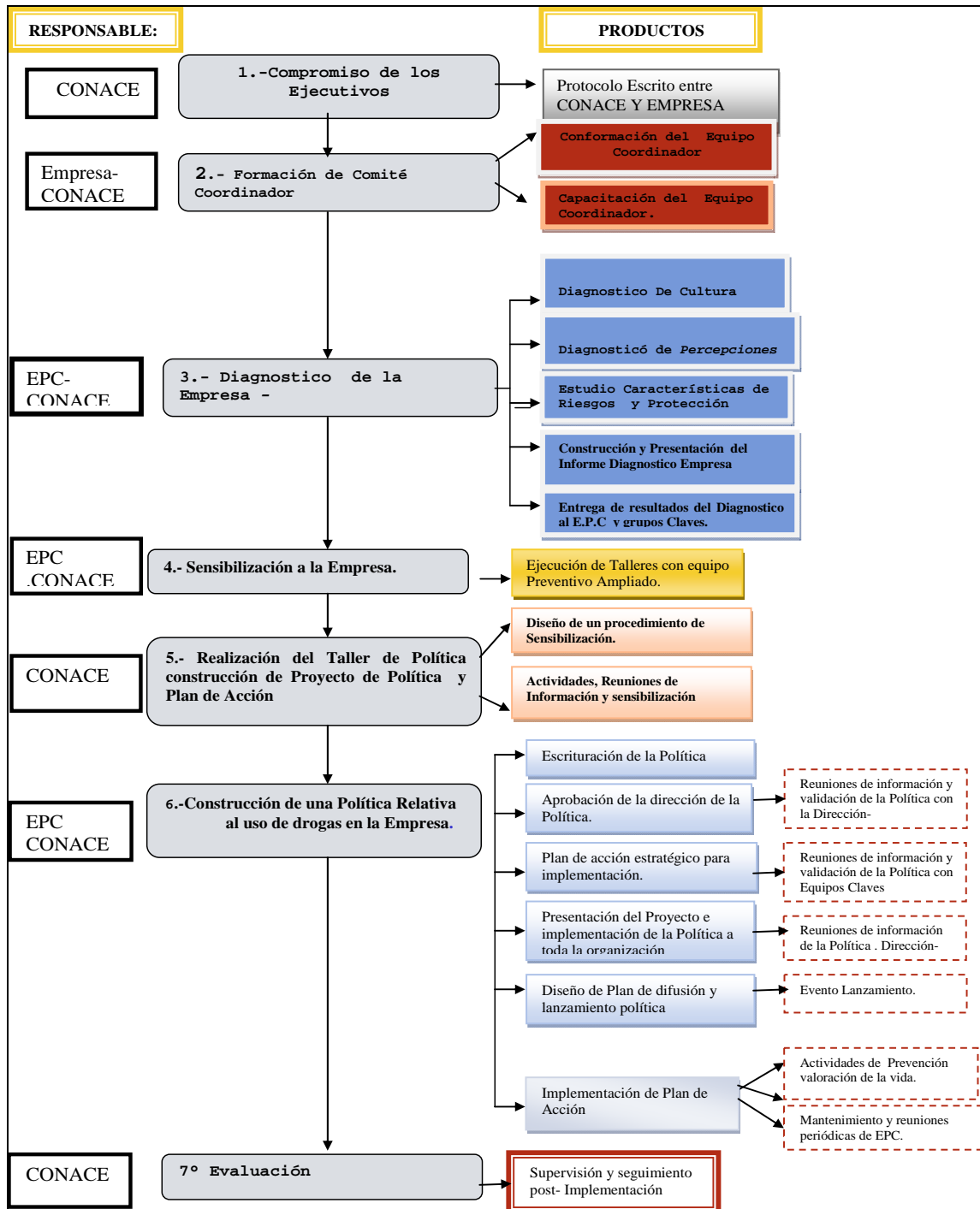
Por calidad de actividades se entiende que las acciones asociadas se desarrollen de acuerdo al diseño y planificación definidas. (Empresas)

Adicionalmente, hay otras actividades (todas a cargo del CONACE nacional) que contribuyen al proceso productivo para tener “empresas prevenidas”, algunas de las cuales son previas y otras posteriores a la parte del proceso que se da dentro de las empresas.

- Elaboración, pre-diseño e impresión de manuales, material educativo y de difusión del programa “Trabajar con Calidad de Vida”. Esta actividad se contrata externamente a empresas consultoras mediante licitación, en base a requerimientos técnicos pre-definidos por CONACE.
- Realización de seminario de buenas prácticas en la ejecución del programa a nivel nacional y 15 regionales. Seminario organizado por la coordinación del programa para intercambiar y compartir aprendizajes, logros y áreas de mejoramiento, producto de la implementación del mismo.

- Encuentro anual con jefes técnicos y encargados laborales de CONACE, con el fin de analizar avances, logros y desafíos para la gestión y logro de objetivos del programa.

Flujograma Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida
(actividades internas a las empresas)



Fuente: CONACE

Mecanismos de participación:

Los mecanismos de participación corresponden básicamente a tres:

Equipo Preventivo Coordinador. Compuesto por profesionales o técnicos representativos de todos los estamentos de la empresa validados por el resto de la organización tales como: departamento de Recursos Humanos, Bienestar, comités paritarios de higiene y seguridad, sindicatos, etc. Estos deben organizar junto con el CONACE los procesos de planificación, implementación y seguimiento de la Política Preventiva.

Mesas laborales comunales y regionales. Compuestas por representantes de organismos públicos y privados que cuentan o no con políticas de drogas, en las cuales se busca generar redes preventivas y compartir buenas prácticas en torno a la calidad de vida laboral.

Seminarios regionales de difusión, capacitación y buenas prácticas. Desarrollo de encuentros en conjunto con las Asociaciones de Empresarios y Servicios Públicos con el fin de desarrollar redes preventivas laborales y destacar la participación de las entidades en las políticas preventivas.

Criterios de focalización

La focalización del componente III, es diferenciada, a saber: la definición de la población objetivo corresponde a la totalidad de los organismos públicos de acuerdo a la Ley 20.000, por consiguiente en este caso no se presenta focalización. La población objetivo en relación a los Municipios, fue acordada como meta de la política ministerial (200)⁶³, y la focalización coincide con los criterios que se indican en el componente Comuna Previene, a saber: el conjunto de las 200 comunas del componente son focalizadas según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002, ; b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de vulnerabilidad⁶⁴ al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007, como otro criterio de selección.

Con respecto a las empresas privadas, se ha intencionado las grandes y medianas siendo aquellas las que tienen sobre 100 trabajadores. Este requisito tiene relación con la implementación del componente ya que el programa se desarrolla desde las áreas de Recursos Humanos, pero no existen mecanismos de selección más allá de la disponibilidad de la empresa a participar ya que se expresa mediante demanda espontánea (autoselección). Actualmente se intervienen indistintamente las pequeñas empresas con una metodología diferenciada.

Criterios de asignación de recursos

El recurso principal de este componente es el material definido, el que consiste en un manual técnico y capacitación a los profesionales de las empresas que están a cargo de aplicar el programa. Cabe señalar que Conace cuenta en cada región del país con recursos humanos con perfiles adecuados para este tipo de intervenciones. También se asignan recursos para las capacitaciones de tales profesionales definidas por el programa y la programación de actividades definidas en la planificación institucional para este componente.

Los recursos de este componente son asignados de acuerdo a los siguientes criterios: concentración de empresas públicas a nivel regional, densidad de población en cada región,

⁶³ Estrategia Nacional de Seguridad (2006)

⁶⁴ Este índice considera variables asociadas a la encuesta SIMCE, CASEN, Delitos establecidos en la ley 20.000; Delitos de mayor connotación social; Infracciones a la ley 20.084, entre otras.

número de municipios con Previene en la región, número de servicios públicos regionalizados, y empresas privadas asociadas a la actividad económica preponderante en cada región

El criterio más relevante es “concentración de empresas públicas a nivel regional”, esto por el mandato de la ley de implementar el programa en el total de las empresas públicas del país. Para el caso de empresas privadas el criterio principal es “empresas privadas asociadas a actividad económica preponderante en cada región”, debido a que se prioriza la implementación en empresas que son relevantes para cada región en términos de nivel de ventas y generación de empleos.

Una vez que se conoce el número de empresas con que se trabajará la implementación de una política de prevención de drogas, se determina la impresión del material de trabajo y de sensibilización del programa, el que es distribuido a cada empresa para la implementación respectiva. Además se entrega un stock de material a las oficinas regionales y PREVIENE dependiendo de la demanda existente para la aplicación de este programa en cada región y comuna.

Además en este componente existe (sólo para los servicios y empresas públicas participantes) una asignación de recursos para la implementación de proyectos, cuyo objetivo es la difusión y la implementación de la política de prevención de drogas al interior de la institución. El criterio para la asignación de recursos de estos proyectos, es que la institución debe contar con un diagnóstico realizado sobre la problemática de drogas al interior de ella y tener definido el plan de acción para la implementación de la política. El monto asignado varía dependiendo del plan a implementar y de las características de la institución.

Los recursos para la ejecución de estos proyectos se traspasan mediante un convenio directo entre CONACE (Ministerio del Interior) y el servicio que implementará la política, los cuales deben ser rendidos en la forma y fondo definidos en el convenio respectivo.

Existen modelos de rendición que son los establecidos para todos los proyectos y además considera informes técnicos de avance y cierre, los que contemplan cumplimiento de metas en relación a procesos y productos.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

Subcomponente 1. Población general

El producto final de este subcomponente puede definirse como “Población general tratada⁶⁵” a través de 3 planes de atención diferenciados (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial), que contemplan de una a tres sesiones para la etapa de diagnóstico inicial, y un programa estructurado de distintos meses de duración, según la complejidad clínica de cada caso abordado. Cabe señalar que el trastorno por consumo de drogas no debe considerarse como una enfermedad aguda, sino como una enfermedad crónica tratable, con características comparables con la *diabetes mellitus*, el asma bronquial y la hipertensión arterial. De este modo, los logros terapéuticos se encuentran fuertemente influenciados por la disposición del paciente a recibir ayuda y a poner en práctica las medidas recomendadas por los técnicos. De ahí que se habla de *tratamientos completos* y *tratamientos incompletos*, existiendo evidencia de que las personas pueden alcanzar logros terapéuticos significativos aunque no hayan completado totalmente su tratamiento. Todos los planes de este

⁶⁵ Esto se refiere a aquella población que estuvo a lo menos un mes de tratamiento en algún centro en convenio.

subcomponente siguen la siguiente secuencia de actividades (todas ellas realizadas por personal clínico especializado del centro de tratamiento en que se atiende el beneficiario):

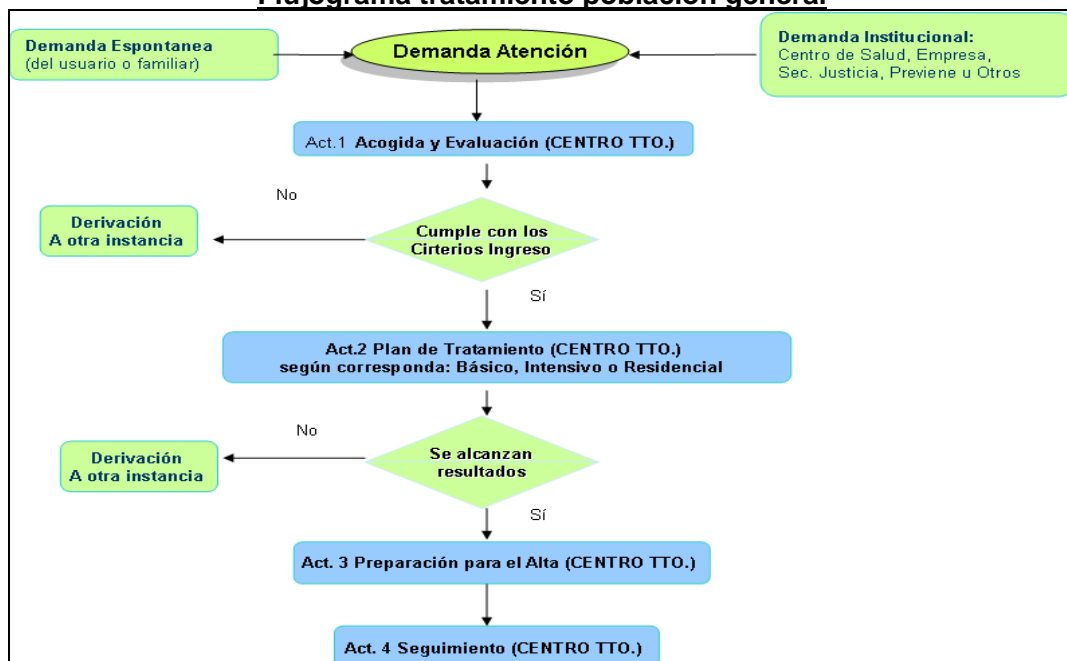
Actividad 1: contempla el diagnóstico integral del problema (y la acogida en el caso del plan de tratamiento residencial) que incluye los aspectos clínicos del consumo, estado de salud mental y psiquiátrico junto con la valoración del compromiso biopsicosocial de la persona afectada directamente por el consumo; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato; contención emocional y apoyo a profundización de la motivación al cambio. Esto se realiza en sesiones personales entre el personal clínico y el paciente.

Actividad 2: etapa abocada principalmente al abordaje de los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, evaluación y apoyo al desarrollo de intereses, habilidades, y competencias socio ocupacionales, además de estrategias de prevención de recaídas. En el caso del tratamiento residencial, incluye también restablecimiento de vínculos saludables, reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, y redefinición de roles e identidad de género.

Actividad 3: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado de integración socio-ocupacional, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional. En el caso del tratamiento residencial, incluye también apoyo en competencias ocupacionales, a través de actividades de capacitación específicas para dicho fin.

Actividad 4: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con un frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de un año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo en el caso de presentarse dificultades relacionadas con reiteración de conductas de riesgo y recaídas en consumo problemático.

Flujograma tratamiento población general



Fuente: CONACE

Subcomponente 2: Mujeres

El producto final de este componente puede definirse como “mujeres tratadas⁶⁶”:

Actividades

El subcomponente contempla de una a tres sesiones para la etapa de diagnóstico inicial, y un programa estructurado cuya duración depende de la complejidad clínica de cada caso abordado. Todas las actividades son realizadas por personal clínico especializado del centro de tratamiento en que se atiende el beneficiario.

Actividad 1: contempla la acogida inicial y contención emocional de la mujer, el diagnóstico integral o confirmación diagnóstica del problema, que incluye: aspectos clínicos del consumo; estado de salud general y ginecobstétrica; estado de salud mental; valoración del compromiso biopsicosocial de la usuaria afectada directamente por el consumo; valoración de la identidad y rol de género; abordaje del proceso de desintoxicación inmediato y las complicaciones asociadas para ella y su hijo en caso de estar embarazada; apoyo y profundización de la motivación al cambio; evaluación de intereses, habilidades y competencias ocupacionales como elemento a considerar para la integración social y el cuidado y custodia de los hijos, durante el período de permanencia en el plan; inclusión de la familia como parte del proceso de acompañamiento a la mujer tratada. La etapa de diagnóstico inicial se realiza mediante sesiones presenciales entre el personal clínico asignado y las mujeres tratadas, incluyendo exámenes clínicos, médicos y charlas diagnósticas.

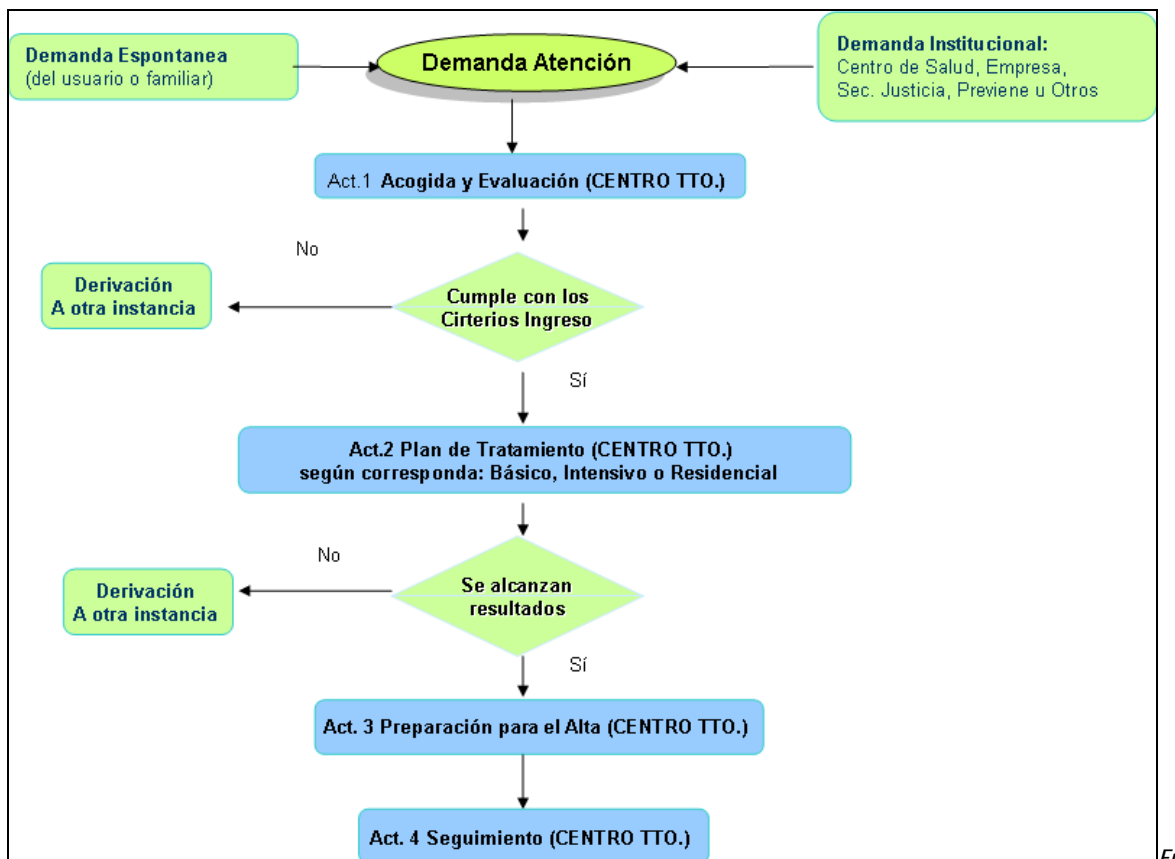
Actividad 2: etapa intermedia, en que el personal clínico interviene sobre los factores que inician y mantienen el consumo problemático; apoya el proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo, y luego de prevención de recaídas; entrena en la relación de apego y establecimiento de vínculos saludables con los hijos y el sistema intra familiar; interviene en la reparación de experiencias traumáticas, elaboración de duelos, redefinición de roles e identidad de género; fortalece factores protectores y entrena habilidades y competencias ocupacionales para la integración social. Esta etapa

Actividad 3: es la preparación para el egreso del plan y corresponde principalmente al periodo denominado integración socio ocupacional, donde se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundiza en los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración socio ocupacional, con énfasis en la vinculación a redes de apoyo personal e institucional.

Actividad 4: corresponde a un período de seguimiento no inferior a un año posterior al alta terapéutica del plan, en el cual se realizan intervenciones individuales, familiares o grupales, con una frecuencia que se distancia progresivamente en la medida que avanza el plazo de una año, con el objeto de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados, ofreciendo estrategias de apoyo clínico, tanto a la paciente como a su grupo familiar, en el caso de presentarse dificultades.

⁶⁶ La definición de “tratadas” es similar a la utilizada para el subcomponente de población general.

Flujograma tratamiento mujeres



ente: CONACE

Subcomponente 3: Adolescentes infractores de ley

El producto final de este componente puede definirse como “adolescentes infractores de ley tratados⁶⁷”.

Actividades

Para el caso de los adolescentes condenados con sanción accesoria en medio privativo de libertad, con consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos mentales se realiza a través de 2 planes de atención que contemplan de una a tres sesiones para la etapa de diagnóstico inicial, y un programa estructurado de distintos meses de duración, según la complejidad clínica de cada caso abordado. Todos ellos comparten similar secuencia de actividades, todas ellas realizadas por personal especializado de los equipos de salud mental y drogas de los centros privativos de libertad a los que se encuentran adscritos los beneficiarios.

El tratamiento de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, y otros trastornos de salud mental, es parte del Plan de Intervención Individual Integral del adolescente, diseñado por SENAME y, por tanto, exige, mecanismos definidos de coordinación entre el Equipo Clínico de Drogas y Salud Mental y el Equipo SENAME en su totalidad, así como con otros actores involucrados en este Plan.

⁶⁷ Se entiende por “tratados” aquellas personas que completan las 4 actividades indicadas a continuación.

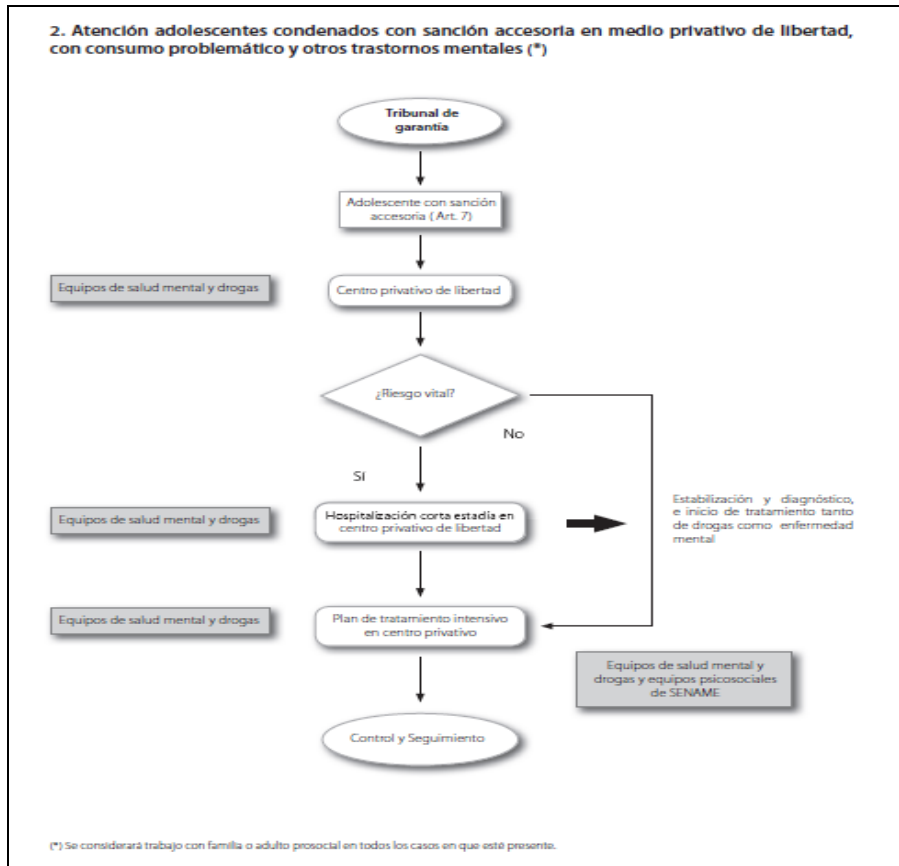
Actividad 1: Contempla la acogida y contención emocional del adolescente infractor con consumo problemático, el diagnóstico integral del problema, incluyendo, las siguientes áreas: patrón de consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, socialización y modulación de conductas transgresoras, reparación e integración social, abordaje del proceso de desintoxicación inmediato, inicio de un proceso vincular para favorecer el proceso de motivación al cambio. En hospitalización de corta estadía incluye también coordinación con el equipo que realiza la derivación. El diagnóstico integral se realiza mediante entrevistas individuales, entrevistas familiares y trabajos grupales, y los exámenes de laboratorio e imagenología necesarios. Si bien se busca diagnosticar la situación del adolescente tratado, también se toman en cuenta variables de su entorno familiar y grupo de pares.

Actividad 2: Etapa intermedia que aborda los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, el manejo de la comorbilidad psiquiátrica, el apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas, intervención en la reparación de experiencias traumáticas, duelos u otros eventos vitales significativos, evaluación de intereses, habilidades y competencias socio ocupacionales y apoyo a su desarrollo. Estas actividades son desarrolladas por el equipo clínico tratante en coordinación con SENAME e involucran principalmente al adolescente tratado, pero también, según cada caso, podrán incluir a familiares y/o otros adultos significativos.

Actividad 3: Consiste en la preparación para el egreso del . Se trabaja el fortalecimiento de los cambios terapéuticos y la profundización de aspectos vinculados a las alternativas reales de integración y reinserción socio ocupacional (educación, familia, grupo de pares, resignificación de espacios comunitarios, etc.). El proceso de egreso es gradual y se planifica por parte del equipo clínico tratante en coordinación con SENAME, en conjunto con el adolescente, su familia, delegado y el Equipo de libertad asistida o Equipo Psicosocial del Centro Privativo de Libertad, según corresponda. Al egreso se emite un informe final que incluye evaluación del estado de salud física y mental del adolescente, los logros terapéuticos y las recomendaciones de acciones de apoyo, necesarias para mantener los logros alcanzados.

Actividad 4: Corresponde a un período de post tratamiento o seguimiento de a lo menos 6 meses (en tratamiento intensivo) o de 15 días (en hospitalización de corta estadía), realizado por el equipo psicosocial de SENAME (en base a lineamiento técnicos entregados por CONACE) del centro que administra la sanción principal, dependiendo de la situación judicial del adolescente. El seguimiento contempla las siguientes actividades: entrevistas individuales, visitas domiciliarias, contacto telefónico u otras intervenciones con frecuencia mensuales, con el propósito de evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados y diseñar estrategias de apoyo en el caso de presentar dificultades.

Flujograma tratamiento adolescentes infractores de ley



Fuente: CONACE

En el caso de los adolescentes condenados con sanción accesoria en medio libre o sistema semi-cerrado con consumo problemático de alcohol y drogas, y otros trastornos mentales, hay 3 planes de atención diferenciados según la complejidad clínica de cada caso, que contemplan de una a tres sesiones para la etapa de diagnóstico inicial, y un programa estructurado de distintos meses de duración. Las actividades están a cargo de profesionales especializados de los equipos de salud mental ambulatorios y drogas. En la primera y última etapa interviene también el coordinador judicial de SENAMA.

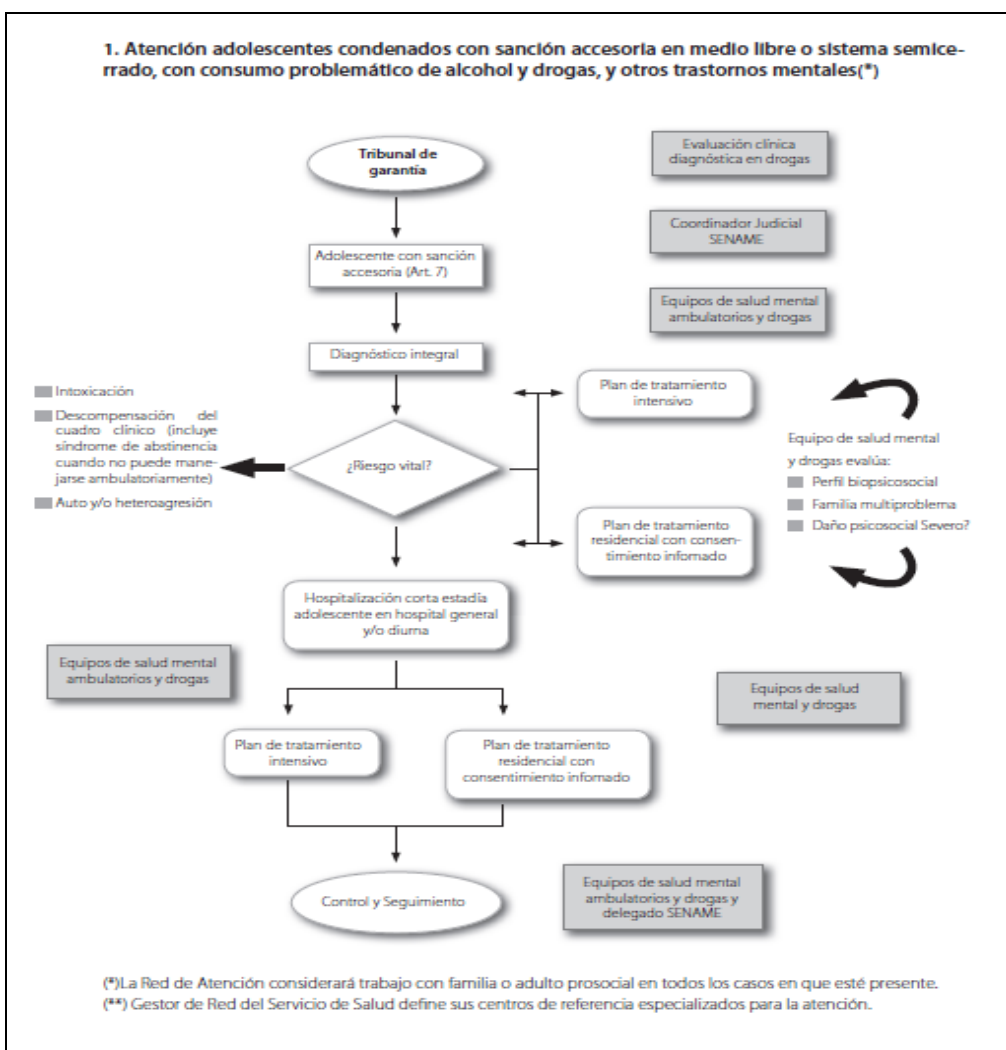
Actividad 1: Contempla la acogida y contención emocional del usuario y el diagnóstico integral del problema que incluye las siguientes áreas: patrón de consumo de drogas, salud física y mental, desarrollo psicoafectivo y tareas evolutivas, familia, socialización y modulación de conductas transgresoras, reparación e integración social, abordaje del proceso de desintoxicación inmediato, inicio de un proceso vincular para favorecer el proceso de motivación al cambio. En hospitalización de corta estadía incluye también coordinación con el equipo que realiza la derivación. Participan en el diagnóstico el equipo médico tratante y el coordinador judicial de SENAMA.

Actividad 2: Etapa intermedia en que el equipo tratante aborda los factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático, manejo de la comorbilidad psiquiátrica si existe y apoyo al proceso de desintoxicación a mediano y largo plazo y de prevención de recaídas. También se interviene en la reparación de experiencias traumáticas, duelos, junto con la evaluación de intereses, habilidades y competencias socio ocupacionales y apoyo al desarrollo de ellas. Ejecuta el equipo tratante.

Actividad 3: Consiste en la preparación para el egreso del plan, etapa en la cual se fortalecen los cambios terapéuticos y se profundizan, por parte del equipo tratante, los aspectos vinculados a las alternativas reales de integración y reinserción socio ocupacional (educación, familia, grupo de pares, resignificación de espacios comunitarios).

Actividad 4: Corresponde a un período de post tratamiento o seguimiento, de 12 meses (en tratamiento intensivo y residencial) o 15 días (en hospitalización de corta estadía). Es realizado por el equipo que trató al adolescente en coordinación con el equipo psicosocial a cargo de la sanción principal. Dependiendo de su situación judicial, se realizan las siguientes actividades: entrevistas individuales, visitas domiciliarias, contacto telefónico u otras intervenciones, con una frecuencia mensual, para evaluar la mantención de los cambios terapéuticos logrados y ofrecer estrategias de apoyo en el caso de presentar dificultades. Ejecuta el equipo tratante en coordinación con SENAME.

Flujograma tratamiento adolescentes infractores de ley



Fuente: CONACE

Mecanismos de participación (para todos los subcomponentes):

En los centros de tratamiento existen libros de sugerencias y reclamos en donde los usuarios y sus familiares pueden manifestar sus necesidades y quejas, en el marco de los procesos de autorización sanitaria específicamente en el DFL 2298.

Por su parte, los centros públicos del nivel secundario de salud cuentan con oficinas de información y reclamos (OIR) de usuarios. También existen los mecanismos de envío de reclamos, o quejas vía, supervisores, oficinas regionales de FONASA y de CONACE.

En el caso específico del tratamiento para Infractores de Ley infanto-adolescentes, los usuarios pueden además de las mencionadas anteriormente manifestar sus reclamos, descargos, a su abogado defensor o al SENAME.

Sin embargo, no existen mecanismos propiamente de participación de los beneficiarios en la formulación y ejecución de este componente.

Criterios de focalización

La población objetivo refiere a las personas que presentan consumo problemático de sustancias ilícitas, que sean beneficiarias del FONASA (sistema público de salud) y que además manifiesten interés por recibir tratamiento. Este programa considera como criterio de focalización el interés del afectado por recibir tratamiento, siendo en éste caso una característica constitutiva de la población objetivo, que la distingue de la población potencial, en tanto es un indicador de capacidad para ser incorporado/a en el programa (no sólo una característica para el ingreso)⁶⁸.

El criterio de focalización y selección antes mencionado es común a los dos primeros subcomponentes: Población General y Población Específica Mujeres Adultas. En el caso de Población General y Mujeres también opera el criterio etario siendo la edad mínima de ingreso 20 años.

El subcomponente 3, no presenta focalización porque refiere a totalidad de los Adolescentes Infractores de Ley en proceso judicial.

Criterios de asignación de recursos

a. Entre Regiones. Para la asignación de los recursos a los programas en las distintas regiones del País, se aplican los siguientes criterios:

- 1.- Disminución de la brecha, diferencia entre la demanda de atención y la oferta de tratamiento (datos que se obtienen a partir de los estudios de prevalencia de consumo de CONACE y datos regionales).
- 2.- Estudios complementarios por instituciones que participan de los convenios (SENAME), que permiten caracterizar mejor la demanda específica por tratamiento en adolescentes infractores de ley con consumo problemático..
- 3.- Identificación por parte de CONACE de requerimientos existentes para completar circuitos de tratamiento, lo que implica contemplar todas las modalidades de planes necesarias, según tipo de programa y niveles de complejidad.

⁶⁸ Se estima a partir de los estudios de prevalencia nacional que realiza CONACE, a través de la siguiente pregunta: ¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o alguna droga?(No incluya tratamiento para dejar de fumar)

4.- Necesidad de dar continuidad a los centros que están trabajando, considerando la evaluación cuantitativa y cualitativa de la ejecución de los programas, sustentados en la supervisión y asesoría y reportes de actividad. CONACE y MINSAL reciben propuestas de continuidad de centros (o de incorporación de centros nuevos), a través de los CONACE Regionales y Servicios de Salud, las que son refrendadas o dirimidas en caso de no existir acuerdos regionales desde el nivel nacional.

b. Entre sub-componentes. Para el caso de los sub-componentes de “población general” y “mujeres”, los criterios para asignar recursos entre ellos son los mismos que los indicados en el punto anterior.

Para el caso del sub-componente infanto-adolescente infractores de Ley la asignación de recursos está dada por la demanda existente en los centros, debido a que la Ley 20.084 mandata la atención obligatoria de los adolescentes derivados de la justicia.

c. Interior de los sub-componentes. Para los sub-componentes de población general y mujeres, la asignación de recursos a los planes de tratamiento y rehabilitación (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial) responde a la diversa complejidad del problema del consumo. Por una parte, cada plan tiene un costo diferente, asociado a su duración e intensidad, y por otra, las oficinas regionales de CONACE con cada centro prestador realizan un análisis de la demanda de atención para cada tipo de plan. A partir de esta información, se define cuantos recursos asignar por regiones.

Para el sub-componente infantoadolescente infractores de ley se considera además de lo anterior, el tipo de sanción aplicada por el juez, ya sea este medio libre o privado de libertad. En algunos casos el juez establece sanción accesoria, la cual obliga al adolescente a someterse a tratamiento. En otros casos la participación en el tratamiento es voluntaria.

Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago (contratos, convenios, decretos u otros) a beneficiarios intermedios o finales para los cinco componentes:

Para este componente el mecanismo de transferencia de recursos es a través de un convenio de colaboración financiera entre CONACE y FONASA para el caso de los sub-componentes de población general y mujeres y un convenio específico para el sub-componente infanto-adolescente infractores de Ley.

CONACE y MINSAL, conjuntamente con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) crean una alianza en la que cada parte se encarga de determinados aspectos, según proceda, como el financiamiento, la formulación de normas, capacitación, prestación de apoyo técnico y la supervisión, con miras a prestar una atención más completa y calificada a los consumidores de drogas. Los Servicios de Salud del país tienen asignadas zonas geográficas en su jurisdicción y para cada una de ellas se determinó, en base a estudios locales e información local de cada servicio de salud, la necesidad de tratamiento.

Una vez determinadas las necesidades locales (Servicios de Salud y regiones) en base a los criterios señalados en las letras a), b) y c) del punto anterior, se construye la base de datos consolidada, por convenio, programas y planes de tratamiento, donde se detalla la cobertura a financiar por CONACE en forma mensual, la que es incluida como parte de cada convenio realizado en conjunto con FONASA y MINSAL. Esta base de datos es aprobada por un equipo tripartito en el que participa CONACE, MINSAL y FONASA para el caso del Convenio en población general y CONACE, MINSAL, SENAME y FONASA en el caso del convenio de adolescentes infractores de Ley, la que es ratificada por la Secretaría Ejecutiva de CONACE.

Una vez definida y ratificada la base de datos con planes a financiar para cada convenio y una vez firmados los convenios de colaboración entre las instituciones involucradas, FONASA, se procede a la firma de convenios con cada prestador, de acuerdo a la nómina de centros y planes asignados en el que se detalla la cantidad de planes mensuales a comprar por parte de FONASA.

Elaborados los convenios, entre FONASA y los prestadores (públicos y privados) que principalmente corresponde a una compra de servicios, el proceso de pago a cada ejecutor se realiza de acuerdo a lo siguiente:

- En el convenio realizado se establece que CONACE traspasa cuotas fijas bimestrales (Enero, Marzo, Mayo, Julio, Septiembre y Noviembre) para cada convenio a FONASA, cuya cuota es determinada como un sexto del monto total anual a transferir, el que resulta de la multiplicación del total de planes mensuales para cada programa y el precio de cada plan.
- FONASA a su vez recibe las facturas por concepto de atención por cada centro de tratamiento (público y Privado) y en forma mensual, la que es revisada y cotejada con los registros que estos centros realizan en un Software definido para registrar las prestaciones realizadas en cada plan. Además se certifican los RUT de cada paciente informado para comprobar si corresponden a usuarios FONASA.
- Una vez cotejada la información anterior, FONASA procede al pago a cada centro prestador.
- Una vez cerrado el proceso contable, FONASA prepara una rendición mensual que contiene la información de todas las facturas pagadas por cada centro prestador, la que es remitida al CONACE para su contabilización.
- Trimestralmente se realiza un análisis más detallado de los pagos realizados por cada plan informado, versus los planes de atención efectivamente realizados por cada centro prestador y en caso de que existieren diferencias estas se cobran al centro prestador para que en cada año no queden diferencias financieras.
- En el caso del convenio de adolescentes infractores de ley, de acuerdo a convenio y por ser un programa en proceso de implementación, las diferencias existentes entre los planes mensuales pagados y los efectivamente realizados pueden ser pagadas con planes a realizar durante el año siguiente (sólo para los años 2007 y 2008).

El convenio incluye la medición de indicadores de desempeño (coberturas por regiones, grupos étnicos, género, estado civil, sustancias consumidas, grado de problematicidad del consumo, nivel de compromiso biopsicosocial, motivos de egreso del programa, meses de permanencia, logros terapéuticos, comorbilidad psiquiátrica, horas profesionales dedicadas, todo esto por centros de tratamiento) para monitorear el logro del objetivo del programa, y permiten la rendición de cuentas, variables que surgen del estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007. Los indicadores registrados dicen relación con registros de cobertura e indicadores de calidad (egresos, abandonos y resultados parciales de tratamiento).

Componente 5: Previene Comunal

El producto final de este componente conceptualmente es el logro de “Estrategias de prevención instaladas en las comunas”, con participación de diversos actores comunales para abordar el tema de droga. Para ello, se sigue la siguiente secuencia de actividades.

Actividades:

Actividad 1: Proceso de Diagnóstico que se desarrolla a finales de cada año calendario. En esta actividad, el municipio cumple un rol protagónico y fundamental, determinando no sólo lo que le es propio, como es la gestión de lo local, sino también determinando las orientaciones y prioridades programáticas del CONACE Previene en la Comuna. El diagnóstico consiste en una caracterización de los sectores o entornos dentro de la comuna en los cuales es prioritario intervenir y de las personas que los habitan, incluyendo la información y elementos relacionados con el consumo y tráfico de drogas y los conflictos relacionados, así como otras características relevantes que inciden en el fenómeno de drogas y/o en la vulnerabilidad que presenta la población objetivo. A partir del trabajo de diagnóstico, se obtienen como productos un Diagnóstico Comunal y una Agenda de Trabajo, pero también aparece como producto adicional la “Sectorialización y Operacionalización Territorial”, que es la expresión territorializada del diagnóstico, el mapa comunal de problemas y prioridades de intervención que serán abordados por el equipo Previene. Este último producto pasa a constituirse en una herramienta de trabajo que posibilita la planificación y coordinación concreta del trabajo a implementar en el territorio. El responsable de esta actividad es el equipo de CONACE Previene en la comuna.

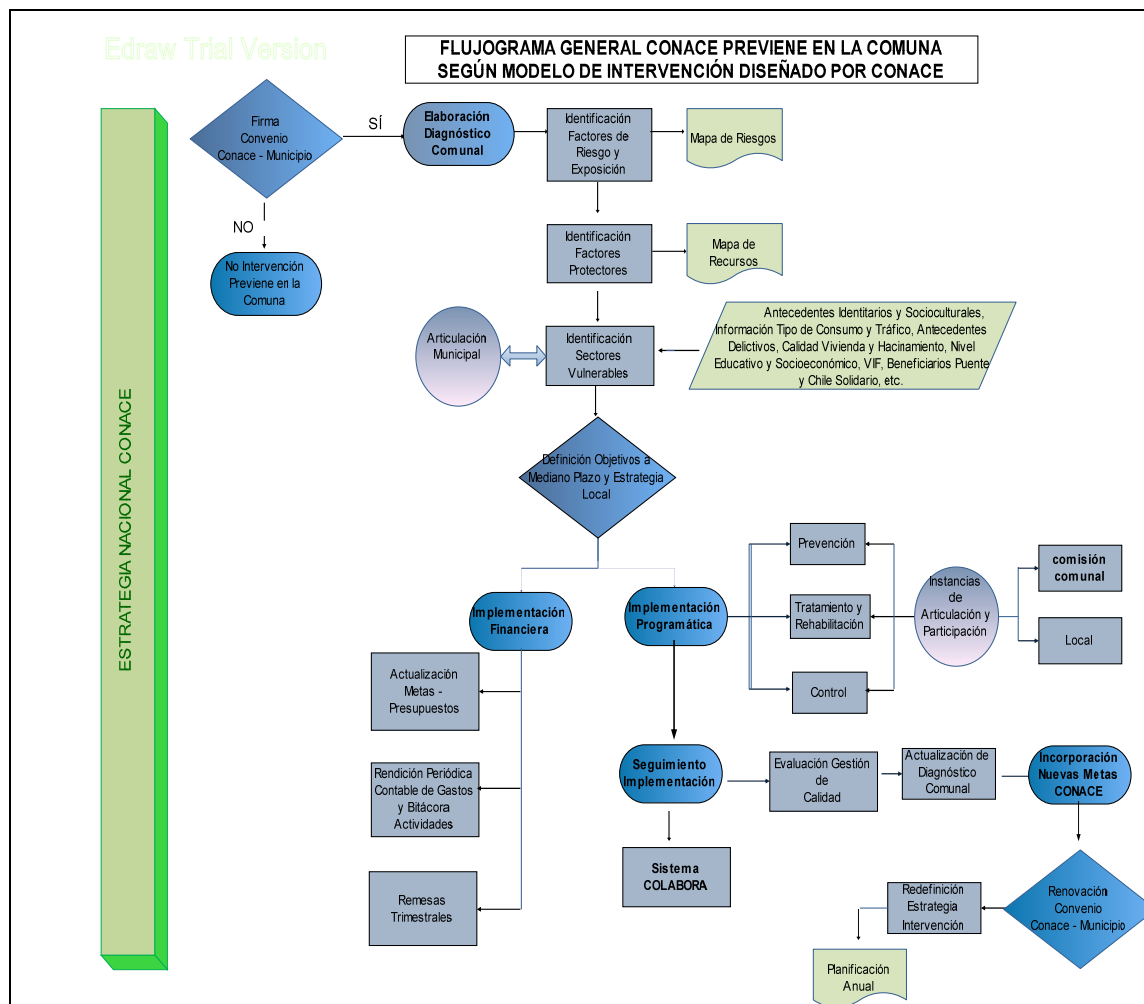
Actividad 2: Proceso de Planificación. A partir de la sectorialización obtenida como producto de la etapa de diagnóstico, el equipo de CONACE Previene en la comuna subdivide el territorio según áreas geográficas e identitarias o según problemáticas sociales comunes. Esto permite planificar en conjunto con los actores de la comunidad las acciones e intervenciones que se realizarán, considerando los distintos niveles de vulnerabilidad, riesgo, tipo de exposición en cuanto a consumo y/o tráfico de drogas, tipo de delitos, niveles socioeconómicos y educativos, calidad de vivienda y hacinamiento, etc.

En la planificación se trabajan metas, focos temáticos, planificación por programa, delimitación de acciones y competencias, lo que junto con servir de planificación de los actores a nivel local se convierte también en un insumo para el proceso de planificación al interior de CONACE. paralelamente se produce una *Planificación Presupuestaria* del municipio con Previene, que se produce entre Agosto y Septiembre de cada año, produciéndose la aprobación por parte del Concejo Municipal, entre Octubre y Noviembre.

Actividad 3: Proceso de Gestión e Implementación Comunal que incluye la gestión e implementación financiero – presupuestaria y la gestión e implementación programática. En lo programático, CONACE Previene en la Comuna, orienta su trabajo principalmente a una oferta de tipo universal pero que prioriza determinados barrios o zonas al interior de la comuna, articulando distintas ofertas disponibles a nivel local en los ámbitos de a) Prevención, b) Tratamiento y rehabilitación y c) Control del consumo y tráfico de drogas. Respecto de la gestión financiera, existen cuatro *remesas* de recursos desde el nivel regional – central, ligadas a una rendición mensual y periódica de tipo contable, a la que se adjunta una bitácora de las actividades desarrolladas individualmente y en conjunto por el equipo CONACE Previene, y que posibilita la cancelación efectiva de sus honorarios profesionales, así como el control y fiscalización de la efectiva realización de las actividades comprometidas y de la utilización de los presupuestos asignados. (Responsables: equipos CONACE Previene en la comuna y municipios)

Actividad 4: Proceso de Evaluación que se desarrolla desde el nivel central y regional. La principal evaluación es de tipo cuantitativa, esto es, referida al cumplimiento de metas, fechas y presupuestos asignados. Esta se realiza trimestralmente, asociada a las transferencias de recursos, y en un balance anual consolidado. Un proceso equivalente se lleva a efecto por parte del Municipio; sin embargo, este último, adicionalmente desarrolla una evaluación en cuanto al desarrollo de tipo más cualitativo, esto es, referido al tipo de

proyectos y actividades en las que CONACE Previene en la Comuna se vio involucrado y al aporte concreto a la gestión local y de tipo comunitario. (Responsables: Municipio y CONACE)



Fuente: CONACE

Mecanismos de participación

El principal mecanismo de participación corresponde a la *Comisión Comunal CONACE – PREVIENE*, que es una instancia de articulación y participación local. La comisión comunal reviste fundamental importancia en la instalación y consolidación de los CONACE PREVIENE, es la máxima instancia de participación y articulación comunal y está conformada por actores institucionales (DIDECO (Dirección de Desarrollo Comunitario), Salud Municipal, Educación OPD, Seguridad Pública, Policías y otros) y Comunitarios (Juntas de vecinos, iglesias, ONG, Clubes deportivos y otros)..

Otras instancia de participación y articulación de los agentes locales son las denominadas "*Mesas Barriales*", "*Mesas de Prevención*" o "*Mesas Territoriales*", que pese a sus denominaciones diferenciadas, responden a un objetivo común, cuentan con periodicidades similares (quincenales y máximo de un mes), utilizan una dinámica análoga, caracterizada

principalmente por el acercamiento hacia la comunidad y destinatarios finales, incorporando como mecanismo práctico de organización la “*Sectorialización y Operacionalización Territorial*” desarrollada en el proceso de diagnóstico y planificación comunal. En estas mesas, participan los encargados territoriales según focos o ámbitos de responsabilidad, allí confluyen y pueden otorgar propuestas a la comunidad; en algunos casos se convoca a alguna entidad involucrada en la problemática específica del territorio particularizado o se asocia una intervención de tipo psicosocial de carácter individual o comunitario.

Otra instancia práctica de participación de la comunidad local organizada se da a propósito de los *fondos concursables* que promueve CONACE Previene en la Comuna y que es administrado por el Gobierno Regional. Se trata de fondos de corto alcance, esto es, de tiempo de ejecución limitado y montos relativamente bajos, pero que permiten el desarrollo de algunas iniciativas locales de prevención impulsadas por la misma comunidad. Aquí, el rol de CONACE Previene en la Comuna es convocar, promover y efectuar la asesoría técnica necesaria para que aquellos grupos interesados en postular cuenten con las herramientas como para llevarlo a cabo, intentando mantener y fortalecer el factor motivador y vinculante.

Se espera para el año 2009 que todas las comunas que cuentan con comisiones comunales activas, potenciar la participación de los Alcaldes en la conformación y convocatoria de las mismas, a fin de dar un respaldo institucional a su funcionamiento.

Criterios de focalización

La población objetivo del programa CONACE – Previene, se refiere a las comunas priorizadas, dicha definición se enmarca en una meta de orden político, establecida en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública⁶⁹. El conjunto de las 200 comunas del componente son focalizadas según los siguientes criterios: a) densidad de población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002, ; b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de vulnerabilidad⁷⁰ al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007, como otro criterio de selección.

Criterios de asignación de recursos

En el caso de CONACE Previene en la comuna, principalmente se destinan recursos para contratar recursos humanos profesionales y técnicos necesarios para la implementación y articulación de los equipos a nivel comunal.

Para la definición de las comunas y la asignación de recursos a cada una de aquellas que implementan el programa, se han definido los siguientes criterios de focalización y asignación de recursos:

- Población total de la comuna (Fuente CENSO).
- Prevalencia de Consumo de cualquier droga durante el último año. (Fuente estudios nacionales).

⁶⁹ Ampliación de cobertura del Programa Previene a 97 comunas el año 2006 y a 200 el 2010. Fuente: Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Seguridad Pública. Sumáte por un Chile más Seguro.2006-2010, Santiago. página 17. Las 200 comunas planteadas en la estrategia de Seguridad Pública implican el 57 % de las comunas totales del país, implicando una población aproximada de más del 80%. Cubriendo a todas las comunas de más de 20.000 habitantes con mayor vulnerabilidad al consumo de drogas y con real compromiso de la autoridades locales para implementar el programa.

⁷⁰ Este índice considera variables asociadas a la encuesta SIMCE, CASEN, Delitos establecidos en la ley 20.000; Delitos de mayor connotación social; Infracciones a la ley 20.084, entre otras

- Porcentaje de población joven. Se define como el porcentaje de personas de 12 a 25 años, dentro del total de personas de 12 a 64 años. (Fuente, estudios nacionales).
- Propensión. Corresponde a las personas que no han consumido pero son propensas a hacerlo. (Fuente: Estudio Nacionales).
- Vulnerabilidad. Corresponde a las personas que no han consumido pero son vulnerables frente al consumo. (Fuente Estudio Nacionales).

Sólo se toman en cuenta las variables comunales. No existen asignaciones regionales para este programa.

La transferencia de los recursos a las comunas se realiza según cumplimiento en los porcentajes de rendición acordados y grado de cumplimiento de la planificación anual.

Los equipos CONACE Previene en todo el país funcionan con recursos traspasados mediante un convenio directo de colaboración financiera entre el municipio respectivo y CONACE (Ministerio del Interior). Este convenio establece el destino de los recursos y la forma de traspaso desde CONACE, que en su mayoría se traduce en 3 cuotas (40%, 40% y 20%), las que se entregan previa rendición de los recursos traspasados previamente. En este convenio se establecen los traspasos de fondos y las rendiciones de cuentas, además de establecer los lineamientos técnicos de actuación, así como aspectos relativos a la contratación de los profesionales y/o técnicos que desempeñan funciones en los equipos.

El municipio recibe los recursos y es dicha entidad la que se encarga de realizar los contratos con los profesionales que laboran en las oficinas CONACE Previene y de pagar todos aquellos gastos relacionados con el quehacer y la implementación del plan comunal respectivo.

El convenio incluye la medición de indicadores de desempeño para monitorear el logro del objetivo del programa, y permiten la rendición de cuentas, asociada fundamentalmente a estados de avance trimestrales en las actividades planificadas por cada equipo comunal. Los equipos comunales realizan un rendición mensual y periódica de tipo contable, a la que se adjunta una bitácora de las actividades desarrolladas individualmente y en conjunto por el equipo CONACE Previene en la Comuna, y que posibilita la cancelación efectiva de sus honorarios profesionales, así como el control y fiscalización de la efectiva realización de las actividades comprometidas y de la utilización de los presupuestos asignados para ello.

1.7. Caracterización y cuantificación de población potencial

Dado que cada componente se dirige a un segmento específico de la población, la cuantificación y descripción de la población potencial se presentará en cada uno de ellos, a saber:

Componente 1: Prevenir en Familia

Este programa asume como población potencial a todas las familias que habitan en Chile, ya que todas son sujetos de prevención, siendo ésta la característica de universalidad del programa.

La magnitud de la población potencial por región es la siguiente⁷¹:

⁷¹ Se presentan las magnitudes disponibles en las estadísticas oficiales correspondientes a las últimas Encuestas de Caracterización Socioeconómicas realizadas por MIDEPLAN

Cuadro 1
Población Potencial Prevenir en Familia
Familias por región Período 2005 - 2008

Región	2005	2006	2007	2008
I Región	146.408	148.180	88.871	91.022
II Región	165.958	168.056	170.154	172.249
III Región	85.531	86.174	86.817	87.464
IV Región	220.226	223.647	227.068	230.488
V Región	557.614	564.086	570.555	577.025
VI Región	278.026	280.859	283.689	286.525
VII Región	311.733	314.356	316.984	319.609
VIII Región	633.611	637.939	642.267	646.594
IX Región	296.811	299.461	302.108	304.757
X Región	374.082	377.958	261.973	265.364
XI Región	29.676	30.006	30.336	30.668
XII Región	52240	52.421	52.599	52.780
XIII Región Metropolitana	2.141.856	2.164.428	2.187.010	2.209.580
XIV Región de Los Ríos	NA	NA	119.858	120.341
XV Región de Arica	NA	NA	61.083	60.702
TOTAL	5.293.772	5.347.571	5.401.372	5.455.168

Fuente CASEN 2003, 2006 y proyecciones. Referencia CONACE, 2009.

N.A: No Aplica

Finalmente, la incorporación del **enfoque de género** en la definición de la población potencial de este componente, no existe, dado que todos los integrantes de las familias (independiente de su género) que habitan en Chile son potencialmente beneficiarias del Programa, por su carácter preventivo.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

La población potencial⁷² refiere al total de niño/as y jóvenes, matriculados desde la educación parvularia hasta la enseñanza media, en todos los establecimientos educacionales del país, detallándose su evolución de la siguiente manera:

Cuadro 2
Población Potencial Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo
Matrícula según institución y año. Período 2005-2008

AÑOS	2005	2006	2007	2008
MINEDUC ⁷³	3.953.404	3.962.718	3.939.178	3.604.075 ⁷⁴
JUNJI	91.965	121.648	119.905	119.905
INTEGRA	70.567	74.252	74.912	74.912
TOTAL	4.115.936	4.158.618	4.133.995	3.798.892 ⁷⁵

Fuente: PANEL, con base a información MINEDUC enviada por CONACE, 2009

⁷² En Anexo se presenta la descripción de la matrícula, según tipo de establecimientos, nivel educativo y región (2005-2008), así como según sexo, región y tipo de dependencia de los establecimientos (2007)

⁷³ Incluye: Básica/Media Municipal; Básica/Media Part.Sub.; Básica/Media Part. Pagada; Básica/Media Corporaciones; Parvularia Municipal; Parvularia Subv.; Parvularia Part. Pagada.

⁷⁴ La disminución en la matrícula de Mineduc, 2008 refiere a datos provisorios, ya que la información oficial se entrega en noviembre del año siguiente.

⁷⁵ Al cierre del presente informe no se contó con el dato actualizado de la matrícula para JUNJI e INTEGRA 2008, se asumió una constante del 2007.

La descripción de la población potencial según región es la siguiente:

Cuadro 3
*Población Potencial Prevención del Consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo.
Matrícula de niños y jóvenes por dependencia administrativa según región
Período 2005 - 2008*

Región	2005	2006	2007	2008
I Región	131.243	133.131	133.402	75.473
II Región	142.822	145.258	145.012	133.497
III Región	80.050	80.226	79.492	72.115
IV Región	174.389	178.426	177.941	165.581
V Región	413.341	412.676	409.209	377.260
VI Región	222.617	222.842	221.533	200.535
VII Región	255.572	256.931	254.773	232.602
VIII Región	512.236	509.092	504.221	461.020
IX Región	248.690	247.331	244.199	225.295
X Región	305.200	305.288	305.594	198.712
XI Región	27.680	27.864	27.620	25.850
XII Región	39.859	39.873	39.499	37.053
XIII Región Metropolitana	1.562.237	1.599.680	1.591.500	1.462.994
XIV Región de Los Ríos	N.A	N.A	N.A	82.909
XV Región de Arica	N.A	N.A	N.A	47.996
TOTAL	4.115.936	4.158.618	4.133.995	3.798.892

Fuente: Estadísticas de la Educación MINEDUC. Referencia: CONACE, 2009.
N.A: No Aplica

La población potencial según tipos de establecimientos se presenta a continuación:

Cuadro 4
*Población Potencial Prevención del Consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo.
Establecimientos por niveles educativos
Período 2005 - 2008*

Niveles	2005	2006	2007	2008
Establecimientos básica/ media ⁷⁶	11.561	11.671	11.763	12.213
Junji / Integra	2.590	2.787	2.716	s/i
TOTAL	14.151	14.458	14.479	12.213

Fuente: Anuarios estadísticos de MINEDUC, no se encuentran disponibles los datos de 2008 hasta noviembre del presente año (2009)

Finalmente, en relación a la incorporación del enfoque de género en la definición de la población potencial de este componente, no existe, dado que toda la población matriculada en algún establecimiento educacional de Chile es potencialmente beneficiaria del Programa, por su carácter preventivo.

⁷⁶ Incluye de dependencia Municipal, Particular Subvencionada, Particular pagada y Corporaciones de Adm. Delegada

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

El programa de prevención laboral asume como población potencial la totalidad de los servicios públicos, municipios y empresas privadas registradas en Chile (pequeña, mediana y grande).

Las instituciones públicas consideradas son las siguientes:

a) 345 Municipios y, b) 248 Servicios Públicos de la administración del Estado.

La magnitud de los servicios públicos y empresas privadas existentes a la fecha es la siguiente:

Cuadro 5
Población Potencial Trabajar con Calidad de Vida
Organizaciones según adscripción (públicas y privadas). Años 2005 al 2008

Tipo	Detalle	Cantidad
Servicios Públicos	Órganos de la administración del Estado	248
	Municipios	345
Empresas	Medianas	16.640
	Grandes	8.284
	Pequeñas y Micro Empresas formales en convenio con ISL	49.700
TOTAL General		75.217

Fuente: Datos extraídos del Consejo para la Transparencia. Referencia CONACE, 2009. Estudio INE 2009

Si se descompone la población potencial a nivel de individuos se refiere a la fuerza de trabajo a nivel nacional bajo régimen organizacional o empleador⁷⁷. Cuantificación presentada en el siguiente cuadro:

Cuadro 6
Población Potencial Trabajar con Calidad de Vida⁷⁸. Fuerza de trabajo por región
Período 2005 - 2008

Región	2005	2006	2007	2008
I Región	118.683	137.088	141.149	93.673
II Región	123.548	150.140	160.974	155.501
III Región	82.732	79.201	79.616	81.351
IV Región	153.618	175.419	177.423	179.607
V Región	413.578	462.528	478.695	494.165
VI Región	205.060	229.502	236.785	239.264
VII Región	243.391	267.900	278.774	271.772
VIII Región	492.825	512.483	510.272	513.381
IX Región	239.069	243.565	255.344	265.079
X Región	282.293	318.545	321.091	225.723
XI Región	29.534	31.450	32.549	32.957
XII Región	45.473	44.019	43.543	43.195
XIII Región Metropolitana	1.806.675	1.922.022	2.031.192	2.127.525
XIV Región de Los Ríos	-	-	-	100.996
XV Región de Arica	-	-	-	58.880
TOTAL	4.236.479	4.573.862	4.753.407	4.883.069

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo. INE. Referencia CONACE, 2009

⁷⁷ Corresponde al 67% de la fuerza de trabajo total, o sea la población económicamente activa, hombres y mujeres de 18 a 64 años, que se encuentra bajo un sistema de empleador Fuente Ministerio del Trabajo.

⁷⁸ Las bajas en el año 2008 por las regiones de Tarapacá y Los Lagos corresponden a la nueva configuración geográfica.

La distribución de la población potencial según tramos etéreos es la siguiente:

Cuadro 7
Población Potencial Trabajar con Calidad de Vida según tramos etéreos
Año -2008

Tramos Etéreos	Población
15- 24 Años	537.138
25-34 Años	1.171.937
35-44 Años	1.318.428
45-54 Años	1.123.106
55-64 Años	732.460
TOTAL	4.883.069

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo INE. Referencia CONACE, 2009

Las pequeñas empresas si bien forman parte de la población potencial, no son priorizadas por el programa debido a que pueden permanecer poco tiempo en el mercado, en relación a las de mayor tamaño; y por otro lado, que la intervención es más eficiente en este último grupo por tener mayor cantidad de empleados.

Finalmente, en relación a la incorporación del enfoque de género en la definición de la población potencial de este componente, no existe, dado que toda la población/ fuerza laboral de Chile es potencialmente beneficiaria del Programa, por su carácter preventivo.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

La población potencial de Tratamiento y Rehabilitación refiere a las “personas que presentan consumo problemático^{79 80}, de drogas ilícitas”, que están adscritas al sistema público de salud FONASA (Fondo Nacional de Salud). Es decir personas mayores de 19 años que presentan consumo problemático de drogas ilícitas, y los adolescentes infractores de ley

Considerando que el presente componente incluye 3 subcomponentes, las magnitudes que asumen los mismos, en tanto población potencial, son las siguientes:

Cuadro 8
Población Potencial Tratamiento y Rehabilitación
Número de individuos por Subcomponente. Periodo 2005-2008

Programas	2005	2006	2007	2008
Programa Población General	83.921	85.772	94.412	94.412
Programa Población Específica Mujeres	15.516	15.858	17.078	17.078
Programa Infractores de Ley Infantoadolescentes	NC	NC	1.611 ⁸¹	3.800
TOTAL	99.437	101.630	113.101	115.290

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

⁷⁹ Se entiende por consumidor problemático de drogas a todo tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familia, rendimiento laboral/escolar, seguridad personal, funcionamiento social, etc. Se utilizan los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) que evalúan los siguientes aspectos: Dependencia, definida como un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que considera la compulsión por consumir, incapacidad de detenerse, uso de drogas para evitar síntomas, síndrome de privación, tolerancia (necesidad de consumir en mayores cantidades para sentir los mismos efectos), preeminencia del consumo sobre actividades de diversión regulares, consumo a pesar de problemas de salud derivados; como también el consumo Abusivo que incluye: incumplimiento de obligaciones en casa, trabajo o estudio, exposición de integridad física, compromiso en conductas antisociales, peleas con la familia o amigos, compromiso en conductas violentas ,etc.” Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Cobertura.

⁸⁰ Ver Anexo, sobre “Consumo Problemático”: Medición de la Dependencia a Drogas de Acuerdo a Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 10 y Medición del Abuso a Drogas.

⁸¹ Corresponde al periodo junio-dic 2007

En Chile, la población general que presenta consumo problemático corresponde a una magnitud mayor (218.744); la población potencial adscrita a este componente (115.290)⁸² da cuenta de la decisión de incorporar solamente a los beneficiarios de FONASA, mayores de 19 años y a los adolescentes infractores de ley, como consumidores problemáticos.

A continuación se entregan las características generales de la población que reside en Chile y presenta consumo problemático, de modo de presentar un perfil más acabado, siendo la distribución por sexo y grupo etáreo la siguiente:

Cuadro 9
Población que presenta consumo problemático en Chile, por sexo según grupos de edad
Año 2008

Edad Grupos	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
<=19	47.096	18.292	65.388
>= 20	126.662	26.694	153.356
TOTAL	173.758	44.986	218.744

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

La distribución de la población por región y tramo etáreo es la siguiente:

Cuadro 10
Población con consumo problemático en por sexo según grupos de edad y región
Año 2008

Región	Edad Grupos Tratamiento		Total
	<=19	>= 20	
I Región	3.442	7.347	10.788
II Región	2.877	4.101	6.978
III Región	2.088	1.266	3.354
IV Región	1.708	3.091	4.799
V Región	17.032	22.634	39.666
VI Región	2.136	4.003	6.140
VII Región	1.548	2.213	3.761
VIII Región	3.838	6.410	10.248
IX Región	1.963	2.983	4.945
X Región	2.892	2.673	5.565
XI Región	55	412	467
XII Región	468	709	1.177
XIII Región Metropolitana	25.341	95.513	120.854
TOTAL	65.388	153.356	218.744

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

Asimismo la desagregación por tramos etáreos para el año 2008, es la siguiente:

⁸² La estimación de la población potencial acotada a los tres subcomponentes se realizó de la siguiente manera: del total de personas que presentan consumo problemático de sustancias ilícitas (218.744) se considero sólo a los mayores de 19 años, dato calculado a partir del Séptimo Estudio Nacional de CONACE. A esa población (153.356) se aplicó el 72,7% que corresponde al número de personas en FONASA el año 2008, quedando en 111.490 personas, posteriormente a esa cifra se le sumó el 3.800 que corresponde a la población potencial de adolescentes infractores de ley (cifras estimada a partir de un estudio solicitado a la Universidad Católica, para caracterizar a la población SENAME, para la implementación de Ley 20.084, en la que indica que el 50% de los jóvenes que ingresan a sanciones privativas de libertad, tienen consumo problemático de drogas mientras que en el medio libre es el 33%.)

Cuadro 11
Población que presenta consumo problemático en Chile
Número de individuos según grupos de edad. Año 2008

Tramos de Edad	Nº estimado de personas	Porcentaje %
12 a 18	53.150	24,3
19 a 25	101.412	46,4
26 a 34	37.453	17,1
35 a 44	18.209	8,3
45 a 64	8.520	3,9
TOTAL	218.744	100

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

Y la distribución según nivel de ingreso de la población que presenta consumo problemático en Chile, se visualiza de la siguiente manera:

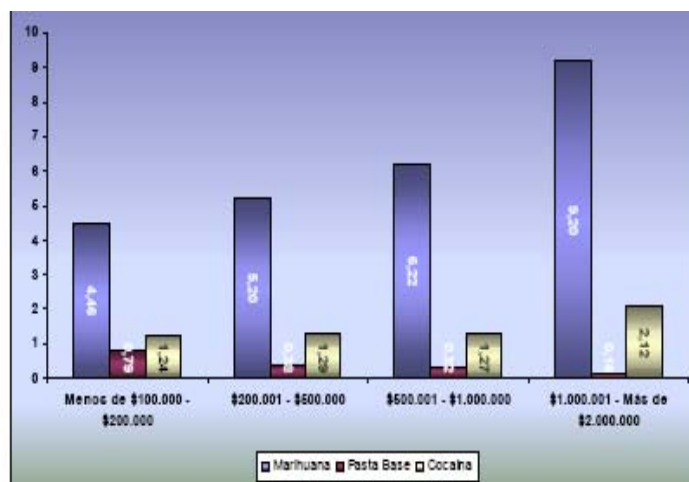
Cuadro 12
Población que presenta consumo problemático en Chile
Número de individuos según tramos de ingresos
Año-2008

Ingresos Familiares Mensuales	Nº estimado de personas	Porcentaje %
< \$ 200.000	70.472	32,2
\$ 200.000 - \$ 500.000	60.822	27,8
\$ 500.001 - \$ 1.000.000	17.735	8,1
> \$ 1.000.000	52.742	24,1
Total	201.771	92,2
Sistema	16.974	7,8
	218.744	100

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

La relación entre el nivel socioeconómico y el consumo de drogas ilícitas se puede apreciar en la siguiente grafica:

Gráfico 1
Prevalencia del último año de consumo de drogas ilícitas,
según nivel de ingreso total familiar mensual. Año-2005



Fuente: CONACE; Consumo de Drogas en Chile, 2005, Pág. 4

Finalmente, en relación a la incorporación del enfoque de género, si bien los subcomponentes I y III son mixtos, las orientaciones técnicas para el trabajo de género, están en la norma técnica, y se refuerzan mediante capacitaciones y asesorías desde CONACE, lo que permite afirmar la existencia del enfoque de género en relación a los beneficiarios finales.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

La población potencial del componente la constituye el total de comunas de Chile: 345, distribuidas de la siguiente manera por región.

Cuadro 13
Población Potencial CONACE-PREVIENE En la Comuna
Distribución de comunas por Región
Año 2008

Región	N° de Comunas
I Región	5
II Región	9
III Región	9
IV Región	15
V Región	38
VI Región	34
VII Región	27
VIII Región	54
IX Región	33
X Región	31
XI Región	10
XII Región	11
XIII Región Metropolitana	54
XIV Región de Los Ríos	12
XV Región de Arica	3
TOTAL	345

Fuente: Subdere. Referencia PANEL, 2009.

Los habitantes que residen en las 345 comunas de Chile presentan la siguiente distribución según sexo.⁸³

Cuadro 14
Población Potencial CONACE-PREVIENE en la Comuna
Número de individuos por sexo y años.
Periodo 2005-2008

Sexo	2005	2006	2007	2008
Hombres	8.052.564	8.134.314	8.216.068	8.297.819
Mujeres	8.214.714	8.298.360	8.382.006	8.465.651
TOTAL	16.267.278	16.432.674	16.598.074	16.763.470

Fuente: INE (2008). CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020. País y Regiones. P32. Referencia PANEL, 2009

⁸³ Este cuadro debe observarse de manera referencial, dado que la unidad de análisis poblacional del componente son las comunas y no los individuos

Finalmente, en relación a la incorporación del enfoque de género en la definición de la población potencial de los primeros tres componentes y del quinto, no existe, dado que toda la población que habita en Chile es potencialmente beneficiaria del Programa, por su carácter preventivo.

En el componente 4, se incorpora el enfoque de género desde las Orientaciones Técnicas para el trabajo de género, que está descrito en la Norma Técnica, y se refuerza mediante capacitaciones y asesorías realizadas por el CONACE.

1.8. Caracterización y cuantificación de población objetivo

A continuación se detallaran las poblaciones objetivo para cada componente.

Componente 1: Prevenir en Familia

La **población objetivo** corresponde a las familias que habitan en las comunas con CONACE Previene, que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE, distribuidas por región según las siguientes magnitudes:

*Cuadro 15
Población Objetivo Prevención en Familias, por región
Período 2005 - 2008*

Región	2005	2006	2007	2008
I Región	17.753	17.882	18.010	8083
II Región	20.003	20.256	20.508	20.761
III Región	11.449	11.535	11.621	11.708
IV Región	13.665	13.878	14.090	14.302
V Región	55.286	55.927	56.569	57.210
VI Región	18.926	19.119	19.312	19.505
VII Región	32.291	32.563	32.835	33.107
VIII Región	76.620	77.143	77.667	78.190
IX Región	42.361	42.739	43.117	43.495
X Región	35.311	35.735	36.159	31.553
XI Región	4.149	4.195	4.242	4.288
XII Región	12.025	12.066	12.107	12.149
XIII Región Metropolitana	201.588	203.712	205.838	207.962
XIV Región de Los Ríos	N.A	N.A	N.A	5.029
XV Región de Arica	N.A	N.A	N.A	10.055
TOTAL	541.428	546.751	552.074	557.397

*Fuente: Datos Encuesta CASEN 2006. Referencia: CONACE, 2009b. Datos sobre Población.
N.A.: No Aplica.*

Este componente se focaliza en familias que vivan en alguna de las comunas con programa Previene.

Enfoque de Género

La población objetivo correspondiente a este componente responde a la misma lógica presentada en la población potencial, sobre la incorporación del enfoque de género. No existe perspectiva de género porque toda la población requiere prevención para el consumo de drogas ilícitas, sin distinción de sexo.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

La población objetivo del programa de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo⁸⁴ se define como aquellos estudiantes que pertenecen a establecimientos educacionales que reciben subvención estatal, considerando unidades educativas con administración municipal, particular subvencionada, JUNJI y Fundación Integra. Cabe aclarar que los datos de los estudiantes del sistema educativo se publican en la página web de MINEDUC en noviembre posterior a cada año calendario, por ello la población objetivo, 2008 presentada por CONACE no refiere a la última actualización oficial por no encontrarse disponible aun

La estimación de la población objetivo según matrícula escolar ha sido la siguiente:

Cuadro 16
Población Objetivo Educación
Número de Matriculas (por región y año). Periodo 2005-2008

Región	2005	2006	2007	2008
I Región	128.214	129.784	129.662	73.629
II Región	131.231	133.960	132.710	122.961
III Región	76.514	77.153	76.370	69.847
IV Región	168.432	172.742	172.336	160.583
V Región	381.274	380.575	378.072	345.019
VI Región	211.281	211.369	210.498	186.026
VII Región	247.151	248.537	246.826	222.702
VIII Región	492.757	489.064	485.101	433.083
IX Región	242.464	241.709	238.408	217.333
X Región	290.836	291.222	290.670	188.744
XI Región	27.680	27.534	27.620	25.610
XII Región	36.982	37.329	36.932	34.711
XIII Región Metropolitana	1.393.408	1.433.201	1.420.662	1.287.620
XIV Región de Los Ríos	N.A.	N.A.	N.A.	80.416
XV Región de Arica	N.A.	N.A.	N.A.	46.490
TOTAL	3.828.224	3.874.179	3.845.867	3.494.774

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población.

N.A.: No Aplica

Enfoque de Género

La población objetivo correspondiente a este componente responde a la misma lógica presentada en la población potencial sobre la incorporación del enfoque de género. No existe perspectiva de género porque toda la población escolar requiere prevención para el consumo de drogas ilícitas, sin distinción de sexo.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

La definición de la población objetivo corresponde a la totalidad de los organismos públicos, la definición coincide con la población potencial, siendo el 100% de los organismos del

⁸⁴ En Anexo se presenta La descripción de la matrícula, según establecimientos, nivel educativo y región (2005-2008)-

Estado de acuerdo a la Ley 20.000. La población objetivo en relación a los Municipios, varía ya que ésta fue acordada como meta de la política ministerial (200)⁸⁵.

Con respecto a las empresas privadas se consideran las grandes y medianas siendo la cantidad de 2492⁸⁶ caracterizándose como tales a aquellas que tienen sobre 100 trabajadores, éste requisito tiene relación con la implementación del componente ya que el programa se desarrolla desde las áreas de Recursos Humanos.

Los individuos que componen las empresas y organismos públicos se definen de la siguiente manera: corresponden a la fuerza de trabajo bajo un régimen con empleador ocupada tanto del ámbito público como privado, correspondiendo a 4.492.423 personas⁸⁷ (2008).

Cuadro 17
Población Objetivo Trabajar con Calidad de Vida
Número de Personas Período 2005 – 2008

Región	2005	2006	2007	2008
I Región	103.963	216.806	129.922	87.490
II Región	112.188	138.129	150.350	146.482
III Región	75.242	71.439	76.113	75.412
IV Región	140.858	168.051	166.600	167.214
V Región	362.218	431.539	438.006	444.749
VI Región	191.940	224.453	221.157	222.515
VII Región	217.071	255.309	258.145	256.552
VIII Región	421.375	468.922	464.858	465.637
IX Región	212.389	228.464	236.704	237.246
X Región	255.403	304.210	309.210	217.597
XI Región	27.264	30.852	31.638	31.738
XII Región	41.443	42.434	42.759	41.813
XIII Región Metropolitana	1.605.405	1.802.857	1.882.915	1.950.707
XIV Región de Los Ríos	N.A.	N.A.	N.A.	93.926
XV Región de Arica	N.A.	N.A.	N.A.	53.345
TOTAL	3.766.759	4.293.465	4.407.747	4.492.423

*Fuente: Encuesta Nacional de Empleo INE. Referencia CONACE, 2009.
N.A.: No Aplica.*

Finalmente, cabe mencionar que éste programa no presenta focalización en términos generales ya que sus beneficiarios son las empresas privadas y el sector público. Los Servicios Públicos están afectos a la Ley 20.000, por consiguiente todos deben ser incorporados al programa.

El acceso del sector privado refiere a la demanda espontánea de las empresas. Un criterio de selección es su localización en comunas con PREVIENE y a nivel regional refiere a empresas privadas representativas de dicha unidad geoadministrativa.

Existe focalización solamente, en relación a los municipios, ya que éstos corresponden a los mismos criterios del Programa Comuna. La población objetivo del programa CONACE –

⁸⁵ Estrategia Nacional de Seguridad (2006).

⁸⁶ Al cierre del presente informe no se contó con la justificación metodológica sobre el 10% aplicado a la población potencial, para la definición de la población objetivo (empresas)

⁸⁷ Base de Cálculo: Fuerza de trabajo bajo un régimen de empleador menos población desocupada. $(4.883.069 - 390.64 = 4.492.423)$.
(100% organismos del Estado de acuerdo a la ley 20.000 + Municipios con programa CONACE – Previene + El 10% de empresas privadas potenciales -pequeñas, medianas y grandes- considerando aquellas representativas o estratégicas de acuerdo a la actividad económica preponderante en cada región.+ Empresas que demandan espontáneamente el programa 2008 = 4.492.423)

Previene, se refiere a las comunas priorizadas, dicha definición se enmarca en una meta de orden político, establecida en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública⁸⁸. El conjunto de las 200 comunas del componente son focalizadas según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002, b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de riesgo⁸⁹ al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007, como otro criterio de selección.

Enfoque de Género

La población objetivo correspondiente a este componente responde a la misma lógica presentada en la población potencial sobre la incorporación del enfoque de género. No existe perspectiva de género porque toda la población laboral requiere prevención para el consumo de drogas ilícitas, sin distinción de sexo.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

La población objetivo refiere a las personas que presentan consumo problemático de sustancias ilícitas, que sean beneficiarias del FONASA (sistema público de salud) y que además manifiesten interés por recibir tratamiento, siendo en éste caso una característica constitutiva de la población objetivo, que la distingue de la población potencial, en tanto es un indicador de capacidad para ser incorporado/a en el programa (no sólo una característica para el ingreso). Existe un porcentaje importante de personas que presentan consumo problemático de drogas, y que sin embargo, no están interesados ni dispuestos a recibir ayuda, o cambiar su conducta, para esta población que dice no requerir tratamiento, se fomenta la detección precoz y las estrategias motivacionales, para que la persona logre problematizar su consumo y aumente su disposición al cambio, y pueda ser referida a programas de tratamiento.

La distribución de la población objetivo según los subcomponentes se presenta en el siguiente cuadro:

⁸⁸ Ampliación de cobertura del Programa Previene a 97 comunas el año 2006 y a 200 en el 2010. Fuente: Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Seguridad Pública. Súmate por un Chile más Seguro.2006-2010, Santiago. pag 17. Las 200 comunas planteadas en la Estrategia de Seguridad Pública implican el 57 % de las comunas totales del país, indicando una población aproximada de más del 80%. Cubriendo a todas las comunas de más de 20.000 habitantes con mayor riesgo al consumo de drogas y con real compromiso de la autoridades locales para implementar el programa.

⁸⁹ Las variables o factores de riesgos presentes en los sectores o barrios altamente vulnerables al consumo y tráfico de drogas, que conforman el índice para definir los sectores de intervención, son las siguientes: Alta tasa de deserción escolar; Alta tasa de violencia intrafamiliar, Número de ingresos de niños a la red de programas de SENAME; Percepción de riesgo al consumo y tráfico de drogas, por parte de actores significativos de la comuna; Baja provisión de servicios de educación y salud, ya sea en cobertura y/o en calidad; Cantidad de lugares físico-ambientales que favorecen este tipo de conductas. consumo y/o del tráfico de drogas ; Alta tasa de delitos establecidos en la ley 20.000; Alta tasa de delitos de mayor connotación social; Alta tasa de infracciones a la ley 20.084

Cuadro 18
Población Objetivo Tratamiento y Rehabilitación
Número de individuos por Subcomponentes
Periodo 2005-2008

Subcomponentes	2005	2006	2007	2008
Programa Población General	7.003	7.157	9.348	9.348
Programa Población Específica Mujeres	2.227	2.276	2.467	2.467
Programa Infantoadolescentes Infractores de Ley	NA	NA	1.611	3.800
TOTAL	9.230	9.433	13.425	15.614

Fuente: CONACE, 2009. Datos sobre Población

La población objetivo de los dos primeros subcomponentes se estimó a partir de los estudios de prevalencia nacional que realiza CONACE, a través de la siguiente pregunta “¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o alguna droga? (No incluya tratamiento para dejar de fumar).”

En el caso del tercer subcomponente, las cifras se estiman a partir de un Estudio solicitado a la Universidad Católica, para caracterizar a la población SENAME, a fin de implementar la Ley 20.084. Los resultados presentaron que el 50% de los jóvenes que ingresan a sanciones privativas de libertad, tienen consumo problemático de drogas mientras que en el medio libre es el 33%.

La caracterización general de la población objetivo se describe de la siguiente manera:

Cuadro 19
Población Objetivo Tratamiento y Rehabilitación
Porcentaje de individuos según tramos de ingresos
Año-2008

Ingresos Familiares Mensuales	Porcentaje
< \$ 200.000	72,4
\$ 200.000 - \$ 500.000	21,5
\$ 500.001 - \$ 1.000.000	5,6
> \$ 1.000.000	0,5
TOTAL	100

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

Cabe aclarar que las variables que describen a la población objetivo (en general) que habita en Chile y presenta consumo problemático de drogas ilícitas, no pueden analizarse en las unidades poblacionales del diseño del componente (potencial, objetivo y beneficiaria), por carecerse de dicha información de manera continua y desagregada, por subcomponente.

Finalmente, este programa se focaliza de acuerdo a la disponibilidad del afectado a comenzar un tratamiento.

El criterio de focalización y selección antes mencionado es común a los dos primeros subcomponentes: Población General y Población Específica Mujeres Adultas. En el caso de Población General y Mujeres también opera el criterio etéreo siendo la edad mínima de ingreso 20 años.

El criterio disponibilidad del afectado a comenzar un tratamiento, no se aplica necesariamente al último subcomponente, por corresponder a Infractores de Ley. En el caso de los Infractores de Ley, la Ley 20.084, en su artículo N° 7, establece que el juez estará facultado para determinar como sanción accesoria, siempre que sea necesario en atención

a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol. Del mismo modo, de acuerdo al artículo N° 17 de la ley, se deberá proveer de oferta para aquellos adolescentes que no siendo sancionados, igualmente requieren de tratamiento en adicciones. Siendo estos los mecanismos que operan para la incorporación de los beneficiarios al programa.

Asimismo, en el Convenio Marco⁹⁰, firmado entre las cuatro instituciones que participan en el Subcomponente III, se señala quienes serán la población objetivo juvenil. Para el año 2009, se mantendrá la siguiente priorización (2007): (i) Adolescentes con sanción accesoria; (ii) Adolescentes con sanción principal, sin sanción accesoria, con consumo problemático de alcohol y/o drogas y que voluntariamente acceda a tratamiento; (iii) Adolescentes con medida cautelar en medio privativo o libre, con consumo problemático de alcohol y/o drogas y que voluntariamente acceda a tratamiento; (iv) Adolescentes con suspensión condicional de procedimiento.

Enfoque de Género

En el caso de la población objetivo del Componente 4, se observa claramente que ha sido considerado e incorporado el enfoque de género, en tanto que se visualiza a las mujeres como población específica para ser atendida en un determinado Subcomponente (Programa Población Específica Mujeres).

Para los otros dos subcomponentes no se realiza discriminación por género, siendo incorporadas personas de ambos sexos en los mismos. Los programas mixtos de Población General e Infractores, también trabajan con enfoque de género, existen orientaciones técnicas específicas, que están definidas en la norma técnica, y que además se refuerzan mediante capacitaciones y asesorías desde CONACE.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

La población objetivo del programa CONACE – Previene, se refiere a las comunas priorizadas, dicha definición se enmarca en una meta de orden político, establecida en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública (97 comunas a partir del año 2006 y 200 comunas a alcanzar en el año 2010)⁹¹.

A continuación se presenta la distribución por año de la meta a cubrir en relación a las comunas consideradas como población objetivo del componente:

⁹⁰ GOBIERNO DE CHILE (2006) "Protocolo Operativo" Ministerio del Interior (CONACE) – FONASA – MINSAL - SENAME. Anexo N°2 Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol –Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. Santiago de Chile.

GOBIERNO DE CHILE (2008) "Decreto Exento N° 4342." Ministerio del Interior (CONACE) – FONASA – MINSAL - SENAME. Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol –Drogas y Otros Trastornos de Salud Mental. Santiago de Chile.

GOBIERNO DE CHILE (2008)- Convenio CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME-1.*Decreto aprobatorio de convenio marco 2007-2.*Convenio marco 2007 y todos sus anexos -3.*Decreto aprobatorio de modificación del convenio marco del 2007.-4.*Decreto aprobatorio de convenio marco 2008. -5. *Convenio marco 2008 y todos sus anexos.6.*Ley 20.084 de responsabilidad penal adolescente. 7.*Norma Técnica N° 85. Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental. 8. *Orientaciones técnicas. Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental. 9.*Documentos con los puntos de la pauta de solicitud de información del programa

⁹¹ Ampliación de cobertura del Programa Previene a 97 comunas el año 2006 y a 200 el 2010. Fuente: Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Seguridad Pública. Sumáte por un Chile más Seguro.2006-2010, Santiago. pag 17. Las 200 comunas planteadas en la Estrategia de Seguridad Pública implican el 57 % de las comunas totales del país, implicando una población aproximada de más del 80%. Cubriendo a todas las comunas de más de 20.000 habitantes con mayor riesgo al consumo de drogas y con real compromiso de la autoridades locales para implementar el programa.

Cuadro 20
Población Objetivo CONACE-PREVIENE en la Comuna
Período 2005 - 2008

Meta	2005	2006	2007	2008	Total al 2010
Meta comunas según Estrategia Nacional de Seguridad Pública ⁹²	92	97	105	140	200

Fuente: Panel evaluador, datos Estrategia Nacional de Seguridad Pública

La población objetivo son los habitantes de las 200 comunas que están priorizadas en la ENSP⁹³ de acuerdo a metas anuales⁹⁴, y que en 2008 correspondió a 140 comunas. Esto es el 86,1% de la población nacional, 14.426.160 habitantes, según proyección al 2008 (Censo, 2002).

La población habitante de las comunas incorporadas al Programa como población objetivo⁹⁵ son⁹⁶:

Cuadro 21
Población Objetivo CONACE-PREVIENE En la Comuna
Número de habitantes en las comunas focalizadas
Período 2005-2008

	2005	2006	2007	2008
TOTAL	10.868.771	11.133.387	11.556.843	14.426.160

Fuente: CONACE, 2009b. Datos sobre Población

La población objetivo del programa CONACE – Previene, se refiere a las comunas priorizadas, dicha definición se enmarca en una meta de orden político, establecida en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública⁹⁷. El conjunto de las 200 comunas del componente son focalizadas según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002; b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de riesgo⁹⁸ al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007, como otro criterio de selección.

⁹² Las metas asociadas a la Estrategia de Seguridad Pública se consideran partir de la vigencia de ésta.

⁹³ Según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002; b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de vulnerabilidad al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007.

⁹⁴ La meta fue de 97 comunas para el año 2006, 140 comunas para el 2008 y será de 200 para el 2010.

⁹⁵ La población que recibirá los beneficios directos corresponde a la caracterización realizada en la población objetivo de los Componentes I, II y III, ya que son implementados, en parte, desde el Previene Comuna. No obstante, todos los habitantes de las comunas recibirán los beneficios de Estrategia implementada.

⁹⁶ Este cuadro debe observarse de manera referencial, dado que la unidad poblacional de análisis para el compoene refiere a colectivos (comunas)

⁹⁷ Ampliación de cobertura del Programa Previene a 97 comunas el año 2006 y a 200 el 2010. Fuente: Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Seguridad Pública. Sumáte por un Chile más Seguro.2006-2010, Santiago. pag 17.

⁹⁸ Las variables o factores de riesgos presentes en los sectores o barrios altamente vulnerables al consumo y tráfico de drogas, que conforman el índice para definir los sectores de intervención, son las siguientes:

Alta tasa de deserción escolar; Alta tasa de violencia intrafamiliar, Número de ingresos de niños a la red de programas de SENAME; Percepción de riesgo al consumo y tráfico de drogas, por parte de actores significativos de la comuna; Baja provisión de servicios de educación y salud, ya sea en cobertura y/o en calidad; Cantidad de lugares físico-ambientales que favorecen este tipo de conductas. consumo y/o del tráfico de drogas ; Alta tasa de delitos establecidos en la ley 20.000; Alta tasa de delitos de mayor connotación social; Alta tasa de infracciones a la ley 20.084

Enfoque de Género

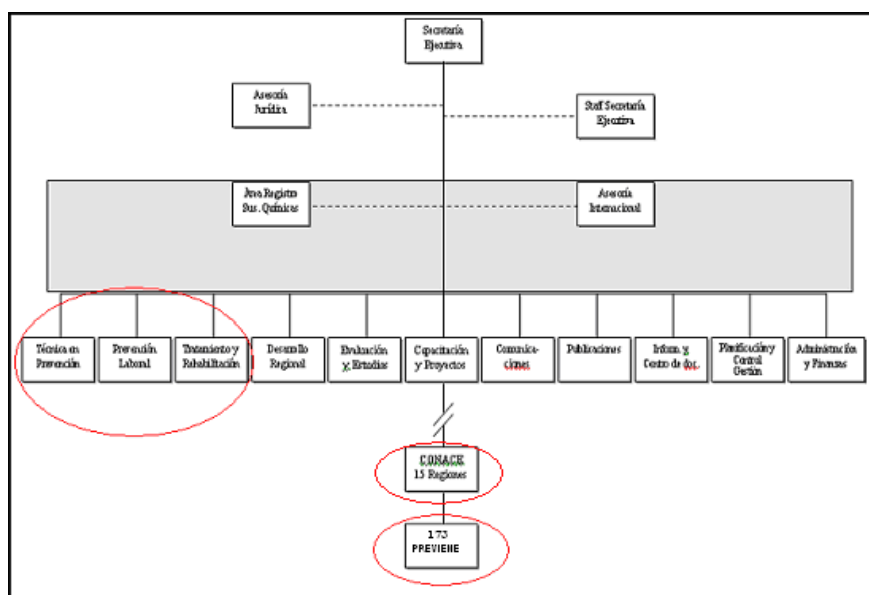
La población objetivo correspondiente a este componente responde a la misma lógica presentada en la población potencial sobre la incorporación del enfoque de género. No existe perspectiva de género porque toda la población comunal requiere prevención para el consumo de drogas ilícitas, sin distinción de sexo.

1.9. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

El Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes es un programa del Ministerio del Interior, el cual (CONACE) diseña y coordina estrategias y esfuerzos para enfrentar el problema de las drogas en Chile, creado el 21 de septiembre de 1990 mediante Decreto Supremo N°683.

A continuación se presenta el Organigrama Institucional del CONACE. Los rectángulos remarcados dentro de un círculo corresponden a las áreas organizacionales que tienen directa relación con la gestión y ejecución de los componentes de esta evaluación.

Otras áreas corresponden a funciones de dirección política estratégica (secretaría ejecutiva), áreas de apoyo transversal (desarrollo regional, evaluación y estudios, capacitación y proyectos, comunicaciones, publicaciones, información y centro de documentación, planificación y control de gestión, administración y finanzas).



Fuente: CONACE

El **Área Técnica en Prevención** considera los componentes de prevención en el ámbito de la educación, la familia e intervención territorial (Previene), además del programa preventivo para jóvenes que está identificado para este ejercicio, como Otros componentes.

Su labor es conducir, coordinar, asesorar y evaluar el proceso de planificación y gestión integral de los programas de prevención, para el cumplimiento de la Estrategia Nacional de Drogas. Esta labor incluye asesorar a la Secretaría Ejecutiva del CONACE en la gestión de la prevención en el ámbito educacional, familiar, prevención con grupos de riesgo y vulnerabilidad social al consumo de drogas y apoyar el desarrollo de programas, proyectos y acciones en ese campo y diseñar políticas relacionadas con la prevención del consumo de

drogas, las que otorgan el marco para el desarrollo de los planes y programas a implementar acorde a la Estrategia Nacional de Drogas.

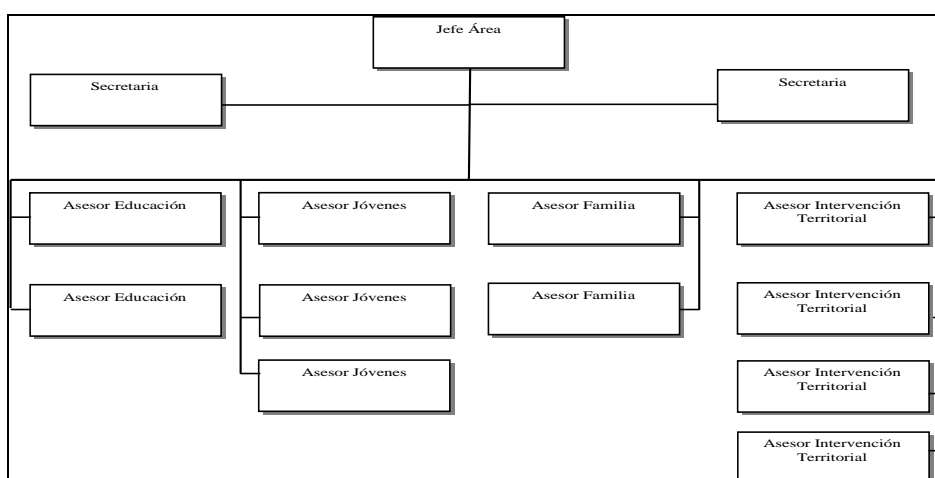
Las funciones principales del Área Técnica de Prevención así son:

- Definición de Políticas y lineamientos generales para cada programa a implementar, determinando con ello los recursos que implica, las estrategias de intervención y las metodologías que cada intervención tiene.
- Elaboración del material asociado al programa y que es apoyo fundamental para la implementación de los diferentes programas de prevención.
- Capacitación a las diferentes instancias definidas en la estrategias de intervención, en ella se contempla tanto el personal interno de CONACE, como personas externas que requieren de conocimientos técnicos para la implementación de cada programa.
- Definición de instrumentos para el seguimiento de cada programa a implementar.
- Seguimiento y evaluación de procesos de cada uno de los programas a implementar a través de jornadas, pautas de supervisión e informes y a todos los niveles definidos para cada estrategia de intervención.

En el ámbito de intervención territorial se preocupa de fortalecer y desarrollar el sistema de gestión comunal de la política nacional de drogas implementada por CONACE a través de su programa CONACE- PREVIENE, creando mesas técnicas de trabajo, apoyando el diseño, implementación y evaluación de estrategias preventivas, tratamiento y reinserción social en el ámbito local, en coordinación con los equipos regionales a través de jefes técnicos y profesionales a cargo del Programa Previene, (Convenios, gestión, etc.), elaborando un discurso técnico institucional para la intervención en el territorio y supervisando el desarrollo del programa a nivel nacional.

Además se encarga de la organización, planteamientos técnicos y metodológicos, diseño de líneas de acción, y seguimiento técnico de los proyectos del Fondo Especial tipificado en la Ley de Drogas N° 20.000, que en su artículo 46 establece que "el producto de la enajenación de los bienes y valores decomisados y los dineros en tal situación ingresarán a un fondo especial del Ministerio del Interior, con el objetivo de ser utilizados en programas de prevención del consumo de drogas, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por la drogadicción".

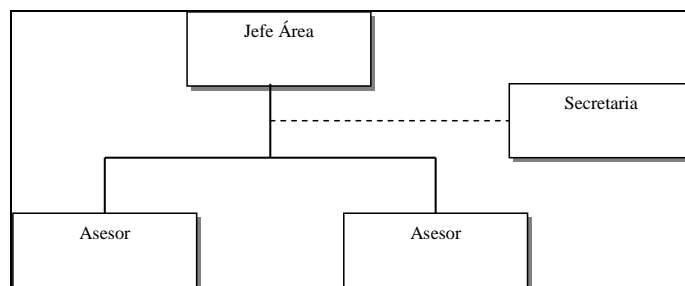
Organigrama Área Técnica en Prevención



Fuente: CONACE, 2009

El **Área de Prevención Laboral** se encarga de asesorar a la Secretaría Ejecutiva de CONACE en el diseño, implementación y elaboración de una Política Pública en prevención del consumo indebido de sustancias estupefacientes y/o psicotrópicas en el ámbito laboral, a través del desarrollo de programas y modelos de intervención, diseño de metodologías, material pedagógico, capacitación a las diferentes instancias tanto interna como externa que participan en el programa, como también el diseño de estrategias de seguimiento y monitoreo coherentes con la población laboral.

Organigrama Área Prevención Laboral



Fuente: CONACE

Por su parte, el *Área de Salud, Tratamiento y Rehabilitación* tiene como tarea principal asesorar a la Secretaría Ejecutiva en esta temática en el marco de la Estrategia Nacional de Drogas, facilitando el acceso y las oportunidades de tratamiento, resguardando la calidad de la atención y promoviendo la coordinación con todos los sectores involucrados para una favorable reinserción e integración social de las personas post tratamiento.

Adicionalmente y en el marco de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública, debe asesorar a la Secretaria Ejecutiva en temáticas relacionadas con el binomio droga - delito, diseñando y poniendo en marcha programas de tratamiento para poblaciones infractoras de ley.

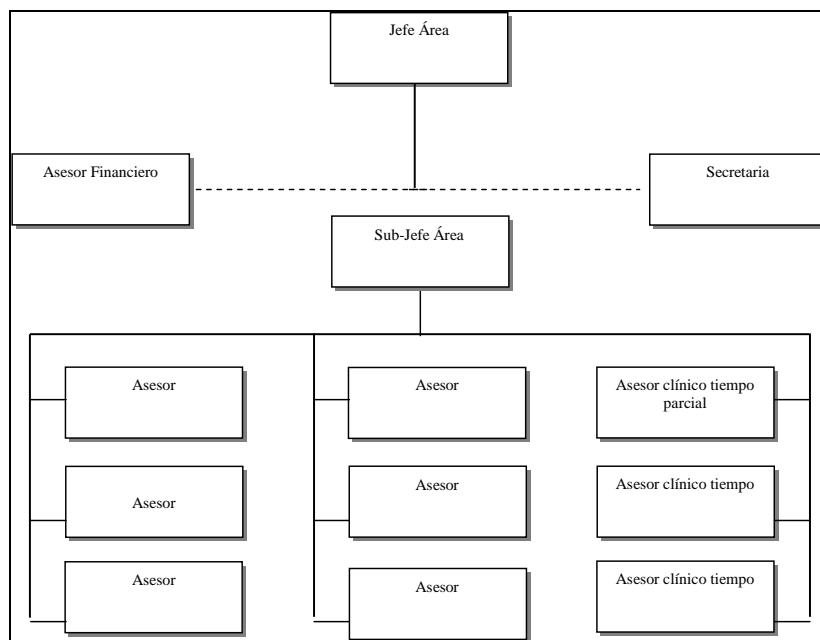
El equipo técnico del Área realiza seguimiento a todas las actividades relacionadas con los Convenios CONACE-FONASA- MINSAL y CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME, así como también a todos los proyectos e iniciativas relacionadas con el tratamiento de personas con problemas de drogas; se coordina con todos los sectores públicos y privados vinculados: Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Servicio Nacional de Menores, Gendarmería de Chile, Ministerio de Justicia, Ministerio Público, Defensoría Penal Pública, Poder Judicial, Ministerio de Planificación, División de seguridad pública, Asociación Chilena de Comunidades Terapéuticas, Asociación Chilena de Comunidades terapéuticas evangélicas, Fundación Paz Ciudadana, escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile y otras instituciones académicas.

Supervisa y asesora técnicamente a todos los programas permitiendo con ello el resguardo de la calidad de atención de los usuarios y usuarias y capacita en forma permanente y continua a profesionales y técnicos que trabajan en los centros públicos y privados de tratamiento que tienen convenio con CONACE, con el objetivo de entregar conocimientos teóricos y entrenar en habilidades y destrezas terapéuticas, promoviendo una mayor especialización de los equipos tratantes en el tema, en la implementación de planes de tratamiento y su intervención terapéutica y en el abordaje de personas con problemas de drogas.

Elabora documentos de trabajo orientadores en el tratamiento de poblaciones específicas, tales como población infanto-adolescente, mujeres con problemas de drogas y población infractora con problemas de drogas.

Complementariamente fomenta y coordina diversos estudios de evaluación de proceso y resultados, de los programas de tratamiento implementados, con el objetivo de ir mejorando la eficacia de los mismos.

Organigrama Área Tratamiento y Rehabilitación



Fuente: CONACE

La implementación efectiva de los programas de prevención (familia, escuela y laboral, además de los Otros no incluidos en esta evaluación) a nivel local se realiza a través del

Programa Previene en la Comuna.

La instancia de la “Comisión Comunal” reviste fundamental importancia en la instalación y consolidación de los CONACE PREVIENE, puesto que es la máxima instancia de participación y articulación comunal, estando conformada por actores institucionales (DIDECO, Salud Municipal, Educación OPD, Seguridad Pública, Policías y otros) y Comunitarios (Juntas de vecinos, iglesias, ONG, Clubes deportivos y otros).

El vínculo entre CONACE Previene en la Comuna y Municipio se materializa en la incorporación de las metas, dinámica y metodologías de trabajo CONACE Previene en la Comuna en los Planes Comunales (PLADECOS) diseñados por cada Municipio. Ello permite una real inserción en el territorio, en la medida que las metas CONACE – Previene, son capaces de ser absorbidas y re-orientadas a nivel local, dando cuenta a su vez de la flexibilidad propia de Previene, al contar con instancias de ajuste en que cada municipio propone metas específicas para su territorio en el contexto del trabajo CONACE-Previene.

La coordinación e interlocución con otros agentes gubernamentales que se encuentran vigentes en el territorio -tales como OPD de SENAME; Centros de la Mujer y VIF de SERNAM; Seguridad Ciudadana y Plan Comuna Segura del Ministerio del Interior; Comisarías y Plan Cuadrante de Carabineros de Chile; Centro Jurídico de Drogas; PDI; CRS y COSAM del Ministerio de Salud; Programa Chile Solidario y Puente de MIDEPLAN-, no sólo se constituye en una herramienta de trabajo útil, sino además se convierte en un requisito para la obtención de logros significativos, ya que ello permite el perfeccionamiento del trabajo a nivel local, complementar las ofertas programáticas, metodologías, metas,

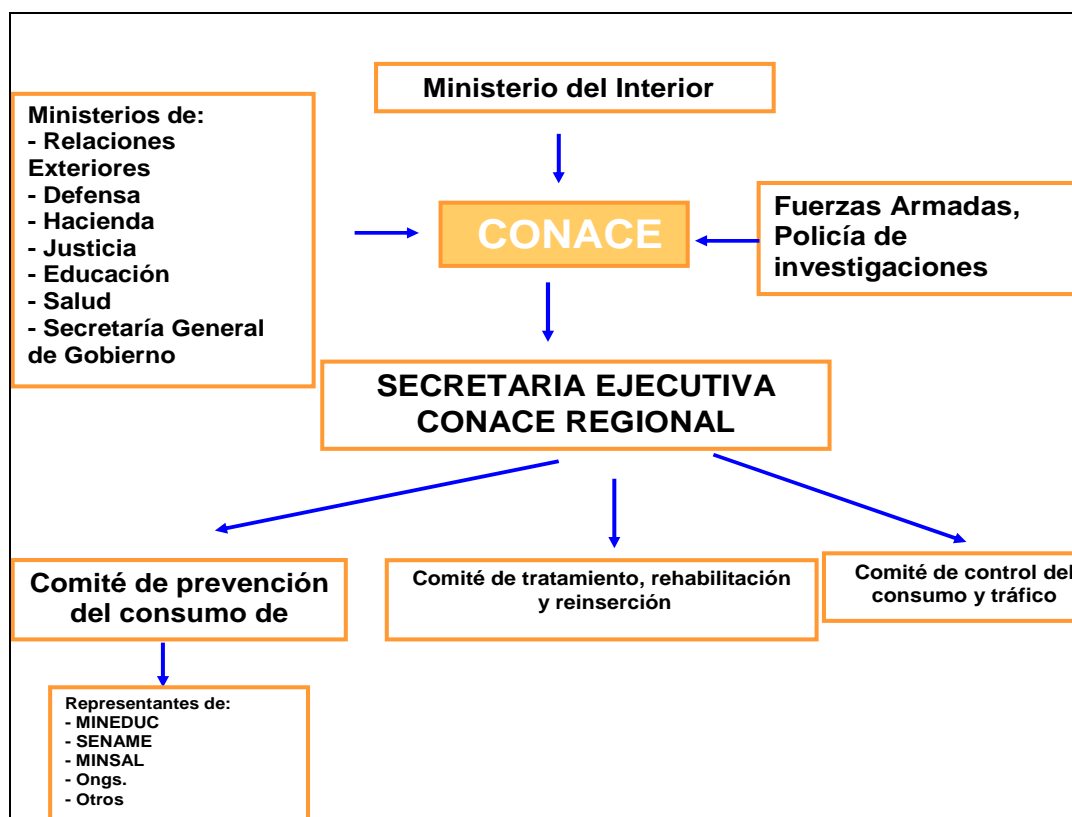
procedimientos, generar ajustes, y legitimar el proceso de diagnóstico, sectorialización y planificación de la intervención comunal.

Mecanismos de coordinación

El CONACE en sí mismo a nivel nacional es una institución que coordina diversos esfuerzos sectoriales para desarrollar una política de control y prevención del consumo de drogas en el país. Este carácter de coordinación interinstitucional se expresa a nivel nacional, en las secretarías ejecutivas del nivel regional y a nivel de cada ámbito de trabajo, a través del comité intersectorial que tiene comisiones especiales que abordan, entre otras, temáticas de prevención del consumo y tratamiento, rehabilitación y reinserción, en el caso de los componentes considerados en esta evaluación.

El comité intersectorial está presidido por el Subsecretario del Interior, y está integrado por representantes del Ministerio del Interior, Carabineros de Chile, Policía de Investigaciones de Chile, Servicio Nacional de Aduanas, Agencia Nacional de Inteligencia (ANI), División de Seguridad Ciudadana del Min. del Interior, Servicio de Impuestos Internos (SII), Instituto de Salud Pública (ISP), Consejo de Defensa del Estado (CDE), Ministerio de Justicia, Gendarmería de Chile y Ministerio Público.

La tarea principal del comité es coordinar a estas instituciones para implementar en Chile las políticas destinadas a cumplir con los objetivos clave contenidos en la Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008. A través de este comité, CONACE realiza un seguimiento permanente del funcionamiento de la normativa legal y propone las modificaciones necesarias para perfeccionarla. Junto con promover la cooperación multilateral y la asistencia mutua, verifica el cumplimiento de las convenciones internacionales sobre la materia que Chile ha incorporado a su ordenamiento jurídico.



Fuente: CONACE

En el ámbito específico de la prevención del consumo, cumplen una función estratégica las instancias de articulación generadas a nivel comunal en el marco del programa CONACE Previene en la comuna, que por lo demás forman parte de una apuesta de política de largo plazo, para instalar una política de prevención integral en ese nivel.

Parte sustantiva del esfuerzo institucional volcado en el programa Previene en la comuna consiste en generar instancias de articulación y trabajo conjunto entre actores locales de diverso orden, puesto que el producto final esperado es una comuna involucrada y comprometida activamente en la prevención del consumo de drogas. Esta función de articulación e involucramiento de actores se lleva a cabo con altos grados de flexibilidad, de modo que diferentes comunas pueden acordar diferentes estrategias o modalidades para cumplir con el lineamiento común.

Dada la centralidad y relevancia fundamental que tiene CONACE Previene en la comuna como estrategia de implementación de la oferta programática de CONACE a nivel comunal, el panel de expertos en conjunto con DIPRES encargaron la realización de un **Estudio Complementario de los Procesos de Gestión Territorial, CONACE Previene en la Comuna**⁹⁹.

Este estudio, realizado mediante revisión de información secundaria y el análisis cualitativo de 3 casos mediante entrevistas semiestructuradas con actores claves en la gestión del programa allí (Pudahuel, Melipilla y Peñalolén), se logró caracterizar de manera detallada los mecanismos de coordinación existentes en la práctica a nivel local.

El siguiente cuadro ilustra la gran flexibilidad institucional detectada, mostrándolos diferentes tipos de instancias de articulación efectivamente implementadas, con sus integrantes y contenidos abordados.

El equipo CONACE Previene en la Comuna está compuesto por un Coordinador Comunal del programa y un conjunto de profesionales que, en su orgánica interna se constituyen en especialistas y profesionales responsables de la conducción e implementación técnica del programa en las áreas o componentes programáticos asignados, acorde a la oferta programática de CONACE.

Si bien en el Modelo de trabajo CONACE Previene en la Comuna definido por CONACE, se estima un equipo territorial compuesto por un Coordinador Comunal y cuatro o cinco profesionales, en el caso de las comunas observadas, dicho equipo ha ido incrementándose en el transcurso de los últimos años, fluctuando la composición del equipo entre once y quince profesionales. De este modo, el CONACE Previene en la Comuna ha pasado a ser una herramienta más en la gestión municipal y se ha constituido en parte del equipo técnico local, por ende, a su vez, ha tenido que absorber en algunos casos, la responsabilidad en la ejecución de ofertas programáticas distintas de las propias o complementarias a esta, o bien, se le ha delegado la ejecución de fondos adicionales.

A nivel de **coordinaciones al interior de los equipos del CONACE Previene** en la comuna, el estudio complementario detectó 3 modalidades en que éstas se dan. Por una parte, la realización de reuniones semanales entre los jefes de equipos (territorial, educacional/psicosocial y de tratamiento e integración) para coordinación y seguimiento metodológico, presupuestario y control de avance en logro de metas. También cada uno de los sub-equipos tiene reuniones semanales donde hacen seguimiento de actividades y van levantando aprendizajes compartidos en base a información territorial experiencial. Una tercera instancia de coordinación interna son las reuniones del equipo comunal completo,

⁹⁹ Asún, P. y Cerda, B, "Informe Final Estudio Complementario Procesos de Gestión Territorial, CONACE Previene en la Comuna". Abril 2009

las cuales se realizan con una periodicidad entre quincenal y mensual., para coordinar, y hacer seguimiento, evaluación y asignación de tareas entre los miembros del equipo.

Respecto de las **coordinaciones entre el equipo CONACE Previene y el municipio**, el estudio complementario describe la realización de reuniones bilaterales de periodicidad semanal, convocadas por el municipio a través de la DIDECO (Dirección de Desarrollo Comunitario), en las que participan el jefe DIDECO y los jefes de algún programa específico, para coordinación y seguimiento administrativo específico respecto de metas, presupuesto, y resolución de nudos críticos.

En el plano de las **coordinaciones intersectoriales** la gama de instancias de coordinación es muy amplia, abarcando: reuniones quincenales de jefatura entre DIDECO y los jefes de programas para asuntos de gestión programática; reuniones quincenales de un comité local de salud (en el caso de Melipilla) a nivel de encargados de servicios de salud y atención primaria relacionados con programas de tratamiento; reuniones mensuales de una mesa social convocada por la DIDECO junto con los jefes de programas, para abordar básicamente temas técnicos; reuniones mensuales de una mesa de redes (en el caso de Pudahuel), también de carácter técnico, donde participan además del Previene, múltiples instituciones como la Oficina de Protección de Derechos (OPD) y la oficina de jóvenes SENAME, entre otras. También se detectó el funcionamiento de una mesa de trabajo (caso de Pudahuel) donde se reúne sin periodicidad fija el equipo de CONACE Previene con algún otro organismo público relacionado con su labor a nivel local en citas de coordinación bilateral y la operación de asociaciones por proyecto o actividades específicas, con la misma lógica que la mesa de trabajo bilateral (en el caso de Melipilla). Existen por último las comisiones comunales DIDECO-PREVIENE, que se reúnen anualmente pero son de carácter más protocolar y limitada incidencia práctica.

Finalmente, en el plano de las **coordinaciones con actores locales**, el estudio complementario describe el funcionamiento quincenal o mensual de mesas barriales, de prevención y territoriales, donde participan junto con el equipo del Previene comunal, representantes de juntas de vecinos, organizaciones territoriales funcionales y ONGs diversas presentes en el territorio. Estas mesas –independiente de la denominación con que se nombran en cada comuna- funcionan en sedes sociales de organizaciones de la comuna y son el mecanismo a través del cual se realiza en la práctica la “bajada territorial” a nivel barrial de la oferta programática canalizada vía CONACE Previene.

**RESUMEN INSTANCIAS DE ARTICULACIÓN
CONACE PREVIENE EN LA COMUNA¹⁰⁰**

TIPO INSTANCIA	NOMBRE	CONVOCA	PERIODICIDAD	INTEGRANTES	CONTENIDOS
Equipo Previene	Reunión Jefaturas Equipo	Coord. CONACE Previene en la Comuna	Periódico/Semanal	Coord. Previene, Jefes equipos territorial, educacional/psicosocial y tratamiento e integración	Coordinación y seguimiento metodológico, presupuestario y resguardo cumplimiento de metas.
	Reunión equipo Sub-	Jefe Sub – equipo	Periódico/Semanal	Jefe cada equipo interno con profesionales a cargo	Coordinación y seguimiento, levantamiento información territorial de tipo experiencial y coordinación nuevas alianzas internas.
	Reunión completo Equipo	Coord. CONACE Previene en la Comuna	Quincenal o Mensual, según avances y puntos Críticos	La totalidad equipo CONACE Previene en la Comuna	Coordinación y seguimiento, evaluación asignación de tareas.
Previene Municipio /	Reunión Bilateral	DIDECO	Periódica, Semanal	Dideco, Jefatura programa específico	Gestión Programática; Se tratan temas propios de cada programa y se toman decisiones o ajustes necesarios para problemáticas particulares que se estén desarrollando.
Intersectorial	Reuniones de Jefatura	DIDECO	Quincenal	Dideco y todos los jefes de cada Programa	Coordinación y seguimiento Administrativo específico: seguimiento metas, presupuesto, nudos críticos y tratamiento de los mismos.
	Comités Locales de Salud (Melipilla)	Dirección de Salud Municipal	Quincenal	Dirección de Salud, Servicios de Atención Primaria y Jefes de Programas.	Se convoca a instituciones con personalidad jurídica, servicios de atención primaria entidades vinculadas a programas a nivel local que resulten pertinentes, entre éstos, Previene.
	Mesa Social	DIDECO	Mensual	DIDECO y Directores o jefes de cada Programa que opera a nivel local	Carácter Técnico, Coordinación y Articulación
	Mesa Redes (Pudahuel) (Bilateral Multilateral)	Interinstitucional	Mensual	Instituciones afines: Previene, VIF de Sernam; OPD, Infancia – Jóvenes Sename; CONACE Previene en la Comuna– Salud, etc.	Carácter Técnico, Coordinación y Articulación de tipo Bilateral o Multilateral autónomo.

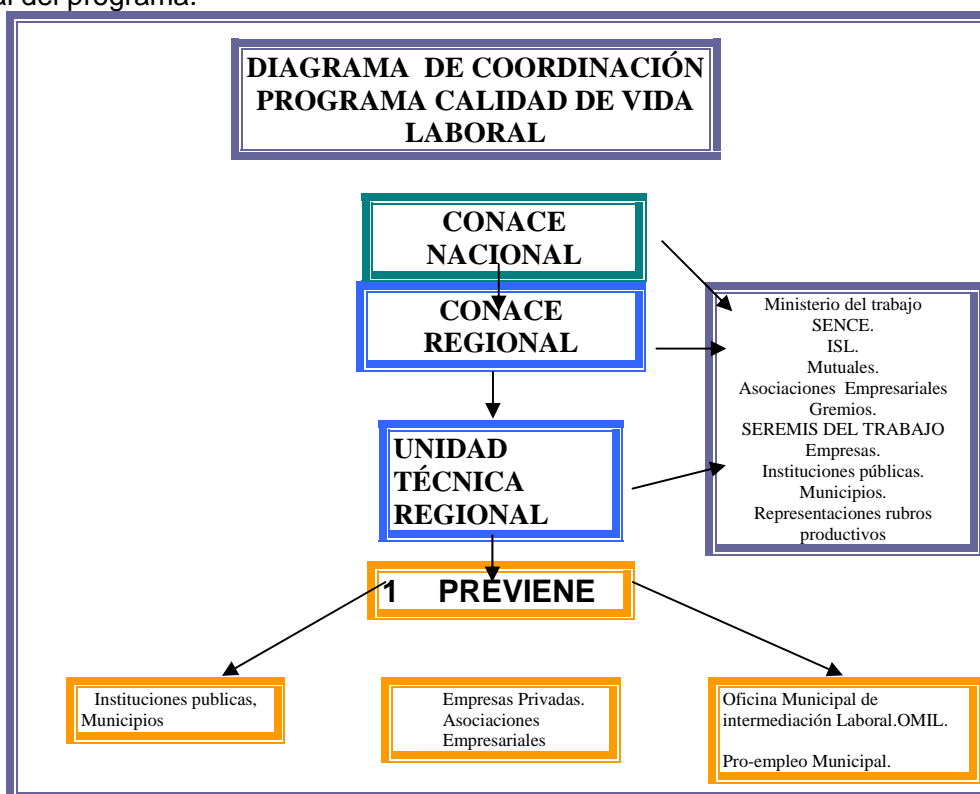
¹⁰⁰ Fuente: Asún, P. y Cerda, B, "Informe Final Estudio Complementario Procesos de Gestión Territorial, CONACE Previene en la Comuna". Abril 2009.

TIPO INSTANCIA	NOMBRE	CONVOCA	PERIODICIDAD	INTEGRANTES	CONTENIDOS
Intersectorial	Mesa de Trabajo (Pudahuel) (Bilateral)	CONACE Previene en la Comuna/ algún organismo prioritario Ej.: CONACE Previene en la Comuna- Salud	No explicitado	Instituciones afines: CONACE Previene en la Comuna/ VIF de Sernam; CONACE Previene en la Comuna/ OPD, Infancia, Jóvenes Sename; CONACE Previene en la Comuna/ Salud, etc.	Carácter Técnico, Coordinación y Articulación de tipo Bilateral y autónomo.
	Asociación por Proyecto o Actividad Específica (Melipilla) (Bilateral)	CONACE Previene en la Comuna/ algún organismo prioritario Ej.: CONACE Previene en la Comuna- Salud	Relativo, depende del proyecto o actividad	Instituciones asociadas: Previene/Seguridad Ciudadana Previene/VIF Previene/ OPD Previene/ Organismo Internacional, etc.	Se da en las tres comunas, en términos de Trabajo Compartido; en Peñalolén se reconoce vinculación constante en ese sentido con OPD
	Comisión Comunal	DIDECO - PREVIENE	ANUAL	Dideco, Jefatura programa específico	De carácter más protocolar, limitada incidencia.
Local	Mesas Barriales	CONACE Previene en la Comuna (Peñalolén)	Quincenal	Previene, Juntas de Vecinos y, en algunos casos otros organismos Gubernamentales u ONGs.	Reunión con unidades poblacionales, constituye la bajada al territorio, se desarrolla en sedes sociales. Se definen Agendas de Barrio.
	Mesas de Prevención	CONACE Previene en la Comuna (Pudahuel)	Mensual	Previene, Juntas de Vecinos y, en algunos casos otros organismos Gubernamentales u ONGs.	También tiene carácter barrial, constituye la bajada al territorio, se desarrolla en sedes sociales.
	Mesas Territoriales	CONACE Previene en la Comuna (Melipilla)	Mensual	Previene, Juntas de Vecinos y, en algunos casos otros organismos Gubernamentales u ONGs.	Se desarrollan en Sectores más vulnerables (CONACE Previene en la Comuna reconoce tres) y constituye parte de la Gestión Territorial. También tiene carácter barrial, constituye la bajada al territorio, se desarrolla en sedes sociales y se convoca a la comunidad y sus representantes.

Los siguientes cuadros dan cuenta de la complejidad de actores y las instancias de coordinación/articulación existentes en los programas de prevención laboral, escolar y familiar, tanto a nivel nacional, regional y local como entre sectores.

Debe destacarse en todos ellos el rol fundamental que cumple el programa Previene en la comuna, para la ejecución, articulación con actores y llegada a los beneficiarios finales, salvo en aquellos casos –minoritarios- en los cuales se llega a comunas que no cuentan con equipos comunales Previene instalados, casos en los cuales (como se señaló antes en este informe) operan las estructura e instancias de coordinación regionales de CONACE

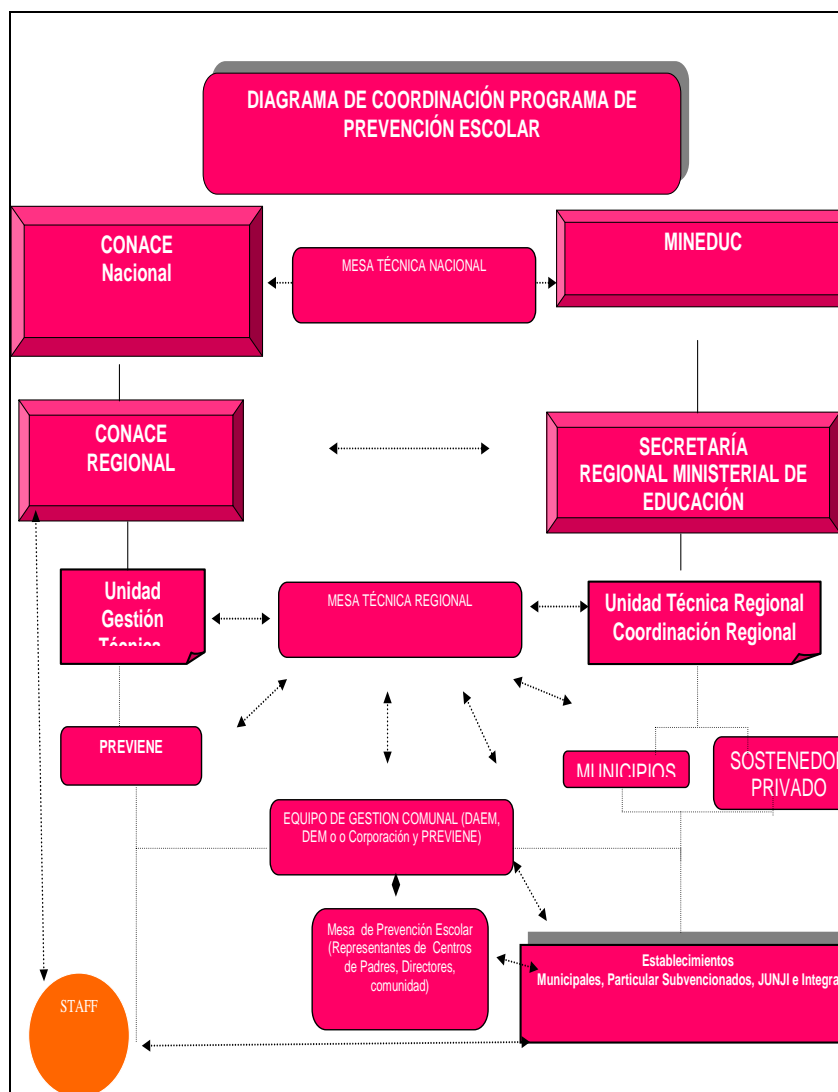
En el caso del programa Trabajar con calidad de vida, el CONACE nacional se coordina con los CONACE regionales para la difusión y ejecución del programa, generando para ello alianzas con instituciones públicas y privadas vinculadas al tema laboral (Ministerio del Trabajo, SENCE, Instituto de Salud Laboral, Mutuales, asociaciones y gremios empresariales, seremis del trabajo, empresas, e instituciones públicas). El contacto directo con las empresas y servicios públicas que en definitiva participan del programa se realiza a través de profesionales asignados para esta tarea en los equipos regionales con la colaboración de profesionales de Previene preferentemente, con el municipios, pymes, y empresas locales todos apoyados o guiados por una unidad técnica regional del programa, que a su vez va entregando informes de avance de su región al equipo técnico central del programa.



Fuente: CONACE

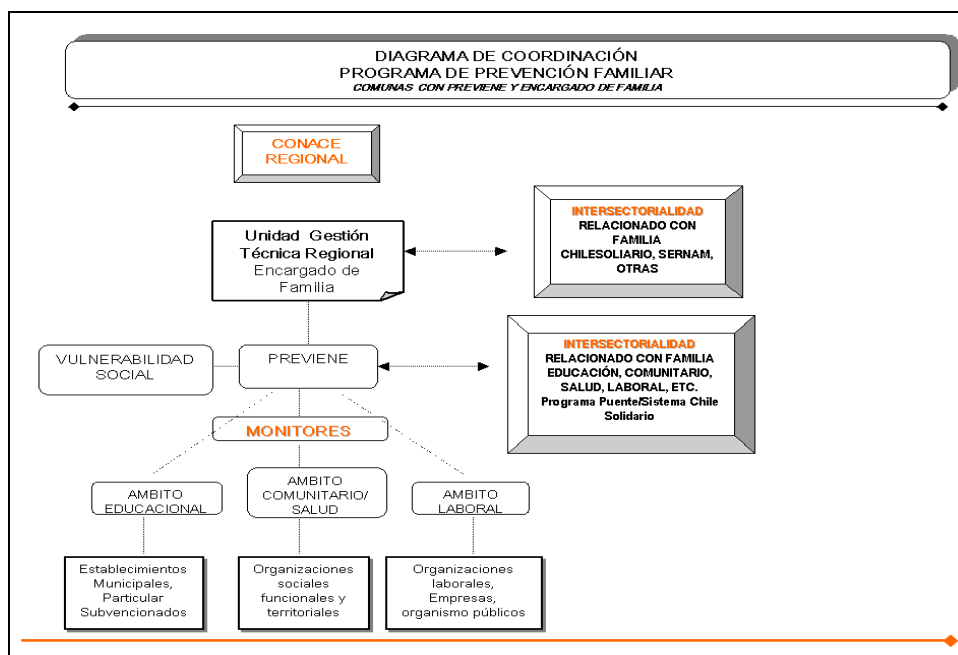
En el caso del programa de prevención en el sistema escolar, la instancia clave de coordinación son las mesas técnicas, tanto de nivel nacional como regional y comunal (estas últimas insertas en los equipos de Previene) las mesas comunales se reúnen con frecuencia semanal o quincenal y van haciendo el seguimiento permanente del grado de

avance en la entrega de los materiales y formación y capacitación de los actores de la comunidad escolar para aplicar el modelo preventivo propuesta Las mesas comunales entregan reportes de avance a las mesas regionales y éstas a la mesa nacional.



Fuente: CONACE

En el caso del programa de prevención familia, el principal mecanismo de coordinación en la ejecución son las mesas intersectoriales instaladas dentro de los equipos Previene en conjunto con la DIDECO respectiva. Estas instancias locales reciben apoyo de la unidad de gestión técnica regional y de su respectivo encargado de familia. Las mesas intersectoriales cuentan con un profesional encargado de mantener el contacto directo con los monitores que visitan a las familias y son la instancia en la cual se definen la necesidad de ir complementando la oferta de esta programa con otras ofertas, como la de prevención escolar o laboral.

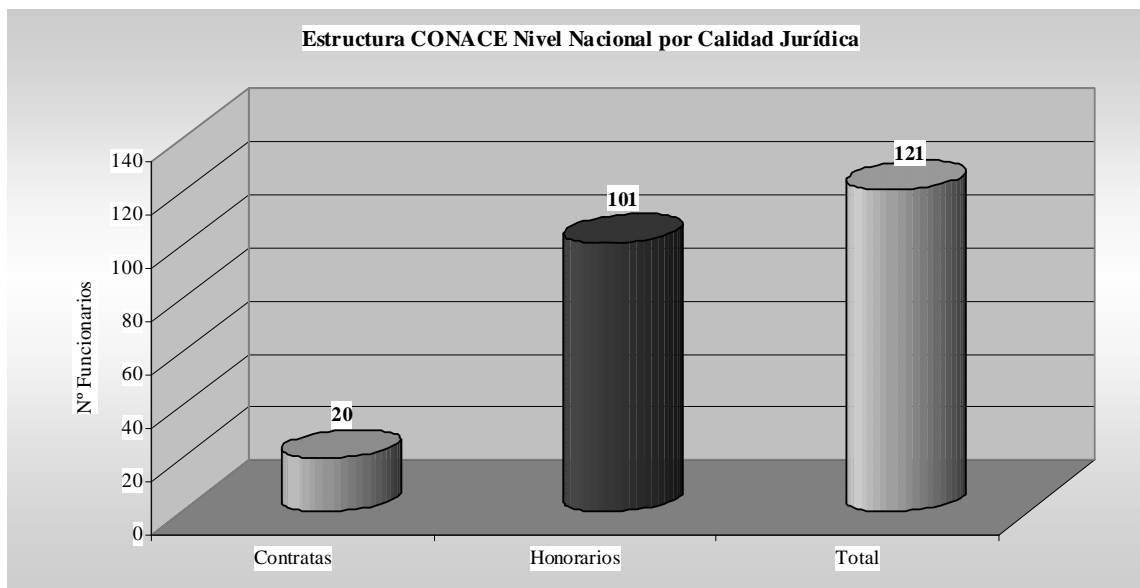


Fuente: CONACE

Dotación de personal

El CONACE Nacional está compuesto por 121 funcionarios, de los cuales 20 están en modalidad a contrata (16,5%) y el resto son asesores contratados a honorarios. (83,5%)

En el siguiente gráfico se muestra la tendencia de la calidad jurídica de los funcionarios del CONACE nacional, los que en su gran mayoría son asesores a honorarios.



Fuente: CONACE

A continuación se muestra un cuadro con la distribución de los funcionarios según Área de trabajo.

Cuadro 22
Estructura organizacional CONACE nacional

Área	Nº funcionarios
Staff secretaría ejecutiva	4
Área técnica en prevención	14
Área laboral	3
Área tratamiento y rehabilitación	12
Área desarrollo regional	6
Área evaluación y estudios	4
Área resqc	6
Área capacitación	2
Área comunicaciones	5
Publicaciones	3
Área informaciones y centro de doc.	10
Área planificación	3
Asesoría internacional	3
Asesoría jurídica	5
Staff de apoyo institucional	10
Jefatura administración y finanzas	5
Recursos humanos	4
Presupuesto	2
Unidad de gestión	2
Tesorería	1
Contabilidad	5
Unidad adquisiciones	4
Unidad informática	5
Bodega	3
Total	121

Fuente: CONACE

1.10. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

El sistema de monitoreo y control de gestión COLABORA, es un instrumento incorporado a la intranet del portal web del CONACE, que permite monitorear el cumplimiento de cada una de las metas establecidas en la planificación anual por trimestres. Junto con ello, el sistema permite la consulta en línea y al día, del avance de los programas respecto de sus coberturas. Para ello, en todos los niveles de gestión los distintos usuarios disponen de sus respectivas ID de usuarios, claves y privilegios de acceso, de acuerdo a sus funciones y necesidades; ello permite ingresar regularmente la información requerida de cada uno de los programas en cuanto a actividades realizadas, beneficiarios participantes y coberturas alcanzadas. La definición de los usuarios depende de los programas y proyectos definidos en el sistema. El objetivo es permitir la segmentación de funciones en el uso de las distintas opciones y herramientas del sistema. La alimentación de datos del sistema es realizada desde los equipos Previene comunales, apoyados por los equipos regionales de CONACE.

El sistema COLABORA es el instrumento que permite el seguimiento y evaluación del Programa con el Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) institucional.

- En el caso del programa Familia, el sistema lleva un registro acabado de la cantidad de monitores nuevos y antiguos, activos y no activos, la cantidad total de aplicaciones del programa (capacitaciones a grupos familiares), y la cantidad de familias beneficiadas, por años, por regiones y por comunas.
- En el caso del programa Educación, en el sistema hay información actualizada respecto de número de establecimientos por tipo de dependencia, número de alumnos y número de profesores participantes, por año, por región y por comunas, permitiendo obtener reportes de cobertura.
- En el caso del programa Trabajo, el sistema contiene información actualizada sobre empresas nuevas y antiguas, públicas y privadas participantes, así como trabajadores beneficiados, , por año, por región y por comunas.
- En el programa Tratamiento y Rehabilitación, el sistema entrega datos sobre centros de tratamiento públicos y privados, incluyendo comunidades terapéuticas, por año, por región y por comunas.
- En el caso del programa Previene el sistema no arroja información específica, encontrándose datos más desagregados para cada una de las áreas de prevención (familia, educación, trabajo, etc.).

Los datos antes indicados, son los que se reportan en un formato de resumen ejecutivo, pero el sistema da también la posibilidad de solicitar reportes o cruces específicos, de acuerdo a necesidades puntuales, además de permitir consultas exhaustivas para casos puntuales (por ejemplo si se desea conocer el estado de avance de una empresa en la aplicación del Trabajar con Calidad de Vida o de un establecimiento concreto en la aplicación de Prevención Escolar).

Existe también, en el caso del componente de tratamiento, una base de datos de interés en FONASA, que sirve como herramienta de gestión y registro de prestaciones a usuarios identificados con RUT.

En relación a esta base, se constata la complejidad del proceso a través del cual, CONACE entrega las prestaciones y servicios. Hay elementos que afectan, positiva o negativamente, la eficacia y la eficiencia del programa. Entre ellos: los beneficiarios atendidos, costo de sus tratamientos, tipo de tratamiento, y los centros de salud prestadores.

Dentro de la información que se ha obtenido de la base entrega, destacan¹⁰¹: estadísticas univariadas de la población general y la población mujeres, y las distribuciones de personas, según variables como plan, región, sexo, edad, droga principal, diagnóstico de trastorno de consumo, compromiso bio-psicosocial, entre otras.

1.11. Reformulaciones del Programa

A nivel del componente Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, durante el año 2007 fue rediseñado el Programa Yo Decido, lo que consideró incorporar de manera específica la prevención del consumo de alcohol, la perspectiva de género para efectos y consecuencias diferenciadas para hombres y mujeres, revisión de

¹⁰¹ Informe Evaluación Técnica Convenio CONACE-FONASA-MINSAL 2008", elaborado por Area Técnica de Tratamiento y Rehabilitación, mayo 2009; (2) "Informe de Supervisión del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Población General, primer semestre 2008.

actividades para generar mayor inclusión de la cultura juvenil, la generación de contexto preventivo con actividades para la comunidad educativa, reorganizar sesiones para cada nivel educativo en la enseñanza media y dispositivo interactivo (CD multimedia) como material para los estudiantes.

En la actualidad se discute en el Parlamento un proyecto de ley, que entre sus disposiciones transforma a CONACE en un servicio público.

1.12. Otros programas relacionados

De acuerdo a lo señalado por la institución no existen otros programas públicos o privados orientados a la misma población objetivo. Sin embargo esta es un área a profundizar respecto a lo que realizan los programas de drogas de instituciones como el MINSAL, Hogar de Cristo, Policía de Investigaciones, Carabineros, Municipalidades, Seguridad Ciudadana, entre otros.

1.13. Antecedentes Presupuestarios

*Cuadro 23
Presupuesto Total del Programa 2005-2009 (miles de \$ año 2009)*

Año	Presupuesto Total del Programa	% Incremento Anual Real
2005	14.538.179	
2006	16.203.115	11,5%
2007	21.160.763	30,6%
2008	26.492.466	25,2%
2009	29.272.805	10,5%

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2009 (www.dipres.cl)

De acuerdo a la información del cuadro, el presupuesto del año 2009 se ha duplicado en términos reales respecto al presupuesto del año 2005, equivalente a un incremento de 101,4%.

El cuadro también muestra las tasas anuales de crecimiento real. Considerando las cifras presupuestarias, entre 2005 y 2009 el presupuesto anual ha venido creciendo a una tasa real promedio de 19,5% anual.

II. TEMAS DE EVALUACION

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

1.1. Diagnóstico de la Situación Inicial

El problema que da origen al programa está bien identificado.

Población Potencial y Objetivo

El componente Familia define su población objetivo focalizando en aquellas familias que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE; por tanto, dicho conocimiento se constituye en condición de ingreso para el componente. Este criterio no es adecuado debido a que el componente 1 se enmarca en la estrategia de prevención primaria que debiera estar dirigida a toda la población no consumidora de drogas, actuando sobre factores de riesgo y protección. Los restantes componentes definen adecuadamente sus poblaciones potencial y objetivo.

1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

El programa tiene como Propósito el siguiente: “*Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional*”. La prevención del consumo de drogas, consiste en una serie de acciones que permiten evitar o postergar el consumo de drogas en una población. Es una acción de anticipación orientada a evitar el daño que genera el consumo de drogas y alcohol. Se distinguen tres tipos de estrategias de prevención relacionadas con la presencia y el grado de compromiso con las drogas de la población intervenida: prevención primaria, secundaria y terciaria (Conace, 2009).

La prevención primaria se dirige a la población no consumidora de drogas y actúa sobre factores de riesgo y protección del consumo, está destinada a evitar el consumo de drogas. En el programa se distinguen con claridad los componentes que aportan a esta estrategia: Prevenir en Familia, Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo Trabajar con Calidad de Vida, Conace-Previene en la Comuna.

La prevención secundaria, se refiere a estrategias dirigidas a población que ha experimentado, que ya se ha iniciado en el consumo de drogas o lo hace de manera esporádica, que no presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia, el trabajo preventivo se centra en la detección precoz, la atención temprana y lograr la abstinencia y evitar que el consumo se haga habitual, abusivo o que se desarrolle dependencia. Estas acciones han sido consideradas por algunos de los componentes (Educación y Conace Previene en la comuna) sin embargo no alcanzan un desarrollo significativo estando ausentes en la matriz de marco lógico.

La prevención terciaria, está orientada a personas que tienen un consumo habitual de drogas, que han desarrollado problemas de abuso y dependencia. El componente de Tratamiento, contribuye a esta estrategia procurando evitar un mayor daño a la salud del paciente. Los aspectos más débiles de esta estrategia son los relacionados con la rehabilitación e inserción social.

En el siguiente cuadro se esquematiza lo recién planteado.

Cuadro 24
Estrategias, Poblaciones, Objetivos de la intervenciones y Componentes asociados

Estrategias	Población Objetivo	Objetivos de la Intervención	Componentes asociados
PROPÓSITO Prevención el consumo de drogas a nivel nacional	Toda la población. Se distinguen tres tipos de estrategias de prevención relacionadas con la presencia y el grado de compromiso con las drogas de la población intervenida: prevención primaria, secundaria y terciaria	Evitar o postergar el consumo de drogas en una población Evitar el daño que genera el consumo de drogas y alcohol.	Prevenir en Familia Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo Trabajar con Calidad de Vida Tratamiento y Rehabilitación Conace-Previene en la Comuna
Prevención primaria	Se dirige a la población no consumidora de drogas, está destinada a evitar el consumo de drogas.	Intervenir sobre factores de riesgo Fomentar los factores protectores al consumo	Prevenir en Familia Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo Trabajar con Calidad de Vida Conace-Previene en la Comuna
Prevención secundaria	Se dirige a la población que ha experimentado, que ya se ha iniciado en el consumo de drogas o lo hace de manera esporádica, que no presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia,	Detectar precozmente, dar atención temprana y lograr la abstinencia y evitar que el consumo se haga habitual, abusivo o que se desarrolle dependencia.	Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo Conace-Previene en la Comuna
Prevención terciaria	Se dirige a personas que tienen un consumo habitual de drogas, que han desarrollado problemas de abuso y dependencia,	Dar tratamiento y rehabilitación Promover la inserción social	Tratamiento y Rehabilitación

En términos generales, el propósito del programa da cuenta del resultado esperado y asociado al problema que se identificó en el diagnóstico. El diseño del programa es apropiado para abordar la causa del problema que da origen al programa y no se identifican componentes o actividades prescindibles.

Las actividades diseñadas son suficientes y necesarias para producir los componentes.

Si bien todos los componentes del programa son pertinentes y contribuyen al logro del Propósito, las acciones débilmente desarrolladas para un completo cumplimiento de los objetivos a este nivel son: detección precoz, atención temprana, rehabilitación e inserción social.

ENFOQUE DE GÉNERO

De acuerdo a lo señalado por la institución, el enfoque de género es incorporado en la provisión de productos asociados, esto se expresa en la gráfica de los materiales que forman parte de los programas, el acceso sin discriminación de hombres y mujeres a cada uno de ellos y el desarrollo de programas especializados de tratamiento de mujeres con

problemas derivados del consumo de drogas. Esto se considera apropiado en el diseño del programa.

VALIDEZ DE LOS SUPUESTOS

Producto	Supuestos	Validez
Padres y adultos significativos han sido habilitados para ejercer rol preventivo	Existe voluntad y disposición de algunas personas para capacitarse y ejercer como monitores del programa	<i>No válido</i>
	Disposición de familias por participar en el programa	<i>No válido</i>
Niños, niñas y adolescentes prevenidos en establecimientos educacionales	Vigencia de los contenidos transversales en el curriculum educacional	<i>válido</i>
Instituciones públicas y empresas privadas han instalado política preventiva	Vigencia de la legislación de prevención en ambientes laborales estatales	<i>válido</i>
	Se cuenta con la voluntad y receptividad de los integrantes de la comunidad laboral para participar en programas de prevención	<i>No válido</i>
Personas con consumo problemático de drogas han sido tratadas en planes de tratamiento y rehabilitación	Vigencia de la Ley 20.084	<i>válido</i>
	Personas con consumo problemático presentan un nivel motivacional apropiado para ingresar a un plan de tratamiento y rehabilitación	<i>válido</i>
Estrategia de prevención instalada a nivel comunal	En la comuna se cumplen ciertas condiciones en el orden jurídico, económico, social, cultural, etc. que contribuyen al fortalecimiento de los factores protectores del consumo de drogas	<i>No válido</i>
	Las autoridades municipales están interesadas en contribuir a abordar el fenómeno de las drogas en su comuna.	<i>No válido</i>
	Temática de drogas es priorizada en la línea de acción de entidades involucradas en la temática.	<i>No válido</i>

Tanto en el caso de Prevenir en Familia como en Trabajar con Calidad de Vida cuentan con actividades de difusión y sensibilización.

En el caso de Conace Previene en la Comuna, si ésta no cuenta con las condiciones mínimas requeridas para que el programa funcione, no debería ingresar. Esta condición no es externa al programa, puede ser controlada por su administración.

Considerando el análisis y evaluación realizado en la lógica vertical de la Matriz de Marco Lógico del Programa, ésta se valida parcialmente.

1.3. Lógica Horizontal y de la Matriz de Marco Lógico

Los indicadores del programa se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 25
Indicadores según componente

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	Pertinencia del indicador
PROPÓSITO: Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional.	Calidad	Resultados intermedios	Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene.	$(N^{\circ} \text{ de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene.} / N^{\circ} \text{ de personas que conocen el programa Previene}) * 100$	Insuficiente para la medición de resultados a nivel de propósito.
COMPONENTE Prevenir en Familia	Eficacia	Proceso	Nº de nuevos monitores formados que cuentan con materiales (bolsa de familia) para la aplicación del programa	Corresponde a un dato. Fórmula de cálculo incompleta, falta denominador	Insuficiente, debe ser relacionado con un referente
Padres y adultos significativos han sido habilitados para ejercer rol preventivo	Eficacia	Proceso	Nº de familias participantes del programa	Corresponde a un dato. Fórmula de cálculo incompleta, falta denominador	Insuficiente, debe ser relacionado con un referente
COMPONENTE Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo	Eficacia	Proceso	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y aplican los programas preventivos	$(\text{Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y que aplican los programas preventivos año } t / \text{Total de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año } t) * 100$	El indicador es adecuado permite medir eficacia del proceso
COMPONENTE Trabajar con Calidad de Vida	Eficacia	Producto	Porcentaje de aumento de instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de Prevención "Trabajar con calidad de vida".	$(N^{\circ} \text{ de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año } t / N^{\circ} \text{ de instituciones públicas que implementan el programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año } t - 1) * 100$	El indicador es adecuado permite medir crecimiento del programa (ampliación de la cobertura)

Cuadro 25(Cont.)
Indicadores según componente

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	Pertinencia del indicador
COMPONENTE Tratamiento y Rehabilitación Personas con consumo problemático de drogas han sido tratadas en planes de tratamiento y rehabilitación	Eficacia	Proceso	Porcentaje de personas tratadas en los programas de tratamiento ofrecidos por Conace	$(N^{\circ} \text{ de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas año } t / N^{\circ} \text{ total de potenciales demandantes por problemas asociados al consumo de drogas año } t) * 100$	El indicador es adecuado permite medir cobertura
	Eficacia	Producto	Porcentaje de meses de tratamiento del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población General efectivamente ejecutados	$(N^{\circ} \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA – CONACE – MINSAL efectivamente ejecutados} / N^{\circ} \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA – CONACE – MINSAL planificados}) * 100$	El indicador es adecuado permite medir cumplimiento de la producción planificada
COMPONENTE Conace-Previene en la Comuna Estrategia de prevención se ha instalado a nivel comunal	Calidad	Proceso	Porcentaje de personas que conocen el programa Previene	$(N^{\circ} \text{ de personas que conocen el programa Previene} / N^{\circ} \text{ de personas consultadas}) * 100$	El indicador evalúa la visibilidad del programa a nivel colectivo. Es insuficiente para medir la eficacia del proceso

El indicador planteado a nivel de propósito es insuficiente para medir los resultados del mismo, básicamente aporta a la evaluación de la calidad del proceso.

El componente Prevenir en Familia también presenta indicadores insuficientes, dado que corresponden a datos y no corresponde a una información que de cuenta de la evaluación del componente. En el caso de la formación de monitores, el indicador debe señalar una relación con algún referente, por ejemplo número total de monitores acumulados en el período anterior, así medir el incremento de nuevos monitores o tener una meta. Y en el caso de las familias participantes debe estar referido a la población objetivo y así medir cobertura.

El componente Conace Previene en la Comuna también presenta un indicador insuficiente para su evaluación, no entrega información respecto a la eficacia tanto de resultados como de proceso.

Los medios de verificación permiten identificar los indicadores definidos. Considerando la insuficiencia de indicadores para distintos ámbitos de control y dimensiones se valida parcialmente la lógica horizontal de la Matriz de Evaluación del Programa.

Los indicadores propuestos por el panel se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro 26
Indicadores Propuestos según componente

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)
PROPÓSITO: Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional	Eficacia	Resultados	Porcentaje de beneficiarios tratados y rehabilitados que presentan logros terapéuticos altos, intermedios y mínimos en sus diferentes ejes al concluir el tratamiento	$(\text{N}^\circ \text{ de beneficiarios tratados que presentan logros terapéuticos altos, intermedios y mínimos al concluir el tratamiento} / \text{N}^\circ \text{ de beneficiarios tratados}) * 100$
	Eficacia	Resultados	Percepción de riesgo ante uso regular de marihuana y uso ocasional de cocaína y pasta base (por tramo de edad)	$(\text{N}^\circ \text{ de encuestados que perciben riesgo ante uso regular de marihuana y uso ocasional de cocaína y pasta base} / \text{N}^\circ \text{ total de encuestados}) * 100$
	Eficacia	Resultados	Porcentaje de personas que han participado en programas preventivos que se manifiestan de acuerdo con la afirmación que la mayoría de los jóvenes fuman marihuana	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que han participado en programas preventivos que se manifiestan de acuerdo con la afirmación que la mayoría de los jóvenes fuman marihuana} / \text{N}^\circ \text{ de personas que han participado en programas preventivos}) * 100$
	Eficacia	Resultados	Prevalentes marihuana, cocaína, pasta base y drogas último año	$(\text{N}^\circ \text{ de encuestados que declaran consumo de marihuana, cocaína, pasta base y drogas último año} / \text{N}^\circ \text{ total de encuestados}) * 100$
	Eficacia	Resultados	Precocidad marihuana, cocaína y pasta base	$(\text{Prevalentes vida menores de 15 años que han participado en programas de prevención escolar} / \text{Prevalentes vida menores de 15 años que no han participado en programas de prevención escolar}) * 100$
Prevenir en Familia	Eficacia	Proceso	Porcentaje de monitores capacitados que replican el proceso de formación con las familias asignadas	$(\text{N}^\circ \text{ de monitores que replican el programa} / \text{N}^\circ \text{ de monitores capacitados}) * 100$
	Eficacia	Producto	Porcentaje de familias que culminan el proceso de formación	$(\text{N}^\circ \text{ de familias que concluyen el proceso (habilitadas)} / \text{N}^\circ \text{ de familias que inician la formación}) * 100$
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo	Eficacia	Proceso	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y aplican los programas preventivos.	$(\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año t y aplican los programas preventivos} / \text{N}^\circ \text{ de Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año t}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente al nivel educativo medio y aplican programas preventivos	$(\text{N}^\circ \text{ de Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los nivel educativo medio año t y aplican los programas preventivos} / \text{Total de establecimientos educacionales correspondiente al nivel educativos medio año t} _ \text{Población Objetivo}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo en relación a los inscritos	$(\text{N}^\circ \text{ Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo} / \text{Total de establecimientos educacionales inscritos}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de participación efectiva en los programas del Continuo Preventivo	$(\text{N}^\circ \text{ estudiantes registrados participantes de los programas del Continuo Preventivo} / \text{Población Objetivo}) * 100$

Cuadro 26 (Cont.)
Indicadores Propuestos según componente

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo	Eficacia	Producto	Porcentaje de instituciones públicas que culminan (Escrituración de la Política) el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones públicas que inician el programa (taller ejecutado).	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones públicas que concluyen la implementación - escrituración- del "Trabajar con calidad de vida" } / \text{N}^\circ \text{ de instituciones públicas que inician el programa "Trabajar con calidad de vida -ejecutan taller"}) * 100$
			Porcentaje de empresas privadas que culminan el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones privadas que inician el programa (taller ejecutado).	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones privadas que concluyen la implementación - escrituración- del programa "Trabajar con calidad de vida" } / \text{N}^\circ \text{ de instituciones privadas que inician el programa "Trabajar con calidad de vida -ejecutan taller"}) * 100$
Trabajar con Calidad de Vida	Eficacia	Producto	Porcentaje de instituciones públicas que culminan (Escrituración de la Política) el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones públicas Beneficiarias	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones públicas que concluyen la implementación - escrituración- del programa "Trabajar con calidad de vida" } / \text{N}^\circ \text{ de instituciones públicas Beneficiarias}) * 100$
		Proceso	Porcentaje de empresas privadas que culminan el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones privadas Beneficiarias.	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones privadas que concluyen la implementación - escrituración- del programa de "Trabajar con calidad de vida" } / \text{N}^\circ \text{ de instituciones privadas Beneficiarias}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa "Trabajar con calidad de vida" en relación a las instituciones públicas que implementaron el programa-	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de "Trabajar con calidad de vida" año } t / \text{N}^\circ \text{ de instituciones públicas que implementan el programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" } t-1) * 100$
		Producto	Porcentaje de personas tratadas en los programas de tratamiento ofrecidos por CONACE, en relación a la población potencial (PP)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas } / \text{N}^\circ \text{ total de potenciales demandantes por problemas asociados al consumo de drogas}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de meses de tratamiento de cada Subcomponente de Tratamiento y Rehabilitación y los meses efectivamente ejecutados por Subcomponentes	$(\text{N}^\circ \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL efectivamente ejecutados, por Subcomponente } / \text{N}^\circ \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL planificados, por Subcomponente}) * 100$
Tratamiento y Rehabilitación	Eficacia	Proceso	Porcentaje de Unidades de Tratamiento Ejecutadas- Población General- en relación a las Unidades de Tratamiento Programadas - Población General-	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas- Población General- } / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas - Población General-}) * 100$
		Proceso	Porcentaje de Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Población Mujer- en relación a las Unidades de Tratamiento Programadas - Población Mujer-	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Población Mujer- } / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas -Población Mujer-}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Población Mujer- en relación a las Unidades de Tratamiento Programadas - Población Mujer-	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Población Mujer- } / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas -Población Mujer-}) * 100$

Cuadro 26 (Cont.)
Indicadores Propuestos según componente

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)
Tratamiento y Rehabilitación	Eficacia	Proceso	Porcentaje de las Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Infractores de Ley Infanto-adolescentes- / Unidades de Tratamiento Programadas -Infractores de Ley Infanto-adolescentes-	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Infractores de Ley Infanto-adolescentes-} / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas -Infractores de Ley Infanto-adolescentes-}) * 100$
	Calidad	Proceso	Porcentaje de comunas que cumplen las etapas de instalación del Previene en el tiempo establecido.	$(\text{N}^\circ \text{ de comunas que cumplen las etapas de instalación del Previene en el tiempo establecido} / \text{N}^\circ \text{ de comunas que se incorporan al programa Previene}) * 100$
CONACE PREVIENE en la Comuna	Economía	Proceso	Porcentaje de Comunas Previene que realizan aportes al financiamiento del Programa, en relación al total de Comunas Previene	$(\text{N}^\circ \text{ de Comunas Previene realizan aportes al financiamiento del Programa} / \text{N}^\circ \text{ Comunas Previene}) * 100$
	Calidad	Proceso	Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene (bienal)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene} / \text{N}^\circ \text{ de personas que conocen el programa Previene}) * 100$
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de personas que conocen el programa Previene (Bienal)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que conocen el programa Previene} / \text{N}^\circ \text{ de habitantes de comunas que cuentan con Previene}) * 100$

A continuación se proponen los siguientes indicadores de género:

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)
Prevenir en Familia	Eficacia	Proceso	Relación de jefas de hogar participantes en el programa respecto de familia biparentales	$(\text{N}^\circ \text{ de Jefas de Hogar participantes en el programa} / \text{N}^\circ \text{ de Familias biparentales participantes en el programa}) * 100$
Prevención en Educación	Eficacia	Resultados	Relación de niñas/ niños en riesgo de consumo de drogas ilícitas participantes en el programa	$(\text{N}^\circ \text{ de niñas en riesgo de consumo de drogas ilícitas} / \text{N}^\circ \text{ niños en riesgo de consumo de drogas ilícitas}) * 100$
Trabajar con Calidad de Vida	Eficacia	Proceso	Relación de mujeres/ hombres en riesgo de consumo de drogas ilícitas, participantes en el Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres en riesgo de consumo de drogas ilícitas} / \text{N}^\circ \text{ de hombres en riesgo de consumo de drogas ilícitas}) * 100$
Tratamiento y Rehabilitación	Eficacia	Resultados	Porcentaje de beneficiarias egresadas del programa de tratamiento específico para mujeres que presentan logros terapéuticos	$(\text{N}^\circ \text{ de beneficiarias del programa específico para mujeres egresadas de tratamiento con logros terapéuticos} / \text{N}^\circ \text{ de beneficiarias egresadas del programa específico mujeres}) * 100$
CONACE PREVIENE en la Comuna	Eficacia	Proceso	Relación de mujeres/ hombres que son monitores del Programa	$(\text{N}^\circ \text{ de mujeres que son monitores del Programa} / \text{N}^\circ \text{ de hombres que son monitores en el consumo de drogas ilícitas})$

1.4. Reformulaciones del Programa a nivel de Diseño

Si bien no han existido reformulaciones relevantes durante el período en evaluación, programa Yo Decido del componente Educación fue objeto de un rediseño. En la actualidad se discute en el Parlamento un proyecto de ley, que entre sus disposiciones transforma a CONACE en un servicio público.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa

2.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al interior de la Institución Responsable y con otras instituciones

(a) Estructura Organizacional

Respecto de los procesos de producción descritos en los flujogramas en los distintos componentes evaluados, se puede constatar que éstos permiten producir los productos comprometidos: la estructura organizacional y los procesos productivos de los componentes evaluados son adecuados y permiten entregar los bienes y servicios comprometidos. Sin embargo, como se analiza más adelante en el capítulo sobre eficacia y calidad, no siempre la magnitud de servicios es adecuada para la cantidad de beneficiarios de los programas, lo cual incide a su vez en la capacidad de logro del propósito, que por la manera en que está formulado sólo puede verificarse a nivel de impacto en los beneficiarios (“se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional”).

El componente de prevención familiar logra entregar los materiales preventivos a un conjunto de monitores voluntarios capacitados, que aplican la metodología correspondiente a un conjunto de grupos familiares sin embargo no se conoce el grado de habilitación que han logrado las familias como agentes preventivos. El componente de prevención escolar logra entregar los materiales preventivos a los establecimientos interesados correspondientes a un porcentaje mayoritario de la matrícula escolar del país, y capacitar a los docentes y demás actores de la comunidad escolar para su uso, existiendo evidencia sobre efectos positivos en percepción de riesgo frente al consumo de drogas, fortalecimiento de factores protectores y retraso de la edad de inicio en el consumo, sin embargo no se conoce el nivel de prevención alcanzado por los estudiantes intervenidos. Si bien, el componente de prevención laboral logra producir empresas con política preventiva escriturada, equipo preventivo instalado y grupos de trabajadores sensibilizados, no es posible asegurar la generación efectiva de un ambiente preventivo al interior de la organización intervenida una vez implementada la política. El componente de tratamiento y rehabilitación logra producir personas de población general, mujeres y adolescentes infractores de ley que acceden a planes de tratamiento ajustados a sus necesidades pero no se conoce el nivel de recuperación y su mantención en el tiempo de las áreas intervenidas. El componente de CONACE Previene logra producir comunas que cuentan con una estrategia consensuada a nivel local para enfrentar la problemática de las drogas especialmente a nivel preventivo, pero es difícil establecer el impacto de lo anterior en disminución de percepción de riesgo (entre comunas con y sin Previene) y retraso en edad de inicio del consumo.

En suma, la estructura organizacional tiene una fortaleza importante, en la medida que logra producir los servicios que compromete. Sin embargo, hay una debilidad en la integración organizacional de la función de evaluación y seguimiento de beneficiarios, en cada uno de los componentes. Si bien, de acuerdo con estudios de evaluación específicos¹⁰², se espera obtener los resultados esperados con las acciones diseñadas se desconoce el impacto obtenido en el total de la población intervenida.

¹⁰² Expanzion Consulting Group Ltda. (2009) y CONACE (2007) para el componente de prevención familiar; CONACE (2008) para el componente de prevención escolar, particularmente programa Quiero Ser en octavos básicos; Asesorías para el Desarrollo (2008)

Respecto de su dotación de personal, El CONACE central está compuesto por 121 funcionarios, de los cuales 20 están en modalidad a contrata (16,5%) y el resto son asesores contratados a honorarios (83,5%). Es una debilidad que haya un porcentaje tan alto de honorarios porque no garantiza estabilidad del equipo profesional en el tiempo. Ello se debe a que CONACE no es un programa dentro de la Subsecretaría de Interior; su próxima conversión en un servicio es un avance en este sentido. En regiones, se repite la debilidad observada a nivel central respecto de la alta proporción de honorarios v/s contrata, donde los primeros representan el 92% de los profesionales contratados. Sobre el personal a nivel comunal, los equipos CONACE Previene en la comuna son contratados por cada municipio a honorarios (con recursos CONACE).

Es importante mencionar aquí que CONACE es hoy en día un programa dependiente del Ministerio del Interior, que carece de institucionalidad propia y que desde su creación ha crecido sostenidamente en distintos ámbitos de acción debido a las urgencias que el fenómeno como de las drogas impone a nuestra sociedad. Su estructura organizacional, por tanto, se ha ido desarrollando a partir de aquella realidad y se ha mostrado adecuada para el desarrollo de las tareas planteadas. Sin embargo, la envergadura de las actividades, la magnitud de los recursos que debe administrar y las responsabilidades que le corresponden hacen necesario dotar a Conace de una estructura jurídica propia dentro del sistema estatal. Por tal razón reposa en el Congreso Nacional un proyecto de ley que, entre otras materias, transforma a Conace en un servicio público descentralizado. La transformación del actual en un servicio es un paso positivo hacia la facilitación y fluidez de la gestión interna de los programas incluidos como componentes de esta evaluación.

Este proyecto de ley acaba de salir con múltiples indicaciones del Senado, quedando aún pendiente una nueva discusión en la Cámara de Diputados y posibles indicaciones del Ejecutivo, por lo que no es posible conocer aún con certeza la forma orgánica que finalmente adquirirá el nuevo servicio. De todos modos, en el proyecto original enviado por la presidenta de la república al parlamento, y donde se recoge la visión que la propia institución tiene sobre cómo desea organizarse, se emcnoina que el futuro “Servicio Nacional para la Prevención del Consumo y Control del Tráfico de Drogas” será un servicio público, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y de patrimonio propios, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio del Interior. Las funciones establecidas de este servicio serán muy similares a las actuales de CONACE, con la diferencia de que el Director Nacional será el Jefe Superior del Servicio y tendrá su representación legal (y no como actualmente, que es el Subsecretario del Interior).

El carácter de organismo descentralizado implica, entre otros aspectos, que tendrá Personalidad Jurídica de Derecho Público, Estatuto o régimen jurídico propio, con autonomía para contratar, promover y sancionar administrativamente a los funcionarios, fijarle sus remuneraciones, planificar, cumplir y controlar los cometidos del organismo y ejercer las facultades normativas complementarias, Patrimonio propio y Relación de tutela o supervigilancia, y no de subordinación o dependencia jerárquica de los organismos centrales, detentando un gran nivel de autonomía.

para el componente de prevención laboral; Universidad de Chile (2008) para el componente de tratamiento y rehabilitación en población general; e INAP-CESC (2006) para el componente de CONACE Previene en la comuna..

La transformación del actual CONACE en un servicio es un paso positivo hacia la facilitación y fluidez de la gestión interna de los programas incluidos como componentes de esta evaluación.

Sin embargo, dado el estado del debate legislativo sobre el nuevo servicio, aún no se ha entrado en la discusión sobre la estructura orgánica interna que debiera tener el nuevo servicio. En esta línea, a modo de pregunta más que de juicio evaluativo, tal vez un área de mejoramiento del proceso productivo podría identificarse a la luz del análisis del actual organigrama institucional. De acuerdo con el sociólogo Darío Rodríguez¹⁰³, un organigrama explícita mediante un diagrama formal, los roles de autoridad (jerarquías verticales) y de enlace (integración y coordinación horizontal) entre diferentes funciones al interior de una organización.

El organigrama actual pone en un mismo nivel funciones de distinto tipo (por ejemplo, funciones de apoyo y funciones de ejecución de programas). Los componentes programáticos tal vez tener una mayor visibilidad en el organigrama, dado que orientan el foco de su proceso de producción, aparecen sin embargo en un plano y nivel similar a funciones transversales como comunicaciones, estudios, administración, entre otros, y todas estas funciones, a su vez, se ubican en una línea de dependencia jerárquica debajo de una sola instancia central de toma de decisiones. Una pregunta que se puede plantear es si acaso es posible pensar en alguna forma de estructura orgánica donde los componentes programáticos tengan una mayor visibilidad que en el organigrama actual, siendo las áreas de gestión transversal las que aportan a las sinergias entre los diferentes componentes. La visibilización de los componentes en la estructura organizacional permitiría ordenar de manera más clara la gestión institucional hacia las áreas programáticas donde CONACE agrega valor.

Mecanismos de coordinación y asignación de responsabilidades y funciones.

Desde el punto de vista de los mecanismos de coordinación y asignación de funciones, la opción de CONACE por desplegar gran parte de la “bajada” territorial de los programas de prevención en la familia, los establecimientos educativos y los lugares de trabajo a través de las estructuras comunales del Previene en la Comuna, es una estrategia que va en la dirección correcta, pues aumenta la probabilidad de que los programas sean pertinentes a las necesidades y prioridades de cada territorio.

El estudio complementario realizado para esta evaluación¹⁰⁴ señala que CONACE cuenta además, con estrategias de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no se ejecuta Previene, así como con estrategias de prevención basadas en asociatividad intercomunal; ello permite difundir la oferta programática en todo el territorio nacional.

El modelo de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no implementan CONACE Previene, combina distintas estrategias implementadas por el Equipo regional, tales como: contratación de un staff de profesionales complementario al equipo regional para la implementación de programas de prevención, proyectos con gobernaciones en territorios no focalizados por el programa CONACE- Previene. Del mismo modo se ha implementado una estrategia de prevención territorial en comunas asociadas que consiste en la agrupación de comunas con menor

¹⁰³ Rodríguez, D., *“Gestión Organizacional: elementos para su estudio”*, 2001.

¹⁰⁴ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). Op. Cit.

densidad poblacional para la implementación de los programas de prevención e iniciativas locales preventivas a través de la acción conjunta con los municipios (firma de convenio de colaboración y entrega de recursos por parte de CONACE) y un coordinador de prevención contratado para tal efecto. Los mecanismos de coordinación en el ámbito de la prevención (vía Previene en la comuna) operan en general de manera fluida, periódica y que permite identificar cuellos de botella en la ejecución de los programas. Sin embargo, como lo mostró el estudio complementario encargado en el marco de esta evaluación (citado anteriormente en este informe), no siempre se configuran de la manera en que están definidos en el modelo inicial (por ejemplo, comisiones comunales Previene en la comuna) y a veces son reemplazados por mecanismos o reuniones semi-formales, que en todo caso, igual cumplen el objetivo de la instancia originalmente pensada.

El mismo estudio antes citado da cuenta que el funcionamiento de los equipos comunales de CONACE Previene requiere, para que sea eficaz y obtenga logros con su instalación en una comuna, controlar dos variables claves que, cuando no están presentes, se convierten en elementos obstaculizadores:

- la existencia de un municipio comprometido y un alcalde colaborador, que facilita la entrada institucional del programa, y fortalece la incorporación de los equipos en los procesos de gestión y estrategias municipales, lo que se concretiza en las distintas instancias de participación y coordinación, y en la entrega de recursos efectivos a CONACE Previene en la Comuna;
- y la presencia de un Coordinador Comunal que cuente con competencias y habilidades para el trabajo en equipo, relaciones interpersonales y facilidad para interactuar con actores locales diversos y heterogéneos. El coordinador comunal debe ser capaz de relacionarse con las distintas instancias comunales, más allá de que existan diferencias en las visiones, enfoques o ideologías. Este rasgo es fundamental para generar un vínculo con el municipio, ya sea, representado por el alcalde, DIDECO, u otros actores.

Destaca finalmente el estudio complementario la flexibilidad y adaptabilidad propia del programa y de los equipos CONACE Previene en la Comuna. Se observa que los equipos CONACE Previene en la Comuna, así como la oferta programática general de CONACE son permeables a los desafíos y demandas municipales y de la comunidad y que por tanto, les permite interactuar de manera sistémica con el territorio.

Así como éstos son factores facilitadores de un mayor éxito en la instalación de una estrategia preventiva comunal, su ausencia –como se señalaba antes- puede convertirse en factor obstaculizador, lo que puede ser una eventual debilidad para el éxito del Previene en algunas comuna (por ejemplo, si no se consigue un adecuado nivel de compromiso de parte del municipio y su alcalde o si el coordinador comunal no cuenta en la práctica con las competencias requeridas para ser un agente articulador e integrador de la comunidad local).

En el caso de los programas del área de tratamiento y rehabilitación, la coordinación se realiza mediante convenios interinstitucionales (CONACE, MINSAL, FONASA, SENAME, Gendarmería) lo que asegura un buen funcionamiento de la misma. La labor del CONACE en la creación y mantenimiento de la red de prestadores asociados es un aspecto muy importante, especialmente al momento de entrar en vigencia la ley sobre responsabilidad Penal Adolescente, que requirió de la existencia previa esta Red a nivel de todo el país con anterioridad a la entrada en vigencia de la ley.

(b) Gestión y Coordinación con programas relacionados

La oferta programática de CONACE no presenta duplicidades con otros programas. En el caso de los programas de tratamiento existe complementariedad con las coberturas de atención garantizadas en salud por el Garantías Explícitas en Salud (GES) para la población menor de 20 años. Este último asegura tratamiento para la población menor de 20 años, mientras los programas de CONACE benefician a población que supera dicha edad y que no está cubierta por el primer sistema. La única excepción es el caso de los adolescentes -entre 14 y 18 años- infractores de ley con consumo problemático, que por ley deben ser atendidos por los programas CONACE.

Con respecto a la gestión y coordinación con otros actores externos, cabe destacar la relación que CONACE tiene con las iglesias católica y evangélicas.

Esta relación se enmarca en el compromiso suscrito por el Gobierno de Chile, a través del CONACE, y la mesa de trabajo constituida por obispos, pastores, sacerdotes, religiosos y religiosas, agentes pastorales y laicos, el 21 de abril de 2008. Se valora el aporte histórico de las entidades religiosas en la tarea preventiva, a través del desarrollo de acciones e iniciativas de prevención que incorporan la dimensión espiritual. Durante el año 2008 se financiaron 14 proyectos en conjunto con las iglesias, con una inversión de 24.000.000 de pesos.

El potencial implícito en esta relación, dada la alta legitimidad social e inserción territorial de las iglesias en las comunidades locales, puede marcar una gran diferencia al momento de la implantación de sus programas de Prevención. Por ello se valor como una oportunidad positiva para los programas preventivos.

(c) Mecanismos de participación ciudadana

En las distintas etapas del componente de prevención familiar y Previene en la comuna, los mecanismos de participación son adecuados y operan bien, integrando a diferentes actores y organizaciones presentes en cada territorio comunal, a través de instancias que adquieren el nombre de “mesas barriales”, “mesas de prevención”, “mesas territoriales”, “comisión comunal”, entre otras. La forma concreta que adopten estos mecanismos de participación, sin embargo, depende en gran medida del tipo de liderazgo y proactividad del coordinador comunal y de los monitores, de modo que es importante realizar un buen mecanismo de selección de estos, asegurando que cumplan con las competencias requeridas para lograr facilitar la participación. De acuerdo a estudios de satisfacción de usuarios citados en el análisis de eficacia y calidad de este informe¹⁰⁵, el nivel de satisfacción de padres y monitores, con los monitores es adecuado

En el caso del programa de prevención en el ámbito escolar, los mecanismos de participación al interior de la escuela (encuentros de información y motivación del equipo CONACE Previene con centros de padres, centros de alumnos, directores, sostenedores, consejo escolar) están bien definidos y son los adecuados, pues involucran a las que formalmente debieran ser las principales instancias de la comunidad escolar. Sin embargo, la eficacia del mecanismo de participación queda sujeta a que estas instancias efectivamente estén constituidas y funciones regularmente, lo cual no siempre sucede en todos los establecimientos del país¹⁰⁶. Este es un problema potencial o riesgo no

¹⁰⁵ INAP-CESC (2006).

¹⁰⁶ Una buena gestión global de un establecimiento permite alcanzar mejores resultados entre sus estudiantes. Una comunidad que participa se siente más responsable y comprometida con los resultados que ellos alcanzan (Conace 2009, observaciones al informe final).

adjudicable al programa, pero que sí se debe abordar, pues es un supuesto implícito de los mecanismos de participación sugeridos y de sustentabilidad.

En el programa de prevención en empresas, los mecanismos de participación externos a la empresa (seminarios regionales de difusión, capacitación y buenas prácticas) son adecuados. Al interior de la empresa, por su parte, el principal mecanismo es la conformación de un equipo preventivo coordinador, integrado por personas que representan las diferentes sensibilidades y áreas de la empresa, priorizando el área de recursos humanos. Conceptualmente es una instancia que está bien diseñada, ya que quienes conforman estos equipos (cuyos perfiles están sugeridos en la metodología) son personas que representan las diferentes sensibilidades y áreas de la empresa priorizando el área de recursos humanos. Así, el perfil de los integrantes es: encargados de capacitación, bienestar, recursos humanos, gremios, prevención de riesgos, comités paritarios, jefaturas, y en general quienes tengan un liderazgo formal o informal en la empresa sin embargo, hay una gran diversidad de criterios con respecto a cómo se conforman estos equipos en la práctica, lo que depende de las definiciones del el directivo de cada empresa. Sin embargo, depende de cada empresa que el equipo preventivo efectivamente cumpla su función de ser un canal de participación, lo que se podría superar integrando la prevención de drogas dentro de las instancias de prevención de riesgos, como los comités paritarios de higiene que por ley las empresas pueden conformar y los comités bipartitos de capacitación.

Finalmente, en el componente de tratamiento y rehabilitación, los mecanismos de participación son sólo de tipo receptivo (libros o instancias de sugerencias y reclamos, OIRS), pero no existen mecanismos de participación activa, ya sea de las personas tratadas o de sus familiares. Esta es una debilidad del componente

2.2. Criterios de focalización y selección de beneficiarios de los componentes

Los criterios de focalización/selección en los programas preventivos (familia, educación y laboral) son muy generales, lo que se justifica dado el carácter universal de los programas ofrecidos. Sin embargo, sería conveniente explicitar de mejor manera y operacionalizar algunos conceptos que son usados en la práctica como criterios de focalización. Por ejemplo, en prevención familiar, se priorizan familias residentes en comunas con

La incorporación de la comunidad educativa al quehacer del establecimiento, entre lo cual se encuentra la prevención del consumo de alcohol y drogas, se estimula fortaleciendo vínculos y apoyando un estilo de gestión participativa. En este sentido, la Ley N° 19.979, modificó el régimen de jornada escolar completa, creando los Consejos Escolares (CE) para todos los establecimientos educacionales del país. Los CE se constituyen en todos los colegios y liceos subvencionados para mejorar la participación de la comunidad escolar, vinculada más estrechamente a la familia.

Los principales temas a tratar por el CE son: mejorar condiciones para los aprendizajes de los niños, niñas y jóvenes; colaborar con la gestión de escuelas y liceos; trabajar por una mejor convivencia y por la formación integral de los estudiantes. Es en este aspecto en que se ubica la gestión de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo.

Las principales tareas del CE para apoyar la gestión del establecimiento son: Revisar el proyecto educativo institucional (PEI); Compartir responsabilidades para el cumplimiento del Plan Anual Operativo; Propiciar la participación y trabajo en equipo y dar continuidad a las experiencias exitosas de los estudiantes; Trabajar por el bien común y la generación de confianza entre la dirección y la comunidad escolar; Establecer un canal de comunicación efectivo entre los docentes, estudiantes y apoderados, con la dirección y el sostenedor

Las personas que integran los CE son: director, sostenedor, docente elegido por sus pares, presidente de CCAA y el presidente de centro de padres y apoderados."

Todos los establecimientos, que cuentan con financiamiento estatal está funcionando el CE, es más, es una condición para el pago de la subvención que el CE se reúna al menos tres veces en el año. Se debe reconocer la heterogeneidad de su desarrollo en los distintos establecimientos, el Consejo Escolar es la tercera instancia institucional y reglamentada, con roles y responsabilidades definidas (junto a la dirección y a la unidad técnica pedagógica) que lidera la gestión de una escuela, por lo que el trabajo preventivo relacionado con la participación, no sólo se soporta sobre la voluntad personal de algunos actores, sino sobre un anclaje institucional y legal, que por cierto está en desarrollo, pero que comparten todos los establecimientos que conforman la población objetivo de nuestra oferta programática en el contexto escolar.

Previene, que conozcan dicho programa y que tengan disposición a participar, es decir hay autoselección de beneficiarios. Cabe preguntarse si en dicho sesgo no hay implícito una cierta exclusión –no deseada por cierto- de aquellos hogares que requieren acceder a esta oferta programática pero por motivos ajenos a su voluntad no acceden a la información.

En prevención escolar también opera una priorización hacia establecimientos que reciben financiamiento público, lo que parece ser un criterio razonable, aunque la participación efectiva también ocurre por autoselección (demanda e interés de los establecimientos). En prevención laboral la participación de las instituciones públicas es obligatoria por ley, pero la de las empresas privadas también se asegura según la demanda. Parece razonable que una condición para participar de un programa sea el interés efectivo de participar. Sin embargo, esto abre la pregunta por la población que se autoexcluye –por no presentar interés- pero que igualmente presenta el problema que motiva la creación de estas ofertas programáticas.

Por su parte, el componente de tratamiento y rehabilitación, presenta criterios de focalización y mecanismos de selección adecuados pues permiten la derivación de beneficiarios hacia distintos planes de tratamiento, en base al diagnóstico clínico de cada caso.

El único componente que aplica un criterio especial de género para la selección de beneficiarios es el de tratamiento; hay un programa que está focalizado específicamente hacia mujeres, atendiendo a sus especificidades, particularmente las relacionadas con la mayor inserción en el ámbito laboral y la necesidad de cuidado infantil para sus hijos (en caso de tenerlos) mientras dura el tratamiento.

En relación a la Base CONACE - FONASA – MINSAL revisada¹⁰⁷

Respecto a población general, el componente tratamiento y rehabilitación entiende por criterio de focalización el dar atención a beneficiarios del sistema público de salud, que tengan disposición a recibir tratamiento.

Dicho así, esa definición parece más pertinente si se tratara de definir poblaciones objetivo, que para decidir en quienes focalizar el tratamiento.

Si bien, desde una perspectiva de política fuera difícil definir una regla por la cual se excluyese postulantes vulnerables, esto no excluye que, desde una perspectiva de gestión, CONACE sí definiera criterios de medición de cuán “enfocado” está el componente de tratamiento y rehabilitación. Esto permitiría corregir, al menos, las actividades de búsqueda de beneficiarios “más” problemáticos que otros; y afinar los matices de las campañas publicitarias que mejoren su efectividad comunicacional hacia aquellos beneficiarios “más” problemáticos y sus familias “aprobledadas”.

Este criterio de focalización no se ha operacionalizado respecto al establecimiento de niveles específicos medibles para las variables relevantes observadas en el beneficiario tratado al momento del ingreso al programa.

Para graficar lo que se afirma, a continuación procedemos a clasificar los individuos tratados en cada plan, según la distribución conjunta de las variables “diagnóstico de trastorno de consumo” y compromiso bio-psicosocial”.

¹⁰⁷ Antecedentes en Anexo 4.

Puede observarse que las bases de datos, para los 3 planes de población general del año 2008, muestran entre 18% y 26% de los individuos, sin información respecto a ambas variables.

Pero no se sabe si es por falta de diagnóstico o por falta de registro en la base de datos. En cualquiera de los dos casos, es una falla en la gestión que se ha pasado por alto a todos los actores¹⁰⁸.

2.2. Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

No existen criterios explícitos de **asignación de recursos** entre los diferentes programas de Prevención incluidos como componentes de esta evaluación. Los recursos se asignan en función de las necesidades y demandas internas a cada componente. Existe, en la Ley de Presupuestos, una transferencia específica para las regiones a fin de desarrollar programas preventivos, a través de la cual también se puede contratar personal. Salvo esta identificación, no existen criterios de asignación que den cuenta de las necesidades regionales de prevención.

Dentro del componente de prevención familiar, los recursos son asignados en función del diseño del programa de intervención comunal y focalización de coberturas del Previene, estableciéndose así requerimientos de bolsos de familias y capacitación de monitores por comuna y regiones. No se transfieren recursos directamente a los beneficiarios finales, de modo que sólo es controlable el resultado intermedio de monitores habilitados para a su vez habilitar a las familias.

En el componente de prevención escolar, los materiales de difusión son asignados de acuerdo al diseño del programa de intervención comunal vía Previene, en tanto que los materiales preventivos son asignados de acuerdo a la demanda directa de los establecimientos. La entrega de los materiales la hace una empresa distribuidora a los establecimientos, quienes se comprometen a aplicar el programa. Esto sin embargo sólo es posible verificarlo efectivamente en el 10%¹⁰⁹ de los establecimientos a los cuales se hace monitoreo y seguimiento.

En el componente de prevención laboral, el criterio de asignación de los materiales de trabajo y sensibilización es la concentración regional de empresa públicas o bien las empresa privadas asociadas a la actividad productiva predominante en cada región. También se asignan algunos remanentes para difusión en los equipos comunales Previene de cada región. En las empresas e instituciones participante, se hace un seguimiento del avance en las distintas etapas contempladas por la metodología del programa, por parte de profesionales regionales de CONACE adscritos al mismo. Los servicios públicos tienen obligatoriedad de completar el programa hasta la escrituración de la política preventiva, mientras que en las empresas privadas la participación es voluntaria, por lo que no siempre concluyen todas las etapas. En el caso particular de empresas y servicios públicos se asignan también recursos para difundir e implementar efectivamente la política diseñada esto se hace mediante convenio directo de las

¹⁰⁸ Respecto de la última frase del párrafo precedente cabe señalar que si bien el registro de las mencionadas variables es del 82% y 74%, respectivamente, a través de la supervisión asesoría a los centros, se ha ido mejorando la calidad del registro, aún cuando falta llegar al 100%.

¹⁰⁹ Se realiza un proceso de monitoreo al 10% de una muestra aleatoria, al azar y representativa de todos los establecimientos participantes en la implementación de los programas de prevención en todas las regiones del país.

instituciones con CONACE, lo que asegura una adecuada rendición de cuentas y estados de avance contra pagos,

En el caso del componente de tratamiento y rehabilitación, los criterios de asignación de recursos entre regiones, sub-componentes y al interior de los sub-componentes son adecuados, estando regulados por convenios de transferencia entre CONACE, MINSAL y FONASA (y SENAME en el caso de adolescentes infractores con consumo problemático) que establecen condiciones claras para entrega de fondos y rendición de los mismos.

Por último, en el caso de CONACE Previene, los recursos son asignados directamente desde el nivel central a las comunas, sin existir asignaciones regionales, según cumplimiento en los porcentajes de rendición acordados y grado de cumplimiento de la planificación anual. El traspaso de recursos está regulado por convenios directos entre CONACE y el municipio respectivo, lo que asegura un adecuado control de los mismos. Sin embargo, se observa una debilidad del modelo de asignación de recursos, en la dependencia de los profesionales del equipo comunal de Previene con el municipio (por el cual son contratados a honorarios) y no están integrados dentro de la escala de remuneraciones y beneficios del personal a contrata de esta institución, como tampoco del personal de planta de los municipios. Esto los coloca en una situación de vulnerabilidad laboral que desincentiva su permanencia en los equipos comunales, en caso de surgirles alguna alternativa laboral en condiciones de mayor estabilidad; esto explica la rotación en estos puestos detectada por el estudio complementario contratado para efectos de esta evaluación¹¹⁰. A esta debilidad se suma el hecho que los profesionales de los equipos comunales tienen una doble dependencia: programática con CONACE y administrativa con el municipio, modelo que requiere para su buen funcionamiento que ambas instituciones estén alineadas en sus visiones y objetivos.

2.3. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la Unidad Responsable

En lo que respecta al seguimiento y evaluación de los distintos componentes, CONACE cuenta con bases de datos disponibles que incluyen la información necesaria y suficiente para la gestión del programa, las cuales son actualizadas periódicamente. Con dicha información se da cuenta del estado de avance de la planificación anual y del cumplimiento de metas¹¹¹. El sistema COLABORA es el instrumento, incorporado a la intranet del portal web del CONACE, que permite el monitoreo y la consulta en línea y al día del avance de los programas respecto de sus coberturas. Este instrumento se da en el marco del Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) Institucional.

En adición, los componentes de Educación, Familia y Conace Previene se realizan periódicamente análisis de la información lo cual permite realizar el acompañamiento y monitoreo según necesidades detectadas.

Las bases de datos permiten cuantificar los indicadores de la matriz de marco lógico y generar información pertinente, de calidad y oportuna, siendo la mayoría de ellos objeto de seguimiento por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda a través del Programa de Mejoramiento de la gestión PMG.

¹¹⁰ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). "Procesos de Gestión Territorial CONACE Previene en la Comuna - Informe final - Estudio complementario". DIPRES – CONACE. Santiago de Chile.

¹¹¹ A través de los instrumentos que la administración del estado ha dispuesto para tales efectos (Programa de Mejoramiento de la Gestión – PMG (Dipres), Programación Gubernamental (Minsejpres), Estrategia de Seguridad Pública (Interior), etc.).

En el caso del componente de tratamiento, la información generada retroalimenta la toma de decisiones, dado que los registros del sistema COLABORA están asociados directamente a transferencias de recursos inter-institucionales. En los demás componentes, la información sirve como antecedente para definiciones o decisiones de lineamientos de política global, pero no hay evidencia que se use para decisiones de asignación de recursos o focalización¹¹².

Los estudios de evaluación realizados a los programas son independientes y permiten identificar logros y debilidades de los componentes, tanto con respecto a procesos, gestión, como a resultados. En el caso de tratamiento y rehabilitación, se han realizado cambios al programa, con la apertura de nuevas líneas (por ejemplo, diferenciación de programa mujeres respecto de programa población general) y la re-definición de planes, precios y modalidades de tratamiento.

En el sitio web de CONACE están disponibles de manera abierta todas las encuestas nacionales de población general y población escolar de consumo de drogas. Respecto de otros estudios, en algunos casos hay disponibles resúmenes o descripciones generales pero no siempre los informes completos. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas permite describir tendencias de consumo y prevalencias de distintas drogas en la población general. Sin embargo, metodológicamente sirve para establecer una línea de base de la Estrategia Nacional e Drogas, pero no de cada uno de los componentes en particular, porque el objetivo de este instrumento es la caracterización epidemiológica de la población y no está diseñada para estimar o medir directamente impacto de las políticas y programas implementados.

Los indicadores referidos a consumo de drogas, que contiene la Estrategia Nacional de Drogas 2003 – 2008 (END), son monitoreados al ser incluidos en todos los informes de las encuestas nacionales de población general y escolar. En algunos estudios se han incorporado variables destinadas a evaluar específicamente la eficacia de los programas, como en el caso del Programa Quiero Ser, para el cual se incluyeron algunas preguntas en el estudio en población escolar del año 2005.

La información de estos estudios nacionales ha sido de gran valor al momento de diseñar y elaborar los contenidos de los programas que implementa CONACE, tal es el caso de factores como el involucramiento paterno y la percepción de riesgo, cuya importancia como factor protector del consumo de drogas, fue demostrada en los estudios de

¹¹² Uno de los ejes centrales de la gestión de prevención en el sistema escolar dice relación con el sistema de seguimiento y evaluación, que lo componen:

- El sistema de registro de inscripción y ficha central de antecedentes de los establecimientos educacionales, se actualiza año a año y es la base para detectar los requerimientos y necesidades de los establecimientos. De acuerdo a este sistema, nos permite la distribución de recursos según matrícula informada, en relación a materiales técnicos, de difusión, asignación de recursos humanos en programas focalizados o selectivos, jornadas de capacitación, entre otros.
- Sistema de monitoreo de la implementación al 10% de establecimientos al azar, que registra niveles de aplicación de programas y de desarrollo preventivo en los colegios. Este sistema ha permitido la reformulación del Programa Yo Decido, ya que se detectó su bajo nivel de aplicación. De la misma forma, gracias a este sistema, se orientó el diseño de una guía para abordar consumo y tráfico de drogas dirigido a directores, ya que se detectó su baja participación en los programas regulares.
- Sistema de evaluación cualitativa y registro de bitácoras por región, en el marco del proceso de acompañamiento y asistencia técnica. Permite orientar el acompañamiento técnico de los equipos de regiones y de los equipos comunales a los establecimientos educacionales, de acuerdo a su nivel de desarrollo preventivo. Los establecimientos educacionales se clasifican en nivel 1, nivel 2 y nivel 3, siendo los primeros los establecimientos con mayor necesidad de acompañamiento técnico ya que se encuentran en una etapa inicial de desarrollo preventivo.
- Jornadas de evaluación por regiones y comunas, en donde se informa respecto a la implementación de los programas de prevención, así como las nuevas necesidades del mundo escolar. De estas jornadas se detectaron las necesidades relacionadas con incorporar el tema de alcohol al material de enseñanza media y abordar el tráfico de drogas en los colegios.
- Todos estos sistemas sirven además para definir y orientar el proceso de acompañamiento a los equipos regionales.

población general de los años 2004 y 2006, sirviendo de base para elaborar o ajustar los contenidos de los programas Prevenir en Familia y los Programas de Prevención en el Sistema Escolar y con Soldados Conscriptos.

La base de datos de FONASA, en el caso de beneficiarios de tratamiento y rehabilitación, es utilizada de manera regular como parte del proceso de gestión y transferencia de recursos¹¹³.

Si bien la información que CONACE dispone a partir de esta base es relevante, se advierte que, “la calidad de los datos para las prestaciones y otros indicadores clínicos no siempre son registrados adecuadamente en el sistema informático¹¹⁴”. Esto se refiere a las estadísticas específicas de los beneficiarios, logros terapéuticos, cumplimiento de protocolos, logros de gestión, focalización del programa, entrega de prestaciones y egresos o abandonos, por lo cual la base de datos no es confiable para evaluar la efectividad del programa de tratamiento, pero sí la gestión de pagos mensuales.

Esto indicaría que, si bien la base tiene un importante potencial para la generación de información epidemiológica y de gestión que sirva a la retroalimentación y adecuación del programa, hasta ahora ha sido subutilizada.

Siendo FONASA-MINSAL el prestador de los servicios contratados por CONACE, la precariedad de esta información refuerza la idea que el componente de Tratamiento y Rehabilitación no tiene una lógica enfocada a lograr resultados finales del tratamiento (alta terapéutica) en los beneficiarios, sino que prima una lógica de entrega de servicios a aquellos que se acercan a solicitarlo.

¹¹³ La base de datos a partir del año 2006 muestra los logros terapéuticos alcanzados por las personas al momento de egresar de tratamiento, esta evaluación corresponde a la apreciación que hace el equipo o profesional tratante, acerca del grado de logros obtenidos en relación a los objetivos planteados para la persona consultante al ingreso del tratamiento. Los criterios Incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante. En su oportunidad, se entregó al Panel la tendencia de los últimos 3 años, en el cual se muestra un leve ascenso año a año, además se propuso esta variable como indicador de eficacia.

¹¹⁴ Conace (2009). Comentarios al Informe Preliminar, pp.13.

3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Eficacia y Calidad del Programa

3.1. Desempeño del Programa en cuanto a la Producción de Componentes

A continuación se presenta un cuadro con la descripción de los indicadores de la matriz de evaluación del programa y un breve análisis de pertinencia.

Cuadro 28
Descripción de los Indicadores de la Matriz de Evaluación y Análisis de Pertinencia

Enunciado del Objetivo	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	Pertinencia del indicador
PROPÓSITO Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional	Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene.	$(N^{\circ} \text{ de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene.} / N^{\circ} \text{ de personas que conocen el programa Previene}) * 100$	Insuficiente para la medición de resultados a nivel de propósito. Aporta a la evaluación de la calidad del proceso
COMPONENTE Prevenir en Familia Padres y adultos significativos han sido habilitados para ejercer rol preventivo	Nº de nuevos monitores formados que cuentan con materiales (bolso de familia) para la aplicación del programa	Corresponde a un dato. Fórmula de cálculo incompleta, falta denominador	Insuficiente, debe ser relacionado con un referente ej. Nº total de monitores acumulados en el período anterior, así medir el incremento de nuevos monitores o tener una meta
	Nº de familias participantes del programa	Corresponde a un dato. Fórmula de cálculo incompleta, falta denominador	Insuficiente, debe ser relacionado con un referente ej. Población objetivo, así medir la cobertura
COMPONENTE Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo Niños, niñas y adolescentes se han prevenido en establecimientos educacionales	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y aplican los programas preventivos	$(\text{Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y que aplican los programas preventivos año } t / \text{Total de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año } t) * 100$	El indicador es adecuado permite medir eficacia del proceso
COMPONENTE Trabajar con Calidad de Vida Instituciones públicas y empresas privadas han instalado una política preventiva	Porcentaje de aumento de instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de Prevención "Trabajar con calidad de vida".	$(N^{\circ} \text{ de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año } t / N^{\circ} \text{ de instituciones públicas que implementan el programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año } t - 1) * 100$	El indicador es adecuado permite medir crecimiento del programa (ampliación de la cobertura)

Cuadro 28 (Cont.)
Descripción de los Indicadores de la Matriz de Evaluación y Análisis de Pertinencia

Enunciado del Objetivo	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	Pertinencia del indicador
COMPONENTE Tratamiento y Rehabilitación Personas con consumo problemático de drogas han sido tratadas en planes de tratamiento y rehabilitación	Porcentaje de personas tratadas en los programas de tratamiento ofrecidos por Conace	$(\text{N}^\circ \text{ de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas año } t / \text{N}^\circ \text{ total de potenciales demandantes por problemas asociados al consumo de drogas año } t) * 100$	El indicador es adecuado permite medir cobertura
	Porcentaje de meses de tratamiento del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población General efectivamente ejecutados	$(\text{N}^\circ \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL efectivamente ejecutados} / \text{N}^\circ \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL planificados}) * 100$	El indicador es adecuado permite medir cumplimiento de la producción planificada
COMPONENTE Conace-Previene en la Comuna Estrategia de prevención se ha instalado a nivel comunal	Porcentaje de personas que conocen el programa Previene	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que conocen el programa Previene} / \text{N}^\circ \text{ de personas consultadas}) * 100$	El indicador evalúa la visibilidad del programa a nivel colectivo. Es insuficiente para medir la eficacia del proceso

Cuantificación del nivel de producción de los componentes

Componente 1: Prevenir en Familia

El componente se propone habilitar a padres y adultos significativos para ejercer rol preventivo a través de la intervención que hacen monitores capacitados. El siguiente cuadro muestra la producción del componente en tanto: meta planificada para la formación de monitores, monitores formados, monitores capacitados¹¹⁵, monitores que replican, bolsos, familias participantes y habilitadas.

Cuadro 29
Nivel de Producción Componente Prevenir en Familia
Periodo 2005-2008

Identificación de los Bienes o Servicios	2005	2006	2007	2008	Total Periodo
Meta planificada formación de monitores	12.000	12.000	12.000	8.000	44.000
Monitores formados	14.200	5.332	9.848	14.119	43.499
Monitores capacitados	3.026	2.963	3.180	5.200	14.369
Monitores que replican	1.346	1.423	1.406	2.270	6.445
"Bolsos" entregados a los monitores	7.535	4.667	6.517	4.000	22.719
Familias participantes	64.539	70.397	66.948	55.836	257.720
Familias habilitadas	32.342	34.749	20.313	32.266	119.670

Fuente: Conace 2009

¹¹⁵ Quienes finalizaron la formación

El porcentaje de familias habilitadas respecto de la población potencial fue de 0,6% tanto para el 2005 como para el 2008. Este porcentaje respecto de la población objetivo es de 6% para el 2005 y de 5,8% para el 2008. Para ambos indicadores se aprecia una baja en el año 2007, posiblemente afectada por una mayor rigurosidad en la aplicación de un criterio de participación mínima (5 sesiones).

La consideración de la familia habilitada como beneficiarios para el cálculo de la cobertura corresponde a una medida más adecuada para la evaluación del desempeño en comparación a la familia participante. En este caso, el beneficiario corresponde a aquel que efectivamente ha recibido el beneficio esto es, la "habilitación". En este sentido, estos porcentajes aportan insuficientemente al logro del objetivo, lo que se agudiza si se considera que la población objetivo definida por "aquellas que conocen el programa", dejando fuera un amplio margen de la población que requiere del fortalecimiento de factores protectores e intervención sobre los riesgos.

La tasa de monitores que replica por población potencial es de 2,5 por 10.000 familias para el 2005 y de 4,2 por 10.000 familias para el 2008. Esta tasa sube en relación a la población objetivo a 25 monitores que replican por 10.000 familias en el 2005 y a 41 por 10.000 en el 2008. Si se considera que un monitor puede replicar en condiciones óptimas a 40 familias al año¹¹⁶, se necesitarían 14.000 monitores aproximadamente para toda la población objetivo definida. Esto corresponde a 250 monitores que por cada 10.000 familias ubicando al programa en el 16,4% del rendimiento esperado, lo que se evalúa como un aporte discreto al cumplimiento del objetivo.

Cuadro 30a
Relación Monitores que replican y Familias habilitadas con Población Potencial y Objetivo
Periodo 2005-2008

Identificación de los Bienes o Servicios	2005	2006	2007	2008	Promedio del Periodo
Población Potencial	5.293.772	5.347.571	5.401.372	5.455.168	
Población Objetivo	541.428	546.751	552.074	557.397	
Familia habilitada/Familia Potencial	0,6%	0,6%	0,4%	0,6%	0,6%
Familia habilitada/Familia Objetivo	6,0%	6,4%	3,7%	5,8%	5,4%
Monitor que replica/100.000 Familias (PP)	2,5	2,7	2,6	4,2	3,0
Monitor que replica/100.000 Familias (PO)	25	26	25	41	29

El porcentaje de familias que participan en la capacitación respecto de aquellas que logran cumplir un mínimo de 5 sesiones ("habilitadas") oscila entre 30,3% y 57,8%, siendo el último valor el correspondiente al año 2008. Si bien entre los años 2005 y 2007 el porcentaje de familias habilitadas respecto de las que participan descendió de 50,1% a 30,3%, el cambio de enfoque orientado a asegurar la permanencia de las familias en la capacitación más que la participación aislada, permitió repuntar la cobertura del último año de evaluación. Ello indica que el programa ha incrementado la calidad de sus servicios generando una mayor retención de los beneficiarios. La relación de producción se observa en el siguiente cuadro:

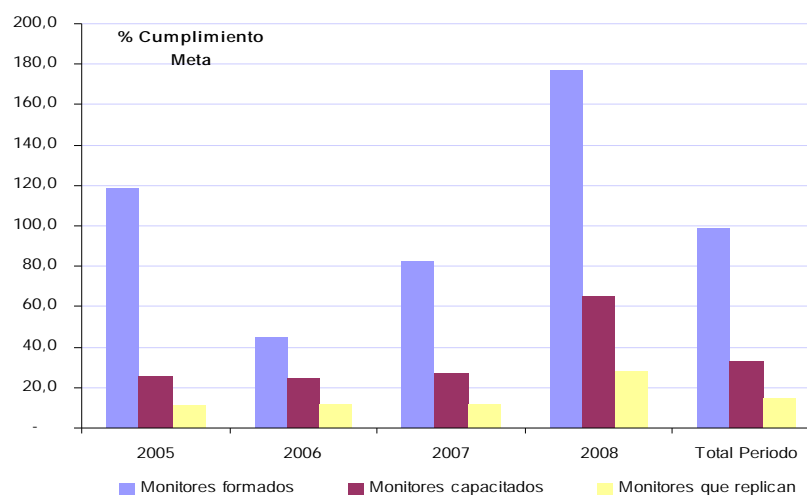
¹¹⁶ 10 familias cada 2 meses aproximadamente.

Cuadro 30b
Relación de Bienes o Servicios Componente Prevenir en Familia
Periodo 2005-2008

Identificación de los Bienes o Servicios	2005	2006	2007	2008	Promedio del Periodo
Monitores formados/Meta planificada	118,3%	44,4%	82,1%	176,5%	98,9%
Monitores capacitados/Meta planificada	25,2%	24,7%	26,5%	65,0%	32,7%
Monitores que replican/Meta planificada	11,2%	11,9%	11,7%	28,4%	14,6%
Familia participante/familia habilitada	50,1%	49,4%	30,3%	57,8%	46,4%
Monitor que replica /monitor capacitado	44,5%	48,0%	44,2%	43,7%	44,9%
Bolso/Monitor que replica (Unidad)	5,6	3,3	4,6	1,8	3,5
Familia habilitada/Bolso (Unidad)	4,3	7,4	3,1	8,1	5,3
Familia habilitada/Monitor que replica (Unidad)	24,0	24,4	14,4	14,2	18,6

El gráfico muestra el porcentaje de cumplimiento de meta respecto a los monitores que inician la formación, los monitores que finalizan su capacitación y quienes la replican.

Gráfico 2
Monitores Formados, Capacitados y que Replican
Porcentaje de Cumplimiento de la Meta Anual
Periodo 2005-2008



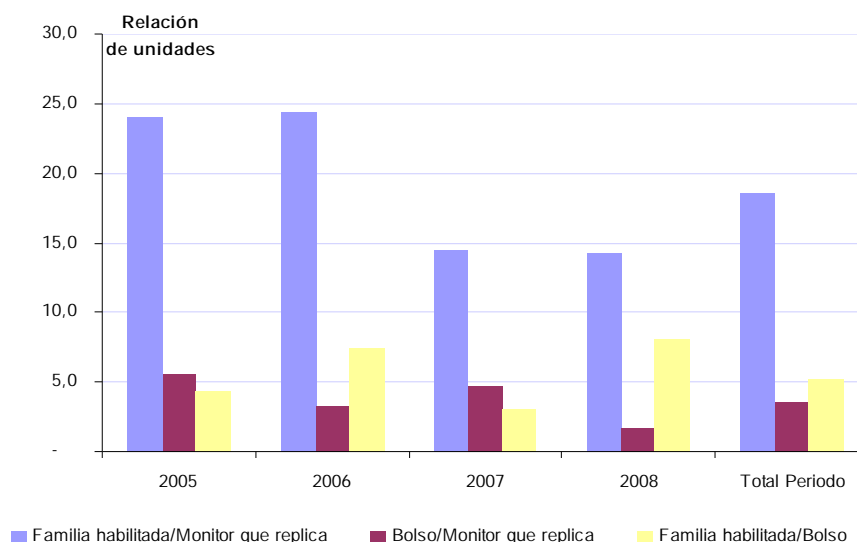
En el gráfico siguiente se aprecia la relación entre: familias habilitadas, monitores que replican y bolsos entregados. La disminución en la relación familia habilitada/monitor que replica (de 24 a 14 aprox.) se explica por el esfuerzo del programa de aumentar la capacidad de replicar de los monitores respecto de los que se capacitan. Si bien se ha señalado que ha aumentado el porcentaje de familias habilitadas respecto de las participantes, este aumento no es suficiente para mantener la relación (familia habilitada/monitor que replica) observada en los años 2005 y 2006.

En cuanto a la relación bolso/monitor que replica, ha descendido de 5,6 a 1,8 unidades, lo que debiese optimizar el gasto del programa. Este punto será analizado en el capítulo correspondiente.

La relación de familia habilitada/bolso entregado ha sido oscilante en el periodo. Sin embargo, en el 2008 alcanza un mayor rendimiento (8,1 familias por bolso). Esto se

explica básicamente por la disminución en la entrega de bolsos, de 7.535 en el 2005 a 4.000 en el 2008.

*Gráfico 3
Relación (unidad) entre Familias habilitadas, Monitores que Replican y Bolsos entregados
Periodo 2005-2008*



En este programa se aprecian esfuerzos por optimizar el rendimiento del componente en tanto familias habilitadas respecto de las familias participantes y la entrega de bolsos respecto a los monitores que replican y la habilitación familiar. Sin embargo, estos esfuerzos no son suficientes para aumentar su producción.

Actualmente se cuenta con un total acumulado de 120.000 aprox. de familias habilitadas en el periodo, lo que corresponde al 21.54% de la cobertura nacional (teniendo como referencia la cifra total de la población definida como objetivo). Si además se considera que el componente Prevenir en Familia es sólo uno de los ámbitos entre muchos más que caracteriza la complejidad del fenómeno intervenido, se señala que su producciones insuficiente para el logro del propósito.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

El componente se propone prevenir a niños, niñas y adolescentes en establecimientos educacionales. El siguiente cuadro muestra la producción del componente en tanto: Distribución directa a los establecimientos del material técnico requerido para la aplicación de los distintos programas preventivos, Capacitación docente para la habilitación en la implementación de los programas, Capacitación a distintos actores de la comunidad educativa: directores, orientadores, centros de padres, centros de alumnos y consejo escolar, Realización de sesiones de aplicación escolar a los estudiantes, Acompañamiento a la aplicación de los programas a más del 10% de los establecimientos, y Monitoreo con un 10% aleatorio de los responsables de prevención de las unidades educativas.

Cuadro 31
Nivel de Producción Componente Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo
Periodo 2005-2008

Identificación de los Bienes o Servicios	2005	2006	2007	2008	Promedio del Periodo
Distribución de material en establecimientos ed	9.778	10.577	11.565	11.799	10.930
<i>Meta distribución material en establecimiento educación</i>	<i>(9.010)</i>	<i>(10.116)</i>	<i>(11.500)</i>	<i>(11.600)</i>	<i>(10.557)</i>
Distribución de material s/estudiantes beneficia	3.061.584	3.355.555	3.452.143	3.586.839	3.364.030
<i>Meta distribución material por estudiantes beneficiarios</i>	<i>(3.000.000)</i>	<i>(3.300.000)</i>	<i>(3.700.000)</i>	<i>(3.500.000)</i>	<i>(3.375.000)</i>
Capacitación a docentes	18.165	9.289	10.494	18.287	14.059
<i>Meta capacitación a docentes</i>	<i>(1.201)</i>	<i>(5.800)</i>	<i>(9.000)</i>	<i>(11.990)</i>	<i>(6.998)</i>
Capacitación actores comunidad educativa	4.987	3.170	3.620	34.191	11.492
<i>Meta capacitación según actores comunidad educativa</i>	<i>(3.296)</i>	<i>(5.300)</i>	<i>(3.400)</i>	<i>(10.403)</i>	<i>(5.600)</i>
Sesiones aplicadas/sesiones planificadas	50%	65%	70%	71%	64%
Acompañamiento a la aplicación en estableci.	1.500	1.700	1.850	2.335	1.846
<i>Meta (10%) acompañamiento aplicación en establecim.</i>	<i>(1.150)</i>	<i>(1.500)</i>	<i>(1.700)</i>	<i>(1.641)</i>	<i>1.498</i>
Monitoreo responsables prevención	1.200	1.200	1.200	1.200	1.200
<i>Meta (10%) monitoreo responsables prevención</i>	<i>(900)</i>	<i>(1.200)</i>	<i>(1.200)</i>	<i>(1.200)</i>	<i>1.125</i>

Fuente: Conace 2009

El cuadro siguiente muestra el porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades planificadas para la implementación del programa¹¹⁷.

Cuadro 32
Porcentaje de Cumplimiento de la Meta Anual
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo Periodo 2005-2008

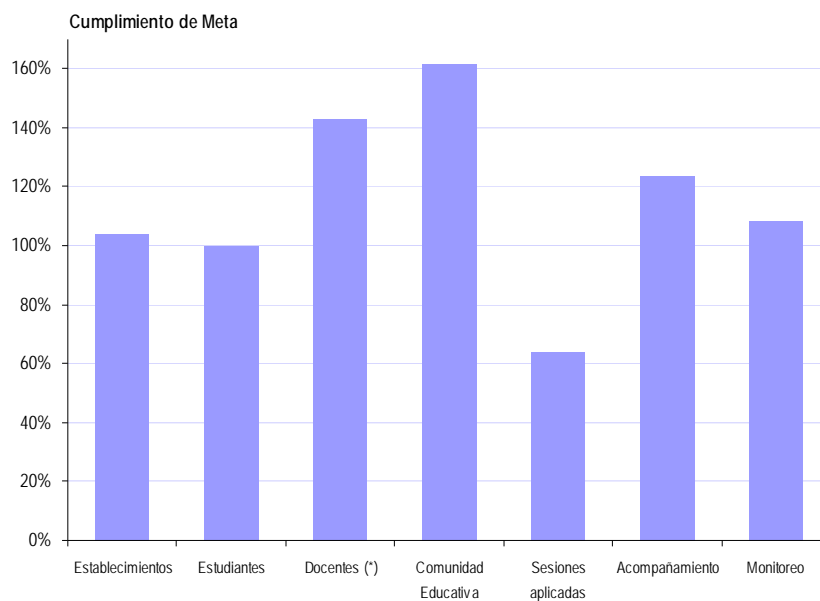
Cumplimiento Porcentual de Meta	2005	2006	2007	2008	Promedio del Periodo
Distribución de material a establecimiento educacionales	109%	105%	101%	102%	104%
Distribución de material según estudiantes beneficiarios	102%	102%	93%	102%	100%
Capacitación a docentes	1512%	160%	117%	153%	485%
Capacitación a actores comunidad educativa	151%	60%	106%	329%	162%
Sesiones aplicadas/sesiones planificadas ¹¹⁸	50%	65%	70%	71%	64%
Estudiantes/Docente Capacitado	169	361	329	196	264
Acompañamiento a la aplicación en los establecimientos	130%	113%	109%	142%	124%
Monitoreo responsables prevención	133%	100%	100%	100%	108%

¹¹⁷ Es necesario tener en consideración que lo que se expresa en el cuadro precedente corresponde a una suma y división simple de porcentajes, que en rigor corresponden a distintos "n" (metas) en cada año correspondiente, por lo que desde nuestro punto de vista no es adecuado, ya que los resultados no reflejan fielmente la proporción de cumplimiento de las metas.

¹¹⁸ Muestra aleatoria al 10% de establecimientos participantes (Conace, 2009)

En el gráfico se aprecia el promedio de cumplimiento porcentual de las actividades del programa según las metas definidas para el periodo 2005 – 2008. La mayor parte de las actividades supera la meta comprometida, destacándose el cumplimiento logrado por las capacitaciones dirigidas a docentes y a actores de la comunidad sobrepasando ambos más del 40% de lo planificado. El más bajo de los porcentajes corresponde a la relación entre sesiones aplicadas respecto a las programadas que alcanza un 64% del promedio.

Gráfico 4
Actividades planificadas
Porcentaje Promedio de Cumplimiento de la Meta Anual
Periodo 2005-2008



(*) El promedio del periodo no considera el año 2005.

Monitoreo a Implementación de Programa de Prevención Escolar

El programa realiza un monitoreo¹¹⁹ a establecimientos educacionales, a través de una encuesta aplicada a los coordinadores de los programas dentro de los establecimientos de las quince regiones del país.

Este monitoreo se ha realizado durante los años 2007 y 2008. El cuadro siguiente muestra el porcentaje de aplicación de los programas según el curso de enseñanza básica al que le corresponde su aplicación. Se considera como aplicación tres o más sesiones ejecutadas.

¹¹⁹ El monitoreo se realiza a una muestra estratificada por región del país, mediante afijación proporcional, es decir, cada estrato tiene un número de elementos en la muestra proporcional a su tamaño. A estas muestras se les asigna una fracción de muestreo de a lo menos un 10% de establecimientos educativos como muestra mínima esperada, su vez, se considero una sobremuestra de un 5% adicional en el caso de haber reemplazos de colegios (Conace, 2009).

Cuadro 33
Porcentaje Aplicación de Programas del Continuo Preventivo Escolar de Conace
Resultados del Monitoreo

Programa	Curso	Año	
		2007	2008
En busca del tesoro	Pre Kinder	42,2	52,8
	Kinder	71,7	57,0
Marori y Tutibu	1º Básico	75,5	73,9
	2º Básico	75,4	76,0
	3º Básico	78,1	75,7
	4º Básico	77,5	74,2
Quiero Ser	5º Básico	81,7	79,3
	6º Básico	81,3	80,3
	7º Básico	82,6	71,2
	8º Básico	81,0	69,5
Total		74,7	71,0

Fuente: Conace 2009

Los porcentajes de aplicación de los programas fluctúan entre el 42,2% para el Pre Kinder en el 2007 y un 82,6% para el 7mo básico en el mismo año. El promedio general es de un 71% para el 2008.

El monitoreo también registra la relación entre la cantidad de alumnos participantes y los profesores capacitados. La razón entre profesores-estudiantes, es de 1/48 (2008), habiendo disminuido en 3 estudiantes por docente capacitado desde el año anterior. Ello indica una mejor optimización de los servicios entregados por el componente.

Respecto a la relación entre estudiante beneficiario y el número de profesores capacitados, el sistema de monitoreo aleatorio (10%) de la institución da cuenta de una razón 1/48 muy diferente de la calculada en base al total de los beneficiarios y docentes capacitados 1/196 para el 2008. Esto confirma la necesidad de revisar la definición de beneficiarios, dado que el sistema de monitoreo considera un mínimo de aplicación y asistencia a sesiones planificadas.

Cuadro 34
Razón Alumnos por Profesor Programas del Continuo Preventivo Escolar de Conace
Resultados del Monitoreo

AÑO	Profesores Capacitados	Alumnos Participantes	Razón Alumnos por Profesor
2007 (n=1.224)	10.699	556.185	52,0
2008 (n=904)	5.742	272.653	47,5

Fuente: Conace 2009

Actualmente se cuenta con un promedio estimado de 3.364.030 estudiantes beneficiarios del programa, lo que corresponde al 93,3% de la cobertura nacional. Se estima un 71% de aplicación para el año 2008. Ambos indicadores dan cuenta de una implementación adecuada del programa. Sin embargo los indicadores no dan cuenta de los resultados esperados del programa en tanto producto. Esto es: niños, niñas y adolescentes prevenidos en establecimientos educacionales.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

El componente se propone instalar una política preventiva en los Organismos Públicos y en las Empresas Privadas. El siguiente cuadro muestra la producción del componente en tanto: Taller de diseño de una política preventiva y Escrituración de la política.

*Cuadro 35
Nivel de Producción Componente
Trabajar con Calidad de Vida
Periodo 2005-2008*

Identificación de los Bienes o Servicios	2005	2006	2007	2008	Total del Periodo
Población Beneficiaria Organismos Públicos (OP)	110	49	137	241	134
Población Beneficiaria Empresas Privadas (EP)	56	68	196	220	135
Organismos Públicos con Política escriturada	93	30	29	34	47
Organismos Públicos con taller ejecutado	99	37	46	43	56
Empresas Privadas con Política escriturada	36	39	67	31	43
Empresas Privadas con taller ejecutado	39	46	84	47	54

Fuente: Conace 2009

El cuadro siguiente muestra el porcentaje de cumplimiento de metas de las actividades planificadas para la implementación del programa.

*Cuadro 36
Porcentaje de Cumplimiento según beneficiarios
Trabajar con Calidad de Vida
Periodo 2005-2008*

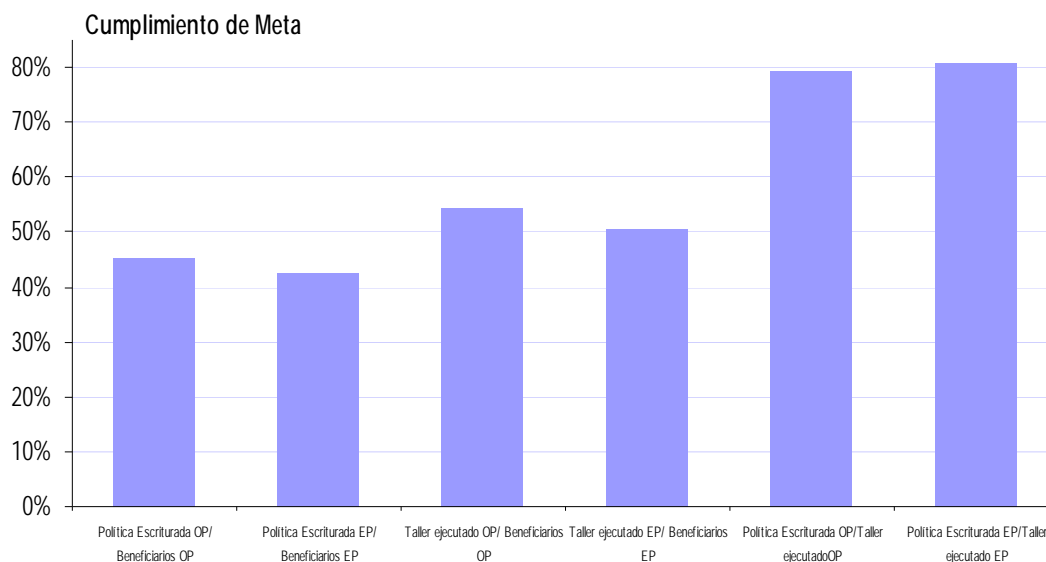
Cumplimiento Porcentual	2005	2006	2007	2008	Promedio del Periodo
Política Escriturada OP/ Beneficiarios OP	85%	61%	21%	14%	45%
Política Escriturada EP/ Beneficiarios EP	64%	57%	34%	14%	42%
Taller ejecutado OP/ Beneficiarios OP	90%	76%	34%	18%	54%
Taller ejecutado EP/ Beneficiarios EP	70%	68%	43%	21%	50%
Política Escriturada OP/Taller ejecutado OP	94%	81%	63%	79%	79%
Política Escriturada EP/Taller ejecutado EP	92%	85%	80%	66%	81%

Los indicadores han tenido una evolución positiva. Se esperaría que en el mediano plazo el 100% de las empresas públicas tuvieran implementado el programa.

La cobertura ha sido medida en base a los beneficiarios, entendidos como las empresas públicas y privadas que inician un proceso de implementación de la política con acompañamiento del CONACE. Si bien esto ha aumentado, existe una baja significativa en el porcentaje de empresas que culminan el proceso en relación a las que lo inician. Esto da cuenta de un cumplimiento insuficiente al objetivo del componente que corresponde a la instalación de la política preventiva en el ámbito laboral.

En el gráfico se aprecia el promedio de cumplimiento porcentual de las actividades del programa según las metas definidas para el periodo 2005 – 2008. La mayor parte de las actividades supera el 40% respecto a las instituciones beneficiarias definidas. Los mayores porcentajes se encuentran en la relación taller ejecutado y política escriturada, con un 80% aproximadamente para ambos tipos de organismos.

Gráfico 5
Promedio de Cumplimiento según beneficiarios Trabajar con Calidad de Vida
Periodo 2005-2008



Cumplimiento Porcentual	2005	2006	2007
Política Escriturada OP/ Beneficiarios OP	85%	61%	21%
Política Escriturada EP/ Beneficiarios EP	64%	57%	34%

Considerando que las políticas de las instituciones y empresas que ingresaron al sistema durante el 2008 tienen un período anual para definir las, por tanto el trabajo puede terminar en diciembre del presente año (2009), se observa que la relación entre las organizaciones tanto públicas como privadas que escrituran con base a la población beneficiaria respectivamente ha descendido en el periodo 2005 – 2007, de 85% a 21% para los organismos públicos y de 64% a 34% para las empresas privadas.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

El servicio central del componente refiere a la Unidad de Tratamiento (Mes/Persona), definida de la siguiente manera: un mes en que una persona con problemas de consumo de sustancias ilícitas participa de un Plan de Tratamiento y Rehabilitación. Este plan contempla un conjunto de intervenciones y prestaciones recomendables asociadas al cumplimiento de los objetivos terapéuticos del mismo, de acuerdo al proceso terapéutico en que se encuentra. De manera operacional se desagrega de la siguiente manera, según subcomponentes:

Cuadro 37
Descripción Unidad de Tratamiento

Subcomponente	Unidad de Tratamiento (Mes/Persona)
Población General	- Diagnóstico integral del problema - Abordaje a factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático - Preparación para el egreso del plan y apoyo a integración socio ocupacional
Población Mujeres	- Acogida, contención emocional y diagnóstico integral o confirmación diagnóstica - Intervención en los factores que inician y mantienen el consumo problemático - Preparación para el egreso del plan y apoyo a la integración socio ocupacional - Seguimiento posterior al alta terapéutica del plan
Infractores de Ley Infanto-Juveniles	- Acogida, contención emocional y diagnóstico integral del problema - Abordaje a factores que intervienen en el inicio y mantención del consumo problemático - Preparación para el egreso del plan - Período de post tratamiento o seguimiento

Fuente: Conace 2009

El siguiente cuadro muestra la producción del componente en Unidades de Tratamiento entregadas.

Cuadro 38
Nivel de Producción del Componente Subcomponentes de Tratamiento y Rehabilitación
Periodo 2005-2008

Subcomponente	Identificación de los Bienes o Servicios	2005	2006	2007	2008
Población General	Población Beneficiaria	6.158	5.497	6.122	7.127
	Unidades entregadas <i>Metas Programada s(Mes/Persona)</i>	19.779 (17.303)	20.171 (16.815)	22.691 (19.478)	29.048 (27.169)
Población Mujeres	Población Beneficiaria	NC	364	522	756
	Unidades entregadas <i>Metas Programada s(Mes/Persona)</i>	NC	1.607 (1.475)	2.279 (1.930)	3.564 (3.126)
Infractores de Ley Infanto-Juveniles	Población Beneficiaria	NC	NC	1.405	3.313
	Unidades entregadas <i>Metas Programada s(Mes/Persona)</i>	NC	NC	8.571 (4.893)	20.215 (17.403)

Fuente: Conace 2009

El cuadro siguiente muestra el porcentaje de cumplimiento de metas de las Unidades de Tratamiento planificadas y la proporción de ellas por beneficiarios.

Cuadro 39
Porcentaje de Cumplimiento de la Meta Anual
Tratamiento y Rehabilitación
Periodo 2005-2008

Subcomponente	Cumplimiento de Meta	2005	2006	2007	2008	Promedio del Periodo
Población General	Unidades entregadas/ Población Beneficiaria	3,2	3,7	3,7	4,1	3,7
	Unidades entregadas/ Metas Programadas	114%	120%	116%	107%	114%
Población Mujeres	Unidades entregadas/ Población Beneficiaria	NC	4,4	4,4	4,7	4,5
	Unidades entregadas/ Metas Programadas	NC	109%	118%	114%	114%
Infractores Infanto-Juveniles	Unidades entregadas/ Población Beneficiaria	NC	NC	6,1	6,1	6,1
	Unidades entregadas/ Metas Programadas	NC	NC	175%	116%	146%

El mayor número de Unidades de Tratamiento por beneficiario lo presenta el subcomponente Infractores de ley infanto-juveniles con 6,1 meses promedio por persona.

Luego le sigue el subcomponente mujeres con 4,5 meses promedio y finalmente, población general con 3,7 meses promedio por persona.

Respecto al cumplimiento de meta, todos los subcomponentes superan el 100%.

Ahora bien, la comparación internacional señala que tal variabilidad se encuentra dentro de los estándares habituales para éste tipo de tratamiento (UN, 2003:5)

Si bien los indicadores presentados en la matriz son pertinentes, no se ha realizado el análisis de ellos porque el primero¹²⁰ refiere a cobertura –no a producción-. Y el segundo¹²¹, no se diferencia del indicador de cumplimiento de metas programadas ya analizado.

Además, este indicador aparece solo medido en último año (2008) y señala valores inconsistentes a los analizados.

El componente cumple con las metas planificadas y entrega el servicio en las unidades de tiempo (meses) esperadas según estándares. Ambos indicadores son insuficientes para la medición de la producción relacionada al propósito pues se requiere conocer, entre otros aspectos, si los meses de tratamiento corresponden a una permanencia continua o interrumpida. La continuidad en los tratamientos en salud mental asegura una mayor probabilidad de logro de objetivos terapéuticos (Minsal, 2000). Por otra parte, se desconoce la situación de egreso de la población atendida, la que puede variar desde la calificación de alta terapéutica hasta el abandono del tratamiento.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

El servicio entregado por CONACE Previene en la Comuna corresponde a los procesos que forman parte de la instalación y desarrollo del programa CONACE Previene y que se despliegan anualmente en cada comuna que lo implementa, considerando las particularidades de acuerdo al nivel de desarrollo del mismo. La instalación y el desarrollo del programa considera: Diagnóstico comunal, Proceso de Planificación, en base a sectorialización y operacionalización territorial, Proceso de Gestión e Implementación Comuna y Proceso de Evaluación.

Estos procesos han sido cumplidos en un 100% en relación a la meta planificada para todos los años del periodo analizado.

En este sentido cabe destacar la disponibilidad de las autoridades municipales a aportar económicamente en la implementación del componente, indica el alto nivel de compromiso comunal existente, lo que deriva en un apoyo tangible en el logro del objetivo propuesto. Como se puede apreciar en el cuadro, el porcentaje de comunas que aportan financiamiento a la ejecución oscila entre el 99% y el 92%, siendo un porcentaje óptimo dado que indica sustentabilidad del componente, a pesar de la tendencia a la disminución.

¹²⁰ Eficacia/Producto: "Porcentaje de personas tratadas en los programas de tratamiento ofrecidos por CONACE". Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas año } t / N^{\circ} \text{ total de demandantes por problemas asociados al consumo de drogas año } t) * 100$

¹²¹ Eficacia/Proceso: "Porcentaje de meses de tratamiento del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población General efectivamente ejecutados". Fórmula: $(N^{\circ} \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL efectivamente ejecutados} / N^{\circ} \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL planificados}) * 100$

Cuadro 40a
Comunas que realizan aportes al financiamiento del Programa

Descripción	2005	2006	2007	2008
Total Comunas Previene	92	97	105	140
Comunas Previene con Aporte Municipal al Programa	89	96	100	129
N° Municipio sin Aporte CONACE	3	1	5	11
Porcentaje respecto al total de Comunas Previene	97%	99%	95%	92%

Fuente: Conace 2009

Por otra parte, es necesario destacar que desde el punto de vista presupuestario el aporte de los municipios corresponde a un tercio de los aportes entregado por CONACE tal cual se aprecia en el siguiente cuadro:

Cuadro 40b
Aportes Municipales y CONACE al financiamiento del Programa

Descripción	2005	2006	2007	2008
Total Aporte Municipal	683.010.538	708.978.063	908.125.407	1.198.829.167
Total CONACE	2.578.200.000	2.680.830.830	2.930.558.980	3.550.226.186
% Municipio sobre Aporte CONACE	26,49%	26,45%	30,99%	33,77%

Fuente: Conace 2009

El porcentaje de personas que conoce el programa en la comuna respecto del total de habitantes¹²², es de un 11,6% para el año 2007. Dado que el periodo no cuenta con más mediciones no es posible su comparación.

3.2. Desempeño del Programa a nivel de Propósito

3.2.1. Análisis de Cumplimiento del Propósito

En relación al indicador presente en la matriz a nivel de propósito es:

“Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa”

Tal como ya se ha señalado este indicador es insuficiente para la medición de resultados a nivel de propósito, lo que no permite realizar un análisis de cumplimiento del mismo. Aporta a la evaluación de la calidad del proceso.

Para conocer el grado de avance en el logro de los resultados alcanzados a nivel de propósito se ha contratado un estudio¹²³ para analizar los resultados de la Encuesta Nacional de Drogas (años 2004, 2006 y 2008) a fin de identificar variables y, en base a ellas, construir indicadores que den cuenta, directa o indirectamente, de los logros alcanzados en la prevención del consumo de drogas.

Tanto el Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile y el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar entregan información epidemiológica valiosa y confiable a nivel país, respecto a la situación del consumo de drogas en Chile. Esta información permite una aproximación a los resultados obtenidos en materia de prevención del

¹²² Eficacia/Producto: “Porcentaje de personas que conocen el programa Previene”. (N° de personas que conocen el programa Previene / N° de habitantes de comunas que cuentan con Previene)*100

¹²³ Anexo 5

consumo, ofreciendo la posibilidad de generar indicadores a nivel de propósito, resultados intermedios y de proceso, que se pueden utilizar para realizar un seguimiento de la oferta programática Conace.

Sin embargo, es importante resaltar que el análisis de estos indicadores no puede ser comprendido como una evaluación directa a nivel de resultados finales de la acción de intervención de Conace, pues para ello se requiere de criterios adecuados y pertinentes del análisis de la magnitud de su impacto a nivel nacional, esto es tener claridad respecto a la envergadura y cobertura de su acción. La encuesta no cuenta con indicadores apropiados para identificar de manera precisa y adecuada las acciones realizadas, simplemente, debido a que las encuestas no tienen un propósito evaluativo de la intervención de CONACE, sino más bien, un carácter epidemiológico que provee de información clave para tener una mirada general y confiable de la situación nacional y regional, que contribuya a la definición y perfeccionamiento de la *Estrategia Nacional de Drogas*.

Teniendo esto en cuenta, es relevante considerar los estudios realizados hasta ahora para la formulación de estrategias y políticas particulares en el área de la prevención, control y tratamiento focalizados. Respecto a sus resultados, el último estudio en población general evidencia que entre el 2006 y el 2008 se han producido alzas en las percepciones de riesgo¹²⁴ en población general del consumo de cocaína desde un 69% a un 75%, pasta base desde un 77% a un 81%; sin embargo, en el caso de la marihuana, la percepción del riesgo ha disminuido desde un 88% a un 84% en el mismo período¹²⁵. Por otro lado, el consumo de marihuana ha disminuido desde un 7,2% hasta un 6,4%; mientras el consumo de cocaína ha aumentado desde un 1,3% a un 1,8%; y el consumo de pasta base también ha aumentado de un 0,6% a 0,7%. Un buen resultado asociado a los esfuerzos preventivos de la *Estrategia Nacional*, remite a los datos que muestran que la precocidad (proporción de prevalentes que se ha iniciado antes de los 15 años) en el consumo de drogas no ha aumentado en el último período (2005-2007). En el caso de la marihuana los prevalentes que se han iniciado antes de los 15 años fluctúa alrededor al 10% en población general mientras que en población escolar lo hace alrededor de un 45%, mostrando en este último caso una leve caída de 4 puntos porcentuales.

Estos y otros indicadores obtenidos a partir de la encuesta, dan cuenta de un mejoramiento y en algunos casos estancamiento en su evolución de los indicadores que miden los resultados de la Estrategia Nacional de Drogas. Esto refuerza la necesidad de contar con programas orientados a la prevención del consumo en sus distintos niveles, especialmente dirigidos a poblaciones vulnerables, niños/as y jóvenes.

¹²⁴ El aumento o mantención de una alta percepción de riesgo constituye un objetivo de la acción preventiva. La evidencia internacional y nacional muestra la existencia de una relación inversa entre percepción de riesgo y prevalencia de consumo por tipo de droga (Ahumada, 2009).

¹²⁵ Algunas explicaciones respecto de la baja en la percepción de riesgo del consumo de marihuana se relacionan con la postura pública de algunos grupos influyentes del país que promueven la legalización de su consumo considerando que la sustancia no es dañina y que incluso podría tener virtudes medicinales. Esto contribuiría a la "normalización" de su consumo en el imaginario colectivo, disminuyendo la percepción de riesgo sobre tal sustancia (Ahumada, 2009).

Algunos de los indicadores propuestos por este estudio son:

Cuadro 41
Indicadores de Propósito Propuestos

Ámbito de la acción preventiva	Indicador	Resultado
PREVENCIÓN	Percepción de riesgo ante uso regular de marihuana y uso ocasional de cocaína y pasta base (por tramo de edad)	La percepción de riesgo ha disminuido para todas las drogas entre los jóvenes de 12 y 25 años
	Acuerdo con que la mayoría de los jóvenes fuma marihuana	El 61% de la población general cree que la mayoría de los jóvenes usa marihuana
	Prevalentes marihuana, cocaína, pasta base y drogas último año	15% de consumo de marihuana en escolares
	Precocidad marihuana, cocaína y pasta Base	No existe fuerte evidencia de que haya disminuido

La tendencia más clara y negativa de los indicadores expuestos corresponde a la creciente aprobación del uso de marihuana en adolescentes junto con el progreso del consumo de marihuana en jóvenes mayores de 18 años (Población General).

3.2.2. Beneficiarios Efectivos del Programa

Los beneficiarios efectivos del programa no son homogéneos, presentando cada componente una unidad destinataria distinta. A su vez cada componente *ad intra*, presenta dos maneras distintas de expresar a sus beneficiarios, encontrándose tanto beneficiarios individuales (personas) como beneficiarios colectivos (familias, establecimientos educativos, empresas, organizaciones públicas y comunas), como se puede apreciar a continuación:

Componente 1: Prevenir en Familia

Se refiere a las familias participantes en el Programa Previene Comuna. Desde esta definición la unidad de análisis corresponde a familias.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

Se refiere a estudiantes pertenecientes a establecimientos educacionales que se han inscrito voluntariamente para implementar los programas de prevención en el sistema educativo a través de la página web de CONACE. En esta inscripción, el director o miembro del equipo directivo correspondiente, señala los antecedentes del establecimiento, los programas que desea implementar y el número de la matrícula correspondiente, de tal manera de poder enviar el material respectivo para cada uno de los estudiantes, así como los manuales para el establecimiento. Desde esta definición se asume como unidad de análisis tanto a los establecimientos como a los estudiantes matriculados en los mismos.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

Se refiere a todos los Servicios Públicos, de acuerdo a lo indicado en Ley 20.000, así como los Municipios, sobre todo aquéllos incluidos en Previene Comuna

Empresas, grandes y medianas, vía demanda espontánea, sobre todo aquellas pertenecientes a comunas con Previene.

Se asume como unidad de análisis a las entidades colectivas, y a los individuos trabajadores en las mismas, como dos maneras distinta de expresión de los beneficiario,

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

Los Programas para Población General y Población Específica Mujeres Adultas, refieren a personas que requieren y están dispuestos a recibir el tratamiento de rehabilitación, siendo sus beneficiarios Hombres y Mujeres con consumo problemáticos de drogas ilícitas, mayores de 19 años beneficiarios de FONASA. El programa dirigido a Infractores, atiende a Adolescentes con consumo problemáticos de drogas que reciben tratamiento en los centros en convenio con CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME. En el Anexo sobre Población Beneficiaria se presenta información que permiten caracterizar dichas poblaciones.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

Se refiere a las 200 comunas indicadas en la Estrategia de Seguridad Nacional (2006); focalizándose en las comunas con mayor densidad poblacional y comunas vulnerables¹²⁶.

ENFOQUE DE GÉNERO

En relación al enfoque de género no se presentó en los componentes referidos a prevención (1, 2, 3 y 5). Tampoco se presentó en el subcomponente Programa Población General, ni en el subcomponente Programa Infractores Adolescentes, por consiguiente no es posible analizar dicho ítems a nivel de indicadores que midan los efectos en la población correspondiente. Solo se encuentra presente en el Programa Mujeres, pero no se definen indicadores de género.

En relación a los beneficiarios efectivos del programa, se presentan a continuación las magnitudes alcanzadas en su cobertura, según componentes

*Cuadro 42
Número de Beneficiarios Efectivos
Período 2005-2008*

Componentes	Unidades	2005	2006	2007	2008	% Variación 2005-2008
Prevenir en Familia	Familias	64.539	70.397	66.948	55.836	-13,48%
	Personas ¹²⁷	193.617	211.191	200.844	167.508	-13,48%
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo	Establecimientos	9.514	10.625	10.876	11.165	17,35%
	Estudiantes	3.061.584	3.355.555	3.452.143	3.586.839	17,16%
Trabajar con Calidad de Vida	Empresas	56	68	196	220	292,86%
	Instituciones públicas	110	49	137	241	119,09%
	Personas	101.762	67.176	76.148	216.270	112,53%
Tratamiento y Rehabilitación	Población General	6.158	5.497	6.122	7.127	15,74%
	Población Mujeres	NC	364	522	756	107,69%
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.405	3.313	135,80%
CONACE - Previene en la Comuna	Comunas	92	96	105	140	52,17%

Fuente: Panel Evaluador, referencia CONACE, 2009. Datos sobre Población

¹²⁶ Ver Anexo, listado de comunas beneficiarias del Programa Comuna Previene

¹²⁷ Se calculó el número de personas beneficiarias a razón de 3 individuos por familia (CASEN)

De acuerdo al índice de variación observado en relación a la incorporación de los beneficiarios se puede señalar el aumento en los mismos, siendo relevante la variación positiva del componente Trabajar con Calidad de Vida, indicando un ascenso sobre un 200%, en empresas privadas y sobre 100% en servicios públicos (e individuos). Dicha situación es destacada por tratarse de un componente que se implementa a partir de la demanda espontánea de las empresas. Asimismo, en el extremo opuesto se observa una disminución en el componente Prevenir en Familia, presentando una variación negativa sobre un 10%. Dicha disminución observada al final del periodo dice relación con la incorporación de un criterio de calidad en la aplicación del programa, estableciendo la participación de un mínimo de 5 sesiones para considerar a la familia como beneficiaria del programa.

El resto de los componentes referidos a prevención, también presentan una variación positiva, indicando un continuo en la incorporación de beneficiarios.

La segunda área de intervención, referida a los tratamientos, ha tenido una variación positiva, presentando una mayor diferencia en el programa Infractores de Ley Adolescentes, explicado por su reciente implementación. También se observa la variación del programa dirigido a mujeres, siendo notoriamente menor la variación en el programa para población general. El aumento en menor escala de la cobertura en el Programa Población General refiere a lo siguiente en el período de evaluación se robusteció el Plan Básico, debido a que la complejidad de los perfiles a tratar requería de mayores intervenciones¹²⁸. Otra variable importante para entender esta situación es que cada vez los usuarios permanecen más tiempo en tratamiento en los distintos planes y eso hace que la cobertura no aumente.

3.2.3. Análisis de Cobertura

El análisis de cobertura se basará fundamentalmente en las magnitudes provistas en los Antecedentes, identificadas como población con el problema (Población Potencial); a alcanzar (Población Objetivo) y su relación con los Beneficiarios Efectivos.

A continuación se presentan las magnitudes tanto individuales (personas) como colectivas (unidades agregadas), que refieren a la población potencial, objetivo y beneficiaria, en el periodo de evaluación.

Detalle de las magnitudes identificadas para la población potencial, en el periodo de evaluación en relación a la población efectivamente beneficiada, por componente:

¹²⁸ Otra razón ha sido el aumento en la implementación de planes de tratamiento de mayor complejidad y de mayor valor, entre el año 2007 y 2008, los planes ambulatorio intensivos, experimentaron un aumento del 76% y los planes residenciales de un 59%, esto ha ido acorde con las orientaciones técnicas, que han ido priorizando programas de mayor especialización, mientras el Minsal, ha ido fortaleciendo programas de menor complejidad, como son los instalados en la Atención Primaria.

Componente 1: Prevenir en Familia

*Cuadro 43
Prevenir en Familia
Análisis de Cobertura Años 2005-2008*

Coberturas	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Familias	5.293.772	5.347.571	5.401.372	5.455.168
	Personas	16.267.278	16.432.674	16.598.074	16.763.470
Población Objetivo	Familias	541.428	546.751	552.074	557.397
	Personas ¹²⁹	1.624.284	1.640.253	1.656.222	1.672.191
Población Beneficiaria	Familias Participantes	64.539	70.397	66.948	55.836
	Personas	193.617	211.191	200.844	167.508
	Familias Habilitadas	32.342	34.749	20.313	32.266
% de Beneficiarios respecto a PP	Familias	1,22%	1,32%	1,24%	1,02%
	Personas	1,19%	1,29%	1,21%	1,00%
% de Beneficiarios respecto a PO	Familias	11,92%	12,88%	12,13%	10,02%
	Personas	11,92%	12,88%	12,13%	10,02%
% de Familias habilitadas respecto a PP		6,0%	6,4%	3,7%	5,8%
% de Familias habilitadas respecto a PO		0,6%	0,6%	0,4%	0,6%

Fuente: Panel Evaluador, referencia CONACE, 2009. Datos sobre Población

En el componente Prevenir en Familia, en relación a la Población Potencial, las coberturas alcanzadas no llegan a 1,5%, sin presentar diferencia significativa entre la cobertura hacia los individuos o los colectivos (familias).

En Prevenir en Familia las coberturas alcanzadas en relación a la Población Objetivo, superan el 11%, sin presentar diferencia entre la cobertura hacia los individuos o los colectivos (familias), sin embargo llama la atención la tendencia hacia la disminución de la cobertura en los últimos tres años de la evaluación. Esta disminución puede explicarse por la incorporación de la exigencia de un mínimo de 5 sesiones para considerar "habilitada" a una familia participante, lo que incide en la baja de la cobertura, esperándose un aumento de la misma en el futuro.

El porcentaje de familias habilitadas respecto de la población objetivo, es un indicador útil para la evaluación de la cobertura, el cual es 6% en 2005 y disminuye levemente a 5,8% en 2008.

¹²⁹ Se calculó el número de personas beneficiarias a razón de 3 individuos por familia (CASEN)

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

Cuadro 44a
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo
Análisis de Cobertura Años 2005-2008

Coberturas	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Establecimientos	14.151	14.458	14.479	12.213
	Estudiantes	4.115.936	4.158.618	4.133.995	3.798.892
Población Objetivo	Establecimientos	13.844	13.997	13.999	14.248
	Estudiantes	3.828.224	3.874.179	3.845.867	3.845.867
Población Beneficiaria	Establecimientos	9.514	10.625	10.876	11.165
	Estudiantes	3.061.584	3.355.555	3.452.143	3.586.839
% de Beneficiarios respecto a PP	Establecimientos	67,23%	73,49%	75,12%	91,42%
	Estudiantes	74,38%	80,69%	83,51%	94,42%
% de Beneficiarios respecto PO	Establecimientos	68,72%	75,91%	77,69%	78,36%
	Estudiantes	79,97%	86,61%	89,76%	102,63%

Fuente: Panel Evaluador, referencia CONACE, 2009. Datos sobre Población

El componente Educación, durante el 2005 intervino 9.514 establecimientos educativos y a través de ellos se estima que llegó a 3.061.584 estudiantes. En 2008 estas cifras correspondían a 11.165 y 3.586.839 establecimientos y estudiantes respectivamente. La cobertura en 2007 fue de 74,4% respecto de la población potencial y 80% respecto de la población objetivo; mientras estas coberturas correspondieron a 93,3% y 86,8% respectivamente. El aumento de la cobertura es evaluado positivamente.

Estas estimaciones parten del supuesto de que todos los estudiantes del establecimiento que participa son "prevenidos". Tal como se ha señalado anteriormente, el sistema de monitoreo aleatorio (al 10% de los establecimientos) da cuenta de una aplicación aproximada del 64% promedio del periodo y de 48 estudiantes por profesor capacitado lo que no corresponde con la relación realizada a partir de la cuantificación de los totales de los beneficiarios y de los docentes capacitados, que alcanza a 196/1 al año 2008. Esto muestra una inadecuada definición de población beneficiaria, lo que distorsiona el análisis de la cobertura.

A partir de estos antecedentes se estimó una cobertura considerando el total de docentes capacitados y calculando el total de estudiantes prevenidos a partir de la tasa de 48 estudiantes por profesor. De esto resulta una cobertura de apenas un 23% de estudiantes que forman parte de la población objetivo de este componente en 2008; cifra que también cuestiona las anteriores cifras de cobertura.

Cuadro 44b
Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo
Análisis de Cobertura Años 2005-2008

Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial (Estudiantes)	4.115.936	4.158.618	4.133.995	4.133.995
Población Objetivo (estudiantes)	3.828.224	3.874.179	3.845.867	3.845.867
Docentes capacitados	18.165	9.289	10.494	18.287
Razón Estudiantes/Prof. Capacitado	s/i	s/i	52	48
Beneficiarios (Estudiantes x Prof. Capacitado)	s/i	s/i	545.688	877.776
<i>Cobertura Población Potencial</i>	<i>s/i</i>	<i>s/i</i>	<i>13,2%</i>	<i>21,2%</i>
<i>Cobertura Población Objetivo</i>	<i>s/i</i>	<i>s/i</i>	<i>14,2%</i>	<i>22,8%</i>

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

Cuadro 45 a
Trabajar con Calidad de Vida
Análisis de Cobertura Años 2005-2008

Coberturas	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Empresas	74.624	74.624	74.624	74.624
	Instituciones públicas	593	593	593	593
	Personas	4.236.479	4.573.862	4.753.407	4.883.069
Población Objetivo	Empresas	2.492	2.492	2.492	2.492
	Instituciones públicas	448	448	448	448
	Personas	3.766.759	4.293.465	4.407.747	4.492.423
Población Beneficiaria	Empresas	56	68	196	220
	Instituciones públicas	110	49	137	241
	Personas	101.762	67.176	76.148	216.270
% de Beneficiarios respecto a PP	Empresas	0,08%	0,09%	0,26%	0,29%
	Instituciones públicas	18,55%	8,26%	23,10%	40,64%
	Personas	2,40%	1,47%	1,60%	4,43%
% de Beneficiarios respecto a PO	Empresas	2,25%	2,73%	7,87%	8,83%
	Instituciones públicas	24,55%	10,94%	30,58%	53,79%
	Personas	2,70%	1,56%	1,73%	4,81%

Fuente: Panel Evaluador, referencia CONACE, 2009. Datos sobre Población

En el caso del componente 3, durante el período 2005-2008 se observa un incremento en la cobertura tanto de las instituciones públicas como privadas. En 2005 se atendieron 56 empresas del sector privado y 110 instituciones públicas, mientras que estas cifras en 2008 correspondieron a 220 y 241 respectivamente, lo que se traduce en un incremento en la cobertura desde 2,3 a 8,8 para el primer grupo y desde 24,6% hasta 53,8% para el segundo. Lo anterior se explica por el énfasis que se le ha dado a la implementación del programa en las instituciones públicas de acuerdo a la obligatoriedad que establece la Ley de Drogas 20.000 del 2005 para este segmento de la población.

Cuadro 45 b
Trabajar con Calidad de Vida
Análisis de Cobertura Años 2005-2008

Unidades	2005	2006	2007	2008
Potencial Empresas	74.624	74.624	74.624	74.624
Potencial Instituciones públicas	593	593	593	593
Objetivo Empresas	2.492	2.492	2.492	2.492
Objetivo Instituciones públicas	448	448	448	448
Empresas Política Escriturada	36	39	67	31
Instituciones públicas Política Escriturada	93	30	29	34
Cobertura Potencial Empresas	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%
Cobertura Potencial Instituciones públicas	15,7%	5,1%	4,9%	5,7%
Cobertura Objetivo Empresas	0,05%	0,05%	0,09%	0,04%
Cobertura Objetivo Instituciones públicas	20,8%	6,7%	6,5%	7,6%

Si se considera la relación (cobertura): organización con política instalada/población objetivo ésta es de 7,6% para las instituciones públicas y de un 0,04% para las empresas privadas.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

*Cuadro 46
Tratamiento y Rehabilitación
Análisis de Cobertura Años 2005-2008*

Coberturas	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Población General	83.921	85.772	94.412	94.412
	Población Mujeres	15.516	15.858	17.078	17.078
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.611	3.800
Población Objetivo	Población General	7.003	7.157	9.348	9.348
	Población Mujeres	2.227	2.276	2.467	2.467
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.611	3.800
Población Beneficiaria	Población General	6.158	5.497	6.122	7.127
	Población Mujeres	NC	364	522	756
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	NC	NC	1.405	3.313
% de Beneficiarios respecto a PP	Población General	7,34%	6,41%	6,48%	7,55%
	Población Mujeres	-	2,30%	3,06%	4,43%
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	-	-	87,21%	87,18%
% de Beneficiarios respecto a PO	Población General	87,93%	76,81%	65,49%	76,24%
	Población Mujeres	-	15,99%	21,16%	30,64%
	Infantoadolescentes Infractores de Ley	-	-	87,21%	87,18%

Fuente: Panel Evaluador, referencia CONACE, 2009. Datos sobre Población

En el componente Tratamiento y Rehabilitación se observan coberturas variadas, en relación a la Población Potencial, dependiendo de cada subcomponente, siendo notorio el punto base de cobertura para el Programa Infantoadolescentes Infractores de Ley, Dicha magnitud corresponde a la reciente incorporación de la población infantoadolescente, vía derivación judicial. (87,21% a 87,18%). Situación contraria se presenta en el Programa Población Específica Mujeres con una cobertura inferior al 5%. (4,43%)

En relación a la cobertura proveniente de la comparación con la Población Objetivo, del componente Tratamiento y Rehabilitación se observan coberturas variadas dependiendo de cada subcomponente, siendo notorio el punto base de cobertura para el Programa Infantoadolescentes Infractores de Ley, contrario al Programa Población Específica Mujeres. En relación al Programa Población General destaca la cobertura alcanzada, (76,24%) sin embargo aun no logra retomar los niveles iniciales (87,93%), pudiendo explicarse tal disminución por la cobertura que ha derivado al Programa de Mujeres.

En el caso del componente 4, durante el período 2005-2008 se observa una mantención de la cobertura respecto a la población potencial para la subcomponente Población General (de 7,3% en el 2005 y un 7,6 en el 2008). El subcomponente Mujeres ha aumentado de un 2,3% en el 2006 a un 4,4% en el 2008. En el caso de los Jóvenes Infractores de ley la población potencial coincide con la población objetivo y se mantiene en un 87,2% tanto en el 2007 como en el 2008.

Respecto a la población objetivo, la cobertura del subcomponente Población General ha disminuido de 87,9% en el 2005 a 76,2% en el 2008. El subcomponente Mujeres aumentó de 16% en el 2005 a 30,6% en el 2008.

En términos globales la cobertura del componente ha aumentado. Esto se explica básicamente por la mantención en la Población General y el aumento paulatino en las Mujeres. Esto contribuye positivamente al cumplimiento de su objetivo.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

*Cuadro 48
CONACE PREVIENE en la Comuna
Análisis de Cobertura Años 2005-2008*

Coberturas	Unidades	2005	2006	2007	2008
Población Potencial	Comunas	345	345	345	345
	Personas	16.267.278	16.432.674	16.598.074	16.763.470
Población Objetivo	Comunas	92	97	105	140
	Personas	10.868.771	11.133.387	11.556.843	13.099.484
Población Beneficiaria	Comunas	92	97	105	140
% de Beneficiarios respecto a PP	Comunas	26,67%	27,83%	30,43%	40,58%
% de Beneficiarios respecto a PO	Comunas	100%	99%	100%	100%

Fuente: Panel Evaluador, referencia CONACE, 2009. Datos sobre Población

CONACE PREVIENE en la Comuna presenta un sostenido aumento en su cobertura a nivel de comunas incorporadas, sobre todo a partir del año 2008(40,58%), en relación a la Población Potencial. La programación de la cobertura a alcanzar en relación a la Población Objetivo, se enmarca en la incorporación de la meta (200 comunas) establecida en la Estrategia de Seguridad Nacional (2006). Sin embargo, el horizonte temporal para el cumplimiento de esta meta es al año 2010. Las metas anuales se establecieron en base a la solicitud presupuestaria correspondiente, desembocando en un 100% de coincidencia entre la población objetivo proyectada y la población beneficiaria alcanzada.

En el caso del componente 5 la cobertura respecto a la población potencial ha aumentado de un 26,7% en el 2005 a un 40,6% en el 2008. Respecto a la población objetivo se ha mantenido prácticamente en el 100% para todos los años.

Ahora bien, si el análisis se realiza por líneas de intervención, la distancia entre la población potencial de Tratamiento y Rehabilitación, es mucho menor que la obtenida en la línea de los componentes de Prevención, dado por las características que definen a los beneficiarios.

El análisis de cobertura en relación a la población objetivo vs la población beneficiaria, presenta la misma disyuntiva, donde el análisis de la unidad individuos sólo es viable en el caso del componente de Tratamiento. En los componentes de Prevención corresponde realizar el análisis de unidades agregadas (familias, establecimientos educativos, organizaciones públicas, empresas y comunas) se presenta un tímido y sostenido ascenso en la cobertura.

Sin duda que en el análisis de cobertura, el área de Tratamiento ha podido avanzar sustantivamente en la incorporación de la población objetivo, a diferencia de los componentes vinculados a la Prevención.

3.2.4. Focalización del Programa (en caso que corresponda)

Todos los componentes del programa han logrado atender y entregar los servicios planificados a la población que se ha propuesto de acuerdo a los criterios de focalización definidos.

3.2.5. Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

El análisis de la satisfacción usuraria se presentará por componentes, de acuerdo a los antecedentes entregados por estudios realizados sobre dicho tema, a saber:

Componente 1: Prevenir en Familia

En la evaluación realizada por Expanzion Consulting Group Ltda, para el año 2009, se señala: *“En general, la gestión del programa es evaluada de forma positiva por padres y monitores, todo lo cual permite aseverar que los productos que ha diseñado el programa están siendo recibidos de forma satisfactoria por su población objetivo”*. (Expanzion Consulting Group Ltda , 2009:72)

Por consiguiente, a nivel de sus beneficiarios directos e intermedios (monitores), los niveles de satisfacción por los bienes y servicios recibidos es adecuado.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

La evaluación realizada por el CONACE (2008) Evaluación del Programa de Prevención Escolar de Drogas “Quiero Ser” Octavos Básicos, arrojó los siguientes resultados sobre los niveles de Satisfacción con el programa:

- En los colegios municipales, un 57% de los alumnos se declara satisfecho con el programa, mientras que en los subvencionados estas declaraciones llegan a 51% y en los pagados a 38%.
- En el nivel socioeconómico bajo se observa la mayor satisfacción con el programa, con un 84%, seguido por el nivel medio-bajo con 57% y el nivel medio con 55%.
- En el nivel socioeconómico medio-alto el 46% de los alumnos manifiestan estar satisfecho con el programa, mientras que en el nivel alto es el caso del 36%. (2008:9)

El programa se encuentra correctamente focalizado en colegios municipalizados y particulares subvencionados, pero no necesariamente en colegios de nivel socioeconómico bajo y medio bajo. La satisfacción y disposición a seguir participando desciende según el nivel socioeconómico: las disparidades en los extremos de la escala socioeconómica son muy amplias. Ello indica, entonces, que los bienes y servicios que entrega el programa no corresponden a la diversidad de las características de la población potencial (colegios particulares), solo “se satisface” al perfil de la población objetivo (establecimientos municipalizados y particulares subvencionados)

Asimismo, la satisfacción es algo menor entre quienes se han iniciado en el uso de drogas, aunque las mermas son más bien suaves. (2008:12)

Si bien la satisfacción varía según nivel socioeconómico, y consumo, está relacionada muy fuertemente con la confianza que se tiene en quien imparte el programa y con la entrega y uso del manual de apoyo.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

En el estudio realizado por Asesorías para el Desarrollo (2008:47), se puede inferir niveles de satisfacción en los empleados de las organizaciones evaluadas, a partir del reconocimiento positivo al proceso de elaboración de la política sobre prevención, el cual permitió visibilizar y sensibilizar en la temática de droga, ya que hasta antes de la instalación del programa, en muchas instituciones era *invisible*.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

En el estudio realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2004:81), se evalúa el grado de satisfacción de los usuarios según los planes de tratamiento dentro del Programa General, siendo los resultados los siguientes: *“Los resultados muestran que, en general, son los usuarios del Plan Básico donde hay mayor satisfacción, en lo relacionado con la satisfacción con las actividades del plan, y con el grado de compromiso con el mismo, con el trato recibido en el centro, con las relaciones humanas establecidas en el centro y la percepción del grado de reinserción obtenido al finalizar el mismo y con el grado de cumplimiento de expectativas que el usuario tenía al entrar en el programa”*.

Asimismo en un estudio anterior en relación a la satisfacción usuaria y de los apoderados, del Componente Tratamiento y Rehabilitación, realizada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile (2001), se debe destacar “que en un tipo de población con daño psicosocial, cualquier acción que permita dar apoyo, permite suplir el tipo de carencias encontradas. De ahí que la evaluación que el usuario o el apoderado hagan respecto de las instituciones que los acogen, tenderá a ser positiva, fundamentalmente por razones como el fenómeno de la deseabilidad social. En lo que a prestadores se refiere la principal área de insatisfacción está dada por la inestabilidad laboral a la que están expuestos algunos de ellos, debido en su mayoría a la incertidumbre de seguir teniendo financiamiento para continuar.” (Escuela de Salud Pública, 2001:11)

La evaluación realizada arrojó los siguientes resultados: La proporción de usuarios que expresaron insatisfacción fue del 1%, sumando los pacientes insatisfechos con los moderadamente satisfechos, alcanzan un número de 44 personas, equivalente al 14,9% de los usuarios entrevistados.

Las variables explicativas¹³⁰ de la insatisfacción son las siguientes: “haber participado en experiencias de tratamientos previas y haber recaído posteriormente, se asocia como un factor de riesgo frente a la presencia de insatisfacción en el usuario”. Por otra parte, y desde el punto de vista de la interacción social, es posible concluir que mantener relaciones positivas y armónicas al interior de un programa de tratamiento y rehabilitación se transforma en un posible factor protector frente a la insatisfacción; del mismo modo, el grado de satisfacción consigo mismo también sería un potencial factor de protección frente a la insatisfacción usuaria.

Desde el ámbito de la medición de calidad, expresada por la satisfacción del usuario y vista de acuerdo con los niveles de complejidad de las instituciones, los usuarios de los

¹³⁰ “Las únicas variables que mostraron asociación en el modelo de regresión logística fueron: “haber completado tratamientos previos”, ($p=0,024$); “relaciones establecidas entre el usuario y sus compañeros de programa” ($p<0,0001$); “satisfacción con su persona o consigo mismo” ($p=0,015$).” (Escuela de Salud Pública, 2001:11)

centros que operan con modalidad¹³¹ Plan Ambulatorio Básico (nivel II), con Plan Ambulatorio Intensivo (III-A) y Plan Residencial (III-B) expresan una satisfacción igual o superior al 85%. En el caso de los centros que prestan atención correspondiente a Plan Complementario IV-A y IV-B, la proporción de satisfacción es de 70,0% y 66,7%, respectivamente. Aún cuando la satisfacción disminuye con respecto a la atención de estos últimos centros, cabe señalar que el número de usuarios insatisfechos y medianamente satisfechos es bajo (n=44). (Escuela de Salud Pública, 2001:12)

Ambos estudios indican los niveles adecuados de satisfacción de los usuarios. Ahora bien, no se conocen antecedentes sobre estudios dirigidos a la población usuaria del Programa de Mujeres, ni de Infractores Adolescentes, lo que pondría dar una imagen más acabada sobre la satisfacción usuaria en relación a Tratamiento y Rehabilitación.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

De acuerdo al estudio realizado por el INAP-CESC (2006:196), sobre el Previene Comuna en general, los resultados obtenidos indican lo siguiente:

- Sobre la Satisfacción de los beneficiarios con los contenidos de la capacitación: los niveles de aprobación de los contenidos son muy altos. En todas las sentencias los encuestados manifestaron estar completamente de acuerdo entre un 50 y un 70 %. Esto se refuerza al ver los porcentajes de las categorías de acuerdo y levemente de acuerdo, que en su conjunto (incluida la mencionada completamente de acuerdo) representan más de un 90% de las respuestas. Esto significa que los contenidos de la capacitación¹³² han sido útiles para los beneficiarios y que todos los temas fueron abordados de forma comprensible para los asistentes.

Respecto a la metodología, es posible aseverar que ésta logró motivar a los participantes y fue eficiente e innovadora en entregar los contenidos, esto queda claramente demostrado en el más de 90% de aprobación en las respuestas de los beneficiarios.

De igual modo, los capacitadores obtienen un alta nota frente a la evaluación de los asistentes, son catalogados de empáticos, motivadores y conocedores del tema entre un 50 y un 65 % de respuestas de la categoría completamente de acuerdo para estas sentencias.

Si bien, los niveles de aprobación al interior de las dimensiones asociadas con la metodología de la capacitación son muy elevados, es importante destacar que los capacitados muestran cierta tendencia a evaluar de mejor forma a los monitores que a las metodologías, relevando especialmente las características de ellos frente a los talleres.

-Sobre la Satisfacción frente a los resultados de la capacitación: Al igual que en el caso de los contenidos y la metodología, los encuestados expresan que los objetivos de la capacitación se cumplieron satisfactoriamente (88,4% entre los completamente de acuerdo y los de acuerdo) y sus expectativas se cumplieron (84,5%). Además, al final de

¹³¹ Los Planes de Tratamiento fueron explicados en el capítulo correspondiente al Diseño del Programa, y refieren a las diferentes modalidades de atención terapéutica que se les ofrece los pacientes siendo el Plan Ambulatorio Básico el de menor complejidad, hasta el Plan Complementario, de mayor complejidad.

¹³²La capacitación es "una de las herramientas metodológicas fundamentales del PREVIENE y representa gran parte del trabajo desarrollado por los equipos. Tanto en la capacitación de monitores, como en el desarrollo de talleres y la asesoría a organizaciones sociales, la labor educativa de los PREVIENE destaca por sobre las otras intervenciones en el territorio. El trabajo de capacitación a personas de la comunidad, en temas de familia, contexto escolar, prevención laboral, presentación de proyectos, es el eje de la lógica preventiva del PREVIENE" INAP-CESC (2006:151)

la capacitación lograron formarse una opinión y quedar motivados frente al tema (91,5 y 86,4% respectivamente).

Es necesario observar que, el nivel de aprobación en cuanto a la percepción de las destrezas adquiridas para hacerse cargo de una situación vinculada al tema, pareciera tener una evaluación menor, ya que al comparar internamente, un 3% se manifiesta levemente en desacuerdo. De todas maneras estos últimos, no representan valores significativos.

Se puede concluir que los capacitados se sienten satisfechos frente al término del proceso, consiguiendo motivarse frente al tema y formándose una opinión cabal de los aspectos tratados en las sesiones. (2006:198),

Los componentes que intervienen vía prevención (I, II, y V) presentan niveles adecuados de satisfacción usuaria tanto en sus beneficiarios directos como entre sus beneficiarios intermediarios (monitores). Finalmente cabe mencionar que no se contó con estudios evaluativos sobre el componente Trabajar con Calidad de Vida, que permitieran evaluar satisfacción usuaria.

3.3. Desempeño del Programa a nivel de Fin

En primer lugar para el análisis del Fin del programa, es necesario tener en consideración que el logro de los objetivos en prevención del consumo de drogas, están determinados por la facilidad de acceso a las sustancias. Así, los estudios nacionales e internacionales al respecto evidencian que existe correlación entre oferta directa de drogas y prevalencias de consumo. En tanto aspectos complementarios de un mismo fenómeno, el análisis de cualquiera de ellos requiere tener como referencia lo que sucede con el otro¹³³.

Considerando que el Fin del programa se orienta a “Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas”, se asume de manera teórica y dada la pertinencia de los componentes que éstos han contribuido al logro del mismo. De acuerdo, al análisis de una serie de estudios evaluativos se puede observar que dicha valoración presenta notables matices. A continuación se presentan los resultados de dichos estudios por componentes.

Componente 1: Prevenir en Familia

Considerando que la familia es el marco de convivencia y aprendizaje fundamental en donde se forja la identidad y la personalidad, es por tanto, la institución primordial para abordar los problemas referidos al consumo de drogas, tal como lo señala la Estrategia Nacional Sobre Drogas 2003-2008, de “Fortalecer y potenciar la capacidad de la familia como principal agente protector” (2003:25).

Desde ese punto de vista el Componente 1, se enfoca en informar y promover una actitud activa de los padres, ya que ésta es indispensable a la hora de prevenir el consumo de drogas. En "la medida que las familias fortalezcan sus factores protectores y mejoren sus competencias como padres, estarán creadas las condiciones para que sus hijos e hijas no consuman drogas o bien, si surge un problema de consumo, puedan frenar su avance y

¹³³ Para desarrollar un juicio crítico respecto de los resultados de los componentes de Prevención y Tratamiento a nivel de Fin, es necesario tener presente la situación económica y social del país; lo que ha sucedido respecto de control de la oferta; y también el desarrollo del fenómeno de las drogas a nivel internacional. Ello muchas veces redundo en mayor disponibilidad de sustancias y por tanto facilita el acceso, particularmente de los jóvenes, más vulnerables al consumo y a conductas arriesgadas vinculadas a las drogas

evitar que se convierta en un problema más grave”, de esta manera queda vinculado la acción del componente al logro del Fin.

Asimismo, de acuerdo a la evaluación realizada por Expanzion Consulting Group Ltda, para el año 2009, se entregan los siguientes resultados:

Al evaluar los efectos del programa sobre la población objetivo, la evidencia levantada permite constatar que el ámbito más sensible a las actividades desarrolladas por este es el informativo; para ser más precisos, el Componente logra entregar información valiosa respecto a las drogas y sus consecuencias a sus beneficiarios directos, los padres, sin embargo, la evidencia muestra también que este efecto es menor en los hijos. Desde dicha evidencia se puede afirmar que el componente contribuye al logro del Fin, a del desarrollo de competencias en los padres para la resolución de conflictos familiares.

No obstante, según los resultados arrojados por la misma evaluación, se puede afirmar que a “la luz de los objetivos programáticos del programa, como la entrega de herramientas para la resolución de los problemas en la familia, un cambio en la actitud de los padres frente al entorno, etc., la evidencia demuestra que los efectos del programa no son los esperados”. (Expanzion Consulting Group Ltda, 2009:72)

El estudio del CONACE (2007: 3)¹³⁴ indica que lo que principalmente logra realizar el programa “Prevenir en Familia” es la creación de una conciencia de los roles que deben asumir los padres en la socialización de sus hijos y una reflexión sobre las habilidades adecuadas e inadecuadas de los padres.

Lo que consigue el programa es que se introduzca como nueva competencia al interior de las familias, con los padres como agentes preventivos, una vinculación del tema de las drogas a los roles paternos y las relaciones en la familia. Uno de los aportes más destacados del programa “Prevenir en Familia” es la mejora de la comunicación entre los padres y los hijos, según afirma cerca del 72% de los participantes. Además de esto, aportó a mejorar la comprensión de los padres del “mundo” de sus hijos, en un 80% de los casos.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

La contribución al Fin, del programa de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, está dada porque el componente parte del reconocimiento de la complejidad de cada individuo y el peso que tienen los factores psicológicos y ambientales sobre sus decisiones. Cabe recordar que el marco conceptual se basa en el modelo de habilidades generales¹³⁵ que integra factores de protección¹³⁶ y de riesgos.

¹³⁴ CONACE. Aportes Evaluativos Al Programa “Prevenir En Familia” Informe De Resultados. Junio 12 de 2007

¹³⁵ El modelo de habilidades generales plantea que, además de entrenar habilidades específicas para rechazar el ofrecimiento de drogas, es necesario entrenar otras habilidades que se involucran en el proceso de crecimiento y toma de decisiones de los jóvenes.

¹³⁶ El modelo de los factores protectores y de riesgo, entiende por factores protectores aquellas situaciones, conductas o elementos que apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo y que disminuyen la posibilidad de consumo. Existen factores protectores asociados a la persona, a su entorno sociocultural y a la droga misma, que en su combinación hacen del consumo o no de cada persona, una forma muy particular y multicausal.

En los factores protectores asociados a la personas se identifican autoestima, autonomía frente al grupo, tolerancia a la frustración, comunicación de los afectos. Entre los factores protectores de la familia destacan, existencia de normas y límites, clima afectivo favorable, reconocimiento de logros y cualidades, estructura permeable y dinámicas, entrega de autonomía y apoyo a sus miembros, entre otros. Entre los factores protectores asociados al contexto escolar destacan clima promotor de integración y participación, que genere la sensación de ser valorados y aceptados en sus diferencias individuales, estimulación del desarrollo personal en los niños y jóvenes, amigos o grupos de pertenencias no consumidores, entre otras.

Otro elemento del diseño del Programa que lo orienta al cumplimiento del Fin, refiere al enfoque preventivo del mismo. El Programa sostiene que el conocimiento está conectado a la vida y no está separado o fragmentado de ésta. El aprendizaje de habilidades se facilita cuando las destrezas educativas son integradas a las experiencias de aprendizaje de la vida. Los aspectos vivenciales, presente en el diseño del programa, visible en los materiales didácticos, fomentan que los estudiantes adquieran más responsabilidad sobre su propio aprendizaje. Esta orientación reconoce a la persona como actor de su desarrollo, es decir confía en las capacidades, potencialidades y poder que cada individuo tiene para modificar y construir la realidad inmediata y para proyectarse a futuro.

De esta manera, el Programa contribuye al Fin, mediante el desarrollo integral de los estudiantes, promoviendo actitudes positivas y reflexivas acerca de la vida, basadas en el respeto, valoración y aceptación de si mismo y de los demás, asumiendo un rol activo respecto a la realidad, favoreciendo habilidades orientadas a la prevención del consumo de drogas.

Asimismo la evidencia internacional, señala al respecto que la prevención escolar de drogas y otras conductas relacionadas, muestra consistentemente que dichos esfuerzos son efectivos, para evitar o disminuir el consumo. Para describir el tamaño de los efectos se han utilizado estudios de meta-análisis, que reportan las diferencias de resultados obtenidos entre grupos experimentales y grupos de control. Los principales meta-análisis (Tobler & Stratton, 1997, y Gottfredson et al., 2001) han reportado efectos positivos, pero con una amplia variabilidad en la magnitud de estos efectos en diferentes estudios.

El análisis de las características de los programas de drogas muestra lo siguiente: los mejores resultados se obtienen en las intervenciones que combinan factores personales y un foco ambiental (ambiente escolar, implementación de normas y expectativas de comportamiento). Botvin (1990) concluye que los programas más efectivos son los que incluyen habilidades para resistir la presión de grupo y las influencias sociales, en combinación o no con otras habilidades conductuales.

Hansen (1992) y Gottfredson (1997) muestran que también es efectivo corregir las percepciones equivocadas que existen respecto del uso de drogas, en particular con ayuda de encuestas que muestran el alcance y características del fenómeno de drogas. Tobler & Straton (1997) descubren que los métodos interactivos son más efectivos que los métodos no interactivos: en este sentido, es posible que el método de aplicación sea muchas veces tan importante como el contenido de los programas.

A nivel nacional, la evaluación realizada por el CONACE (2008) Evaluación del Programa de Prevención Escolar de Drogas "Quiero Ser" Octavos Básicos, arrojó los siguientes resultados. En relación a las diferencias entre grupos con y sin Quiero Ser en la aprobación del consumo de sustancias, se observó que entre los estudiantes que participaron en el programa, el 81% afirma que desaprueba probar marihuana una o dos veces, mientras que en el grupo de quienes no participaron en el programa, esta proporción constituye un 71%. Fumar regularmente marihuana es desaprobado por un 93% de los alumnos con participación en Quiero Ser, mientras que en aquellos que no participaron es de 88%.

Entonces es posible concluir que existen diferencias significativas entre las prevalencias de tabaco, alcohol y marihuana en alumnos de octavo básico que han tenido Quiero Ser y

Los factores de riesgo son aquellas situaciones conductas o elementos que incrementan la probabilidad de consumo. Entre los factores de riesgo asociado al contexto social se encuentran la facilidad de acceso a drogas, promoción de consumo de drogas legales a través de los medios de comunicación, carencias de centros recreativos y programas de ocupación del tiempo libre

quienes no han tenido ningún programa de prevención en los últimos años. Estas diferencias sólo se aprecian en los niveles socioeconómicos bajos y medios: en el nivel socio-económico alto no se aprecia ninguna variación. También se consiguen diferencias en percepción de riesgo y aprobación, especialmente en alumnos de socio-económico medio bajo. El programa modifica la percepción de riesgo respecto del uso experimental de marihuana y respecto del poder adictivo de la marihuana, pero otros aspectos como la percepción de que la mayor parte de los jóvenes usa marihuana o los trastornos de conciencia asociados a su uso no aparecen suficientemente impactados. También las mejoras en conversación con los padres no son demasiado amplias. (CONACE, 2008:29)

Ahora bien, el componente logra disminuir los niveles de consumo. Pero la disminución de los niveles de consumo no depende sólo de las acciones de reducción de la demanda, sino por ejemplo de la oferta existente entre otros múltiples factores.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida Laboral

Este componente contribuye al logro del Fin, en tanto, según el estudio realizado por Asesorías para el Desarrollo (2008:36), se afirma que existe un significativo camino avanzado en lo que respecta a la sensibilización, información y toma de conciencia en el tema. En algunos casos la definición de políticas ha implicado la conformación de equipos comprometidos y la adopción de acciones preventivas integrales que superan lo directamente asociado a la cuestión del consumo de drogas. El mayor mérito que se reconoce a la política tiene que ver con lograr un posicionamiento de la organización en relación al tema y en lo concreto, orientaciones para el abordaje del consumo que evitan despidos automáticos de trabajadores en caso de detección del mismo. Específicamente, las organizaciones evaluadas identifican dos grandes externalidades del programa. La primera es el efecto replicador dentro de la comunidad extra-laboral que tiene el/la trabajador/a capacitado/a y el mejoramiento de los entornos y la relaciones laborales. Este último tema es particularmente sensible en aquellos casos en que no existía antes de la instalación de la política, un interés institucional por la calidad de vida en el trabajo, de modo tal que el programa ha incidido positivamente en levantar este tema. (2008:47).

Si bien, el estudio mencionado no explicita conclusiones sobre impacto, sí entrega elementos que permiten inferir que el componente III, afecta en el logro del Fin, por las externalidades positivas que genera al interior de las organizaciones.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

El informe de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile¹³⁷ (2008:3) presenta los resultados de la evaluación del mantenimiento de logros terapéuticos, en áreas como consumo de drogas, salud física y mental, ocupación, funcionalidad familiar, apoyo social y situación legal desde el egreso de un programa de tratamiento y rehabilitación y hasta 3 años de seguimiento. Para esto se desarrolló un estudio de seguimiento de pacientes egresados de centros de tratamiento que se encontraban en convenio CONACE-FONASA MINSAL el año 2004. A los tres años de seguimiento se mantiene un porcentaje de abstinencia de 37%, significativamente mayor en la personas que egresaron por alta terapéutica.

¹³⁷ Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA

Las sustancias de mayor consumo son el alcohol y la marihuana, mientras que la pasta base y la cocaína son las sustancias que producen mayor nivel de problemas para la vida social y laboral de los consumidores.

El porcentaje de personas dadas de alta que se encuentran estudiando o con trabajo estable ha ido aumentando a medida que progresa el seguimiento, siendo mejor entre las personas que egresaron por alta terapéutica. La participación en actos violentos, actividades ilegales, imputación de cargos y condenas disminuyeron después del tratamiento y se han mantenido bajas tanto personas egresadas por altas terapéuticas como en abandonos.

El estudio de la percepción de salud mental mostró cifras bajas de presencia de sicopatología, mayores en abandonos que en altas terapéuticas y con una tendencia a la estabilización a los tres años de seguimiento. Se encontró una buena percepción de funcionalidad familiar. El nivel de apoyo social encontrado correspondió a un nivel intermedio.

El abandono del tratamiento resultó ser la única variable asociada consistentemente a la recaída en el consumo, tanto al momento del egreso como en todos los tiempos de estudio posteriores.

De acuerdo a las evaluaciones presentadas, se puede apreciar que los componentes vinculados a la prevención, presentan variados niveles de acercamiento al Fin del CONACE, en cambio el componente de Tratamiento presenta mayores niveles de certeza en relación al Fin, debiendo revisar mecanismos a fin de aumentar los niveles de retención de los tratamientos.

Componente 5: CONACE-PREVIENE en la Comuna

De acuerdo al estudio realizado por el INAP-CESC (2006:196)¹³⁸, sobre el Previene Comuna en general, los resultados obtenidos, solo refieren a aspectos del proceso de producción del componente, por consiguiente no se cuenta con evidencia que permita entregar un juicio sustentado sobre el aporte del componente al logro del FIN.

Sin embargo, la oferta preventiva institucional se sustenta en la acción que realizan los equipos CONACE Previene en los territorios de las comunas en que se implementa el programa, acción que se despliega en la puesta en ejecución del componente I fundamentalmente, y de los componentes II y III, en menor intensidad. Dada dicha oferta preventiva institucional, constituida por el resto de los componentes evaluados en esta oportunidad, la implementación de CONACE previene se vincula con el Fin del programa (cabe recordar el carácter de estrategia que se asignó al CONACE Previene).

¹³⁸ El mismo estudio analiza el tema sobre la posibilidad de estimar la evaluación de impacto, ya que a menudo uno de los problemas que posee la medición de impacto, es aislar los factores externos a la intervención. En el caso del programa Previene, si bien es un tema complicado, posee una solución, que no es ni costosa ni metodológicamente complicada. Se propone disponer de un diagnóstico acabado del territorio, donde se pueda detectar la oferta respecto de factores protectores, por la intervención, lo que incide sobre el consumo. Al conocer esta oferta, si bien no se puede aducir la totalidad del cambio sobre la línea de base al Previene, se puede llegar a la conclusión de que, estando el PREVIENE e interviniendo sobre el problema, en conjunto con otros actores en el territorio, "se ha conseguido..." o "no se ha conseguido..." De esta manera no permite esto aislar los efectos externos, pero, permitir distinguir al Previene y ofertas similares, como apoyos de los cambios, positivos o negativos en la población.(INAP-CESC , 2006:325)

4. RECURSOS FINANCIEROS

Porcentaje del Presupuesto Inicial del Programa en relación al Presupuesto Inicial del Servicio Responsable

De acuerdo a la ficha de presentación de antecedentes presupuestarios y de gastos, entregados al panel por parte de CONACE, institución a cargo de la ejecución de los programas; y con la información disponible sobre la Ley de Presupuestos del período 2005-2009 de la Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior, obtenida a través de la página *web* de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, los presupuestos iniciales asignados al servicio responsable y al programa son los que se indica a continuación:

*Cuadro 49
Presupuesto del Programa*

Año	Presupuesto Inicial de la Secr. y Adm. Gral. del Min.del Interior (miles de pesos 2009)	Presupuesto Inicial De CONACE (miles de pesos 2009)	%
2005	45.631.175	14.538.179	31,9%
2006	50.889.243	16.203.155	31,8%
2007	56.839.363	21.160.763	37,2%
2008	68.609.707	26.492.466	38,6%
2009	77.878.154	29.272.805	37,6%

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2009 (www.dipres.cl)

Se aprecia en el cuadro anterior que, entre 2005 y 2009, el presupuesto del programa aumentó 101%, mientras el presupuesto del servicio responsable aumentó 71%, por lo que la participación presupuestaria de CONACE, como porcentaje del presupuesto de la Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior, pasó del 31,9% al 37,6% en el período indicado.

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con los Recursos Financieros del Programa

4.1. Fuentes y Uso de Recursos Financieros

4.1.1. Fuente de Financiamiento

De acuerdo a los antecedentes proporcionados por CONACE, los recursos financieros para solventar el gasto total de la institución a cargo del programa, corresponden al presupuesto asignado en la Ley de Presupuestos aprobado por el Congreso Nacional. A partir del año 2007 CONACE ha recibido recursos adicionales provenientes de la aplicación de la Ley 20.000 (fondo especial Ley de drogas), los que se han ido incorporando anualmente al presupuesto de CONACE.

Como puede apreciarse en el cuadro que sigue, entre 2005 y 2009 el presupuesto pasó de \$14.538 millones a \$29.273 millones, equivalente a un crecimiento del 101%, lo que fue financiado en la Ley de Presupuestos de cada año, por asignaciones presupuestarias que fueron específicas al programa CONACE.

Según la información entregada por CONACE, no habría aportes en presupuesto de otras instituciones públicas, ni recursos extrapresupuestarios, ni otras fuentes de financiamiento (como sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.).

Cuadro 50
Fuentes de Financiamiento del Programa 2005 - 2009 (Millones de \$ 2009)

Fuentes de Financiamiento	2005		2006		2007		2008		2009		Variación 2005-2009		
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	\$	%col	%fila
1. Presupuestarias	14.538	100%	16.203	100%	21.161	100%	26.492	100%	29.273	100%			
1.1. Asignación específica al Program.	11.877	82%	13.181	81%	18.019	85%	22.825	86%	24.776	85%	12.898	88%	109%
1.2. Asignación institución responsab. (item 21, 22 y 29, entre otros)	2.660	18%	3.022	19%	3.142	15%	3.667	14%	4.497	15%	1.837	12%	69%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
2. Extrapresupuestarias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%			
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Total	14.538		16.203		21.161		26.492		29.273		14.735	100%	101%

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2009 (www.dipres.cl)

4.1.2. Gasto Devengado Total

Cuadro 51
Gasto Total del Programa 2005-2008 (Miles de pesos 2009)

AÑO	Gasto Devengado ¹³⁹ de la institución responsable del Programa ¹⁴⁰	Otros Gastos ¹⁴¹	Total Gasto del Programa
2005	15.270.847	0	15.270.847
2006	16.125.754	0	16.125.754
2007	22.050.663	0	22.050.663
2008	27.803.328	0	27.803.328
Variación 2005-2008	12.532.481 82%	0 0%	12.532.481 82%

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2009 (www.dipres.cl)

Puede indicarse que el gasto devengado total, durante el período 2005-2008, ha sido en promedio un 3,6% superior al presupuesto aprobado.

¹³⁹ Gasto devengado corresponde a todas las obligaciones en el momento que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no pagadas (Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005).

¹⁴⁰ Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del Programa".

¹⁴¹ Corresponde a gastos con cargo a recursos aportados por otras instituciones públicas o privadas o los propios beneficiarios.

Cuadro 52
Gasto Total del Programa 2005-2008 (Miles de pesos 2009)

Año	Presupuesto Inicial del Programa (a)	Gasto Devengado (b)	% 100*(b)/(a)
2005	14,538,179	15,270,847	105.0%
2006	16,203,115	16,125,754	99.5%
2007	21,160,763	22,050,663	104.2%
2008	26,492,466	27,803,328	104.9%
Suma	78,394,524	81,250,591	103.6%

Se observa en el cuadro inicial de esta sección, que el gasto total de este programa ha tenido un incremento real significativo de 12.532 millones de pesos (a valores del año 2009) en el lapso de 3 años, correspondiente a un incremento real del 82% respecto del gasto del año 2005

De acuerdo a lo señalado por la institución evaluada, este crecimiento real obedecería a varias razones: al inicio en la implementación de la Ley 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente (infractores de Ley), la cual obliga a CONACE a financiar el tratamiento de todos los jóvenes derivados de la justicia, ya sea en medio cerrado o medio libre, a través del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME; a aumentos anuales para la creación de nuevos PREVIENE; a un aumento de la cobertura para disminuir la brecha en el tratamiento de la población general; a mayores traspasos para la implementación de las nuevas oficinas regionales; a la implementación del Registro Único de Sustancias Químicas y Unidad de Fondo Especial; entre otros. Esto podrá apreciarse más adelante, en la sección que muestra el gasto por componentes.

4.1.3. Gasto Devengado en Personal, Bienes y Servicios, Inversión y Otros

Con respecto al gasto devengado desglosado según personal, bienes y servicios de consumo, inversión, transferencias y adquisición de activos no financieros, se tiene lo siguiente:

Cuadro 53
Desglose del Gasto Devengado¹⁴² en Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2005-2008 (Miles de \$ 2009)

	2005		2006		2007		2008		Variación 2005-2008		
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	\$	%col	%fila
Personal	1.068.871	7%	1.126.511	7%	1.296.481	6%	1.847.514	7%	778.643	6%	73%
Bienes y Servicios de Consumo	1.547.036	10%	1.817.765	11%	1.800.385	8%	2.317.541	8%	770.505	6%	50%
Inversión	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
Transferencias	12.629.594	83%	13.037.638	81%	18.076.448	82%	23.517.297	85%	10.887.703	87%	86%
Adquisici. Activos No Financieros	25.347	0%	53.316	0%	72.768	0%	99.318	0%	73.972	1%	292%
Servicio de la Deuda	0	0%	90.524	1%	804.581	4%	21.658	0%	21.658	0%	0%
Total	15.270.847	100%	16.125.754	100%	22.050.663	100%	27.803.328	100%	12.532.481	100%	82%

Fuente: Ley de Presupuestos (www.dipres.cl) y SIGFE (base de datos SECAGE) de cada año

Puede verse en la última línea del cuadro, que el gasto devengado tuvo un incremento real del 82% entre 2005 y 2008. Esta variación o incremento de 12.532 millones de pesos constantes (pesos del año 2009), se debería en un 87% (10.887,7 millones) a un

¹⁴² Corresponde al gasto con cargo a los recursos consignados en 1.1. y 1.2. del cuadro "Fuentes de Financiamiento del Programa".

incremento en las transferencias, un 6% (778,6 millones) a un incremento del personal, y un 6% (770,5 millones) a un aumento en bienes y servicios de consumo.

De acuerdo con esa clasificación, las transferencias representan la mayor proporción del gasto devengado, y durante el período en análisis, éstas se han movido en un rango que va entre 81% y 85% del gasto total devengado de cada año.

Una mirada horizontal a la evolución anual de cada categoría del gasto, muestra que las transferencias crecieron 86% real entre 2005 y 2008; el gasto en personal creció un 73%; y el gasto en bienes y servicios de consumo creció un 50% en el período indicado.

Respecto de las transferencias, que representan la mayor proporción de los gastos totales, estas deberán quedar explicadas cuando se analice el gasto por componente.

Respecto al crecimiento del gasto en personal, se nos explicó en CONACE que la variación experimentada en el período 2006 al 2007, se originaría principalmente por el reajuste al sector público 5,2%; además, en virtud de la delegación de funciones por parte del Ministerio del Interior, traspaso de cuenta corriente, ingreso de información contable, entre otros, se requirió la contratación de profesionales para las áreas de Tratamiento, Jurídica y Administración.

En relación a la variación experimentada en el período 2007 al 2008, se nos indicó que se habría originado principalmente por el aumento en la dotación correspondiente a funcionarios en el nivel nacional para la implementación de la Ley N° 20.000 en el área de Registro Único de Sustancias Químicas Controladas; y por el traspaso de recursos del ítem de transferencias a regiones al ítem de personal debido a la contratación (a modalidad de contrata, ya que por ser un programa, sólo es posible contratar directamente desde el nivel central) de los coordinadores regionales de cada una de las regiones, lo que implica un aumento de \$302 millones sólo por este concepto.

4.1.4. Gasto por Componente

Como punto de partida, miremos de manera global el gasto total acumulado de los cuatro años del período 2005-2008 bajo análisis y evaluación, desglosado por componente.

Puede verse en el siguiente cuadro-resumen, que la suma total asciende a \$81.250 millones (pesos 2009), de los cuales \$32.348,9 millones (equivalentes al 40% del gasto total acumulado) correspondieron al componente "Tratamiento y Rehabilitación"; \$19.070,9 millones (23%) al componente "PREVIENE" ejecutado a nivel Comunal; \$4.273,5 millones (5,3%) a los componentes de Prevención ejecutados en el ámbito Familiar, Educacional y Laboral; \$20.564,3 millones (25%) a diversos programas menores, aquí agrupados como "Otros Componentes", y \$4.992,9 millones (6%) por concepto de "Gastos de Administración".

Cuadro 54
Gasto Total del Programa 2005-2008 (Miles de pesos 2009)

	Acumulado 2005-2008	
	\$	%
Prevenir en Familia	601.386	1%
Prevención en Educación	3.249.151	4%
Trabajar con calidad de Vida	422.986	1%
Tratamiento y Rehabilitación	32.348.927	40%
CONACE PREVIENE En la Comuna	19.070.951	23%
Otros Componentes (3)	20.564.364	25%
Gastos de Administración	4.992.826	6%
Total	81.250.592	100%

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005) y archivos institucionales.

El gasto total por componente por año, en el período 2005-2008, se indica a continuación:

Cuadro 55
Gasto Total¹⁴³ por Componente 2005-2008 (Miles de \$ 2009)

	2005		2006		2007		2008		Variación 2005-2008		
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	\$	%col	%fila
Prevenir en Familia	221.718	1%	117.580	1%	146.322	1%	115.766	0%	-105.951	-1%	-48%
Preven. Educación	1.054.093	7%	856.944	5%	695.675	3%	642.439	2%	-411.654	-3%	-39%
Trabajar Calidad V	62.661	0%	78.970	0%	140.165	1%	141.190	1%	78.529	1%	125%
Tratamiento/ Rehab	3.881.502	25%	5.180.401	32%	9.530.823	43%	13.756.201	49%	9.874.699	79%	254%
PREVIENE Comun	4.624.251	30%	4.490.946	28%	4.958.989	22%	4.996.765	18%	372.514	3%	8% ¹⁴⁴
Otros Componentes	4.443.082	29%	4.257.132	26%	5.391.782	24%	6.472.368	23%	2.029.286	16%	46%
G. Administración	983.540	6%	1.143.781	7%	1.186.906	5%	1.678.599	6%	696.120	6%	71%
Total	15.270.847	100%	16.125.754	100%	22.050.663	100%	27.803.328	100%	12.533.542	100%	82%

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005) y archivos institucionales¹⁴⁵

Considerando la variación del gasto devengado total, por componentes, el incremento se debería en un 79% (\$9.874 millones) a un aumento del gasto en Tratamiento y Rehabilitación, 16% (\$2.029 millones) a un incremento del gasto en Otros Componentes, 6% (696 millones) a un aumento en Gastos de Administración.

¹⁴³ Incluye las tres fuentes de gasto: gasto devengado del presupuesto asignado, gasto de transferencias de otras instituciones públicas y aporte de terceros (recursos consignados en 2, Extrapresupuestarias, del cuadro Fuente de Financiamiento del Programa). No incluye información de gastos de administración.

¹⁴⁴ Esta línea consigna además de los recursos traspasados a municipios, montos de proyectos de prevención comunitario y gastos asociados de administración y gestión.

¹⁴⁵ Notas del Área de Administración y Finanzas de CONACE:

- Los montos informados en los años 2005-2007 corresponden a registros internos de control del gasto CONACE, ya que la contabilidad era efectuada por parte de la Secretaría y Administración General del Ministerio del Interior, no existiendo una desagregación al nivel solicitado en el presente informe.

- El ítem "Otros Componentes" considera los siguientes programas: Jóvenes, Alto Impacto, Marginalidad, Registro, Gobernaciones, Fondo Especial. Deuda Flotante, junto a lo anterior y con el objeto de no distorsionar la información solicitada, respecto los componentes evaluados, se incorpora a "Otros Componentes", los gastos referentes a: Jurídica, Internacional, Informaciones, Comunicaciones, Desarrollo Regional, Evaluación y Estudios y Secretaría Ejecutiva.

- El componente de PREVIENE, contempla gastos en prevención comunitaria.

- Se considera en monto informado por componentes, los gastos efectuado en las diferentes regiones para la implementación de los diferentes programas (transferencias a Intendencias Regionales).

Análisis de las cifras indicadas en el cuadro anterior, por componente.

Componente 1: Prevenir en Familia

Se indicó al inicio de la subsección que el gasto en este componente tiene una baja participación en el gasto total (1%).

Comprende principalmente la implementación del Programa Prevenir en Familia y el desarrollo de capacitaciones del programa junto a la impresión de material como el Bolso Familia y la implementación de Jornadas de encargados regionales. En 2008, además considera la ejecución de una capacitación vía e-learning a padres, madres y/o adultos significativos a lo largo del país.

A lo largo del período, muestra una disminución del 48% entre 2005 y 2008. Esta disminución de los gastos dice relación con la instalación de los programas en la estructura comunal CONACE Previene, lo que implica un traspaso paulatino de los recursos que inicialmente se realizaban a nivel nacional y regional al nivel comunal el que lo asume como parte de la estructura de planificación y anual. Además los costos de impresión de materiales y jornadas de capacitación han disminuido sistemáticamente, producto de la mayor competencia en los proveedores, menores procesos en diseño, edición y producción.

Componente 2: Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

Se indicó al inicio de la subsección que el gasto en este componente tiene una participación del 4% en el gasto total.

Comprende principalmente la implementación del Continuo Preventivo (impresión y distribución de material), el Encuentro Nacional Intersectorial de Educación, proyectos con Instituciones de Educación Superior, proyecto RED UPRA, Jornadas de Prevención del Consumo y del Tráfico de Drogas en establecimientos educacionales, proyectos pilotos de Prevención secundaria en la RM y V región.

A lo largo del período, muestra una disminución del 39% entre 2005 y 2008, que se explicaría por razones similares a las indicadas en el punto anterior, esto es, que la instalación de los programas en la estructura comunal CONACE Previene, implica un traspaso paulatino de los recursos que inicialmente se realizaban a nivel nacional y regional al nivel comunal el que lo asume como parte de la estructura de planificación y anual.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

Se indicó al inicio de la subsección que el gasto en este componente tiene una participación del 1% en el gasto total.

Comprende la implementación de proyectos con Instituciones Públicas del programa Trabajar con Calidad de Vida, Jornadas de encargados regionales y de implementación de la política, jornadas de sensibilización a técnicos y profesionales vinculados a la implementación del programa.

A lo largo del período, muestra un incremento pasando de \$62 millones en 2005 a \$142 millones en 2008. El aumento en el presupuesto en este componente correspondería al incremento en recursos para la ejecución de proyectos con instituciones públicas para instalar la política de acuerdo a la definición del plan de acción del programa calidad de vida.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

Este componente ha incrementado aceleradamente su participación dentro del gasto total, pasando del 26% (2005) al 49% (2008), en un escenario donde el gasto total también ha crecido en el período llegando prácticamente a duplicarse en términos reales (medido en pesos 2009).

En cifras absolutas, nótese que el gasto en este componente Tratamiento y Rehabilitación prácticamente se ha triplicado en términos reales, pasando de \$3.881 millones a \$13.756 millones, lo que significa un crecimiento real del 254% en el período 2005-2008.

Considerando la suma acumulada de los gastos de cada subcomponente en los cuatro años del período 2005-2008, se puede apreciar en el cuadro siguiente, que el gasto acumulado correspondería al tratamiento de población general (39%), infractores de ley (30%), mujeres (11%), infanto-adolescentes (8%), población penal (3,5%).

Cuadro 56
Total Tratamiento y Rehabilitación

	Acumulado 2005-2008	
	\$	%
Tratamiento y Rehabilitación	32.348.927	100%
Población General	12.458.523	39%
Infractores de Ley	9.582.843	30%
Mujeres	3.429.514	11%
Población Penal	1.118.184	3,5%
Infantadolescentes	2.580.288	8,0%
Proyectos	907.050	2,8%
Ambulatorio	172.395	0,5%
Supervisión y Asesoría	122.415	0,4%
Capacitación	798.723	2,5%
Otros Tratamiento y Rehabilitación	1.178.992	3,6%

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005) y archivos institucionales

El cuadro a continuación, provee una perspectiva horizontal que muestra la evolución del gasto de cada subcomponente del componente Tratamiento y Rehabilitación a lo largo del período 2005-2008.

Este incremento en el gasto devengado del componente Tratamiento y Rehabilitación de 9.874 millones de pesos constantes (pesos del año 2009), ocurrido entre 2005 y 2008, se debería en un 63% (\$6.195 millones) a Infractores de Ley, 23% (\$2.261 millones) a Población General, 5,2% (\$515 millones) a Mujeres.

Vemos que el gasto en tratamiento a población general tiene una expansión del 93%, pasando de \$2.436 millones en el año 2005 a \$4.697 millones en el año 2008.

Otros gastos que crecieron de modo importante corresponde al tratamiento de infractores de ley, que creció de \$3.387 millones en 2007 a \$6.195 millones en 2008; y al tratamiento de mujeres, que creció 70% pasando de \$733 millones en 2005 a \$1.248 millones en 2008.

Cuadro 57
Total Tratamiento y Rehabilitación
Variación 2005 – 2008

	2005		2006		2007		2008		Variación 2005-2008		
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	\$	%	%fila
Tratamiento y Rehabilit.	3.881.502	100,0%	5.180.401	100,0%	9.530.823	100,0%	13.756.201	100,0%	9.874.699	100,0%	254,4%
Población General	2.436.659	62,8%	2.388.839	46,1%	2.935.223	30,8%	4.697.802	34,2%	2.261.142	22,9%	92,8%
Infractores de Ley	0	0,0%	0	0,0%	3.387.755	35,5%	6.195.088	45,0%	6.195.088	62,7%	
Mujeres	733.874	18,9%	606.561	11,7%	840.296	8,8%	1.248.782	9,1%	514.908	5,2%	70,2%
Población Penal	247.215	6,4%	286.307	5,5%	286.576	3,0%	298.085	2,2%	50.870	0,5%	20,6%
Infantoadolescentes	193.769	5,0%	1.254.778	24,2%	1.131.742	11,9%	0	0,0%	-193.769	-2,0%	
Proyectos	0	0,0%	310.719	6,0%	13.939	0,1%	582.392	4,2%	582.392	5,9%	
Ambulatorio	172.395	4,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	-172.395	-1,7%	
Supervisión y Asesoría	0	0,0%	122.415	2,4%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Capacitación	10.966	0,3%	62.365	1,2%	217.670	2,3%	507.722	3,7%	496.756	5,0%	4529,9%
Otros Tratam. y Rehabilita	86.623	2,2%	148.418	2,9%	717.622	7,5%	226.329	1,6%	139.706	1,4%	161,3%

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005) y archivos institucionales.

Una explicación provista por el área de administración y finanzas de CONACE, nos indica lo siguiente:

- Programa Población General, Población Mujeres y Población Infanto-adolescente 2007/2008. El aumento de presupuesto se debe que a partir de enero de 2008 CONACE traspasó la responsabilidad técnica y administrativa del Programa Infanto-adolescente (PIA) al Ministerio de Salud, por lo que el presupuesto se reasignó al Programa Población General y al Programa Población Mujeres.
- Programa Población Infractores Adolescentes 2007/2008. Corresponde a la entrada en vigencia de la ley 20.084 que establece un sistema de responsabilidad penal de adolescentes por infracciones a la ley, que provee de una red de tratamiento en drogas para los adolescentes infractores que lo requieran. Este programa comenzó a operar el segundo semestre del año 2007, por lo que el aumento presupuestario 2008 es para poder cubrir los 12 meses completos.
- Ítem Proyectos 2008. Este incremento corresponde principalmente a los "Fondos Concursables para Ejecución de Proyectos de Apoyo a Programas de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas". El objetivo de este Fondo fue complementar el aporte anual otorgado a los centros de tratamiento, Los que fueron destinados a la habilitación de infraestructura y/o equipamiento e insumos de los diferentes centros de tratamiento y rehabilitación de personas afectadas por el consumo problemático de drogas y renovación tecnológica (equipos computacionales y/o software requeridos para su funcionamiento) indispensable para el buen desarrollo del programa.
- Ítem Capacitación 2007/2008. El incremento en el ítem capacitación, se debe a la entrada en vigencia de la ley 20.084 que establece un sistema de responsabilidad penal de adolescentes por infracciones a la ley, y provee de una red de tratamiento en drogas para los adolescentes infractores que lo requieran.
- Ítem Otros. En 2007, la variación corresponde principalmente al aumento de profesionales del área de tratamiento de CONACE (supervisores y encargados de infractores) necesarios para la implementación del Programa Población Infractores Adolescentes. En 2008, esta disminución se debe principalmente a que los profesionales supervisores y encargados de infractores del área de tratamiento de CONACE pasan a ser parte de los presupuestos regionales.

Componente 5: CONACE PREVIENE En la Comuna

Este componente se ha mantenido con poca variación, habiendo crecido 8% entre 2005 y 2008. Con esto, ha disminuido su participación dentro del gasto total, pasando del 30% (\$4.624 millones) en el año 2005, al 18% (\$4.996 millones) en el año 2008.

Otros Componentes

Se indicó al inicio de la subsección que el gasto en este ítem denominado "otros componentes" tiene una participación del 25% en el gasto total.

A lo largo del período, muestra un aumento del 46% entre 2005 y 2008, pasando de \$4.443 millones en el año 2005 a \$6.472 millones en el año 2008.

En la nota al cuadro "Gasto Total Por Componente", entregada por el área de Administración y Finanzas de CONACE, se indica que: el ítem "Otros Componentes" considera los programas Jóvenes, Alto Impacto, Marginalidad, Registro Único de Sustancias Químicas Controladas, Gobernaciones, Fondo Especial, Deuda Flotante¹⁴⁶, junto a lo anterior y con el objeto de no distorsionar la información solicitada, respecto a los componentes evaluados, se incorpora a "Otros Componentes", los gastos referentes a las áreas: Jurídica, Internacional, Informaciones, Comunicaciones, Desarrollo Regional, Evaluación y Estudios y Secretaría Ejecutiva.

Gastos de Administración

Se indicó al inicio de la subsección que el gasto en este ítem tiene una participación promedio del 6,2% en el gasto total.

Aunque es bajo, a lo largo del período, el gasto de administración muestra un aumento del 71% entre 2005 y 2008, pasando de \$983 millones en el año 2005 a \$1.679 millones en el año 2008. El aumento en valores absolutos en este ítem correspondería al incremento de gastos tales como arriendo de inmuebles por aumento de programas y personal asociados a estos, pasajes, gastos de oficina, insumos, supervisión de proyectos y programas, control de gestión, entre otros.

¹⁴⁶ Deuda Flotante es un concepto contable de la administración pública y corresponde a los compromisos devengados y no pagados al 31 de diciembre del ejercicio presupuestario, en conformidad a lo dispuesto en los art. N° 12 y N°19 del DL1.273 de 1975. Fuente: Instrucciones para la Ejecución de la Ley de Presupuesto del Sector Público.

4.2. Eficiencia del Programa

4.2.1. Análisis de eficiencia actividades y/o componentes

Cuadro 58
Gasto Promedio Componente por Beneficiario¹⁴⁷ 2005-2008 (\$2009)¹⁴⁸

Gasto Promedio Componente Por Beneficiario	2005	2006	2007	2008	Variación 2005-2008	
						%fila
Prevenir en Familia	3.435	1.670	2.186	2.073	-1.362	-39,6%
Prevención en Educación	344	255	202	179	-165	-48,0%
Trabajar con Calidad de Vida	616	1.176	1.841	653	37	6,0%
Tratamiento y Rehabilitación	630.319	883.877	1.184.100	1.228.671	598.352	94,9%
Población General	395.690	434.571	479.455	659.156	263.466	66,6%
Infractores de Ley			2.411.213	1.869.933	-541.280	-22,4%
Mujeres		1.666.377	1.609.762	1.651.829	-14.549	-0,9%
Población Penal ¹⁴⁹	-	-	-	-	-	-
Infantadolescentes	-	-	-	-	-	-
CONACE PREVIENE En la Comuna	50.263.602	46.780.690	47.228.467	35.691.180	-14.572.421	-29,0%

Los indicadores de gasto promedio por beneficiario del cuadro anterior, corresponden al ratio entre el gasto total del componente (o del subcomponente) y el número de personas o colectivos beneficiarios efectivos reportados para el componente correspondiente.

Se hace notar que el gasto de administración no está prorrateado entre componentes. Se optó por hacerlo así, para evitar distorsionar los numeradores del cálculo del gasto promedio para cada año. Esta distorsión ocurriría porque el peso o participación de cada ítem o componente en el gasto total anual varía año a año.

Adicionalmente, en el componente "Tratamiento y Rehabilitación", los gastos asignados a los subcomponentes o ítems denominados "proyectos", "ambulatorio", "supervisión y asesoría", "capacitación", y "otros", a efectos del cálculo del gasto promedio, estos gastos se tratan como costos indirectos, es decir, si bien son asignables al componente Tratamiento como un todo, no son específicos de sus subcomponentes.

Se hace notar que estos gastos indicados en el párrafo anterior, tampoco se prorratean entre los demás subcomponentes del componente Tratamiento por las mismas razones indicadas previamente respecto de no prorratear el gasto de administración: el peso de cada subcomponente en el gasto del componente varía año a año, por lo que si se prorratease, hace difícil u obscurece el análisis horizontal de la dinámica, a lo largo del período 2005-2008, del gasto promedio por cada subcomponente.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que aquí la definición de "beneficiario" está asociada más bien a la producción del componente y a un resultado de carácter intermedio. Por ejemplo, en el componente Prevención Educación, el beneficiario es el estudiante para el cual se entregó los materiales a su colegio, y no el número de estudiantes que no se inició

¹⁴⁷ En muchos casos los programas no cuentan con información que permita distinguir entre gasto promedio por unidad de producto y gasto promedio por beneficiario, o sólo manejan uno de ellos; por ejemplo: los servicios de salud registran número de atenciones y no número de pacientes. No incluye información de gastos de administración.

¹⁴⁸ No incluye información de gastos de administración.

¹⁴⁹ Se ha dejado casilleros vacíos en el cuadro, a manera de indicación que al momento del informe, no se cuenta con el dato de los beneficiarios efectivos correspondientes a los subcomponentes señalados en la primera columna de la tabla.

en el consumo de drogas; o en el componente Tratamiento y Rehabilitación, el beneficiario es aquel por quien se ha pagado al menos un mes de tratamiento a FONASA, y no el tratado que logró completar el tratamiento y “egresar” o ser dado de “alta”.

Con estas aclaraciones, el cuadro anterior muestra el gasto promedio por componente, y puede observarse que muestran una fuerte variación, positiva para unos y negativa para otros, explicado cuantitativamente porque, en todos los componentes y subcomponentes, la tasa de variación del gasto se impone a la tasa de variación de la población beneficiaria, con excepción de los casos Previene Comunal e Infractores de Ley donde la población beneficiaria es la que crece de manera importante.

Cuadro 59
Variación del Gasto Promedio

	<i>Variación</i>		
	<i>Gasto</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Gasto Promedio</i>
Prevenición en el ámbito Familia	-47,8%	-13,5%	-40%
Prevenición en el ámbito de Educación	-39,1%	17,2%	-48%
Tratamiento y Rehabilitación	254,4%	81,8%	95%
Población General	92,8%	15,7%	67%
Infractores de Ley	82,9%	135,8%	-22%
Mujeres	105,9%	107,7%	-1%
Prevenición en el ámbito Laboral	125,3%	112,5%	6%
Programa PREVIENE Comunal	8,1%	52,2%	-29%

Componente 1: Prevenir en Familia

El gasto promedio disminuyó 40% pasando de \$3.435 en 2005 a \$2.073 en 2008. Cuantitativamente, estaría mayormente explicado porque el gasto del componente cayó 47,8%; aunque también el número de familias beneficiarias disminuyó 13,5%.

La disminución de tales gastos, dice relación con la instalación de los programas en la estructura comunal CONACE Previene, lo que implica un traspaso paulatino de los recursos que inicialmente se realizaban a nivel nacional y regional al nivel comunal el que lo asume como parte de la estructura de planificación y anual. Además los costos de impresión de materiales y jornadas de capacitación han disminuido sistemáticamente, producto de la mayor competencia en los proveedores, menores procesos en diseño, edición y producción.

Componente 2: Prevenición del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo

El gasto promedio disminuyó 48% pasando de \$344 en 2005 a \$179 en 2008. Cuantitativamente, estaría explicado porque el gasto del componente cayó 39,1%; y el número de estudiantes beneficiarios aumentó 17,2%.

La disminución de los gastos se debe a idénticas razones a las indicadas para el componente 1 inmediato anterior.

Componente 3: Trabajar con Calidad de Vida

El gasto promedio aumentó 6% pasando de \$616/persona en 2005 a \$653/persona en 2008. Sin embargo, debe hacerse notar que en 2007 éste llegó a triplicar el gasto promedio del año 2005.

Cuantitativamente, estaría explicado porque el número de beneficiarios aumentó 113% entre 2005 y 2008, mientras el gasto del componente creció 125% en el mismo período.

El aumento en el presupuesto en este componente correspondería al incremento en recursos para la ejecución de proyectos con instituciones públicas para instalar la política y definición del plan de acción del programa calidad de vida.

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

En el cuadro al inicio de esta subsección se muestra que si tomamos de manera agregada el componente, el gasto promedio habría aumentado 95%, pasando de \$630.319 en 2005 a \$1.228.671 en 2008.

Nótese que en ese cálculo, el “numerador” correspondería a todo el gasto del componente (sin desagregar por subcomponentes o planes), y el “denominador” correspondería a la sumatoria de los beneficiarios efectivos de subcomponentes distintos (población general, mujeres, infractores de ley). Así el incremento del 95% se habría debido a que el gasto agregado del componente habría aumentado 254% y los beneficiarios agregados habrían aumentado 81,8%.

Sin embargo, no nos parecería correcta esta manera de realizar el análisis de la eficiencia de este componente, ya que la dirección en la que se mueva este ratio no entregaría ninguna información útil. Sería difícil interpretar la magnitud y signo de la variación de este ratio agregado, porque:

- involucra cuatro poblaciones distintas entre sí (general, mujeres, infractores de ley, infanto-adolescente);
- cada una de esas poblaciones tiene entre tres y cinco planes con costos muy diversos entre sí (que se muestran en la tabla que sigue);
- no todas las poblaciones estuvieron presentes durante todo el período; una entró en 2006, otra en 2007, una salió en 2007;
- cada plan involucra un número diferente de atenciones efectivas pagadas por beneficiario (meses-de-tratamiento pagados) según su grado de participación en el tratamiento.

Cuadro 60
Tarifas según población y plan 2005-2008 (Miles de pesos 2009)

POBLACION GENERAL					
plan	descripción	2005	2006	2007	2008
2	Ambulatorio Básico	\$56.265	\$56.043	\$55.556	\$72.089
3	Ambulatorio Intensivo	\$220.507	\$219.649	\$217.718	\$208.598
4	Residencial	\$426.636	\$424.982	\$421.252	\$403.602
POBLACION MUJERES					
plan	descripción	2006	2007	2008	
6	Ambulatorio Básico	\$96.637	\$95.784	\$91.767	
7	Ambulatorio Intensivo	\$334.424	\$331.497	\$317.602	
8	Residencial	\$572.549	\$567.532	\$543.755	
POBLACION INFANTO-ADOLESCENTES					
plan	descripción	2006	2007		
1	Ambulatorio Básico	\$96.275	\$95.426		
2	Ambulatorio Intensivo	\$433.545	\$429.741		
3	Residencial	\$545.269	\$540.482		
4	Ambulatorio Comunitario	\$103.101	\$98.741		
5	Desintoxicación	\$647.429	\$641.753		
POBLACION INFRACTORES DE LEY					
plan	Descripción			2007	2008
1	Ambulatorio Intensivo Medio Privativo			\$234.165	\$224.358
2	Corta Estadia Medio Privativo			\$467.775	\$1.050.576
3	Ambulatorio Intensivo Medio Libre			\$357.022	\$342.060
4	Residencial Medio Libre			\$665.499	\$637.614
5	Corta Estadia Medio Libre			\$724.786	\$694.421

Fuente: Base de Datos FONASA-CONACE, años 2005-2008, componente Tratamiento y Rehabilitación

Para mayor claridad del análisis de eficiencia del componente Tratamiento, es preferible hacerlo para cada plan y población. De acuerdo con la base de datos FONASA-CONACE, año 2005-2008, componente Tratamiento y Rehabilitación, los precios, las atenciones (meses-de-tratamiento pagados) y el gasto total correspondiente habrían variado como se indica en la tabla que sigue, desglosada por población y por plan.

Cuadro 61
Gasto Total del Programa 2005-2008 (Miles de pesos 2009)

POBLACION GENERAL				
	Precios	Atenciones	Gasto	
Ambulatorio Básico	28%	30%	67%	
Ambulatorio Intensivo	-5%	199%	183%	
Residencial	-5%	100%	89%	
POBLACION MUJERES				
	Precios	Atenciones	Gasto	
Ambulatorio Básico	-5%	-62%	-64%	
Ambulatorio Intensivo	-5%	289%	269%	
Residencial	-5%	91%	82%	
POBLACION INFANTO-ADOLESCENTE				
	Precios	Atenciones	Gasto	
Ambulatorio Básico	-1%	-51%	-51%	
Ambulatorio Intensivo	-1%	35%	34%	
Residencial	-1%	8%	7%	
Ambulatorio Comunitario	-4%	1%	-3%	
Desintoxicación	-1%	-42%	-43%	
POBLACION INFRACTORES DE LEY				
	Precios	Atenciones	Gasto	
Ambulatorio Intensivo Medio Privativo	-4%	394%	373%	
Corta Estadia Medio Privativo	125%	260%	709%	
Ambulatorio Intensivo Medio Libre	-4%	292%	276%	
Residencial Medio Libre	-4%	215%	202%	
Corta Estadia Medio Libre	-4%	0%	0%	

Fuente: Base de Datos FONASA-CONACE, años 2005-2008, componente Tratamiento y Rehabilitación

La tabla muestra que la mayoría de los precios de los convenios CONACE-FONASA-MINSAL habrían estado rezagados respecto a la inflación, por lo que en términos reales se habrían reducido.

Adicionalmente, deberá tenerse en cuenta que esta tabla difiere del cuadro al inicio de la subsección. Aquí la unidad de medida es “atenciones” (meses-de-tratamiento pagados), mientras en el cuadro inicial la unidad de medida fue “beneficiarios efectivos”. Los beneficiarios dentro de un mismo plan y población pueden diferir porque reciben un número distinto de atenciones, según su grado de permanencia en el plan de tratamiento.

Según nos explicó CONADE, con respecto a población general es importante considerar que en el período se robusteció el plan básico, debido a que por la complejidad de los perfiles requería mayor intervención. Además el aumento continuo de planes en el período de observación, se dio principalmente en los planes de mayor valor, tanto ambulatorio intensivo como residencial. Otra variable importante para entender esta situación es que cada vez los usuarios permanecen más tiempo en tratamiento en los distintos planes y eso hace que la cobertura no sea más alta que lo que indicaría un análisis directamente proporcional.

Subcomponente 1: Población General

En la tabla se muestra que el gasto promedio de atender a estos beneficiarios creció 66,6%, pasando de \$395.690 por persona en 2005 a \$659.156 por persona en 2008.

Cuantitativamente se explica porque el gasto de este subcomponente creció un 93% (porque pasó de \$2.436 millones a \$4.697 millones) y los beneficiarios aumentaron 15,7% (porque pasaron de 6.158 a 7.127 las personas de población general tratadas).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta lo que se indicó, que para población general hay planes distintos, que incluyen prestaciones distintas, y tienen precios distintos.

También se debe considerar que al interior de cada plan, habría una amplia dispersión en la cantidad de meses de tratamiento recibidos por cada beneficiario tratado. Así, se presenta la paradoja siguiente para el análisis de eficiencia: dado que el gasto total de X personas que asistieron sólo a 1 mes de tratamiento sería el mismo gasto total que para 1 persona que asistió a X meses de tratamiento, entonces el gasto promedio sería menor en el primer caso (porque hay X beneficiarios), y mayor en el segundo (porque hay sólo 1 beneficiario). Un análisis descuidado interpretaría como ganancia en eficiencia de escala el primer ejemplo, y como ineficiencia al segundo.

De acuerdo con la base de datos FONASA-CONACE-MINSAL, para los años 2005-2008, componente Tratamiento y Rehabilitación, población general, sin diferenciar los planes:

- en el año 2005, un 26% sólo asistió a 1 mes de tratamiento, un 21% sólo asistió a 2 meses de tratamiento, y un 15% sólo asistió a 3 meses de tratamiento; lo que indica que el 62% de los individuos tratados sólo habría asistido a 3 o menos meses de tratamiento.
- en el año 2008, estos porcentajes fueron 17%, 18,8% y 16,7% respectivamente; lo que indica que el 52,5% de los individuos tratados sólo habría asistido a 3 o menos meses de tratamiento.

Cuadro 62
Gasto Total del Programa 2005-2008 (Miles de pesos 2009)

Meses pagados	Año 2005			Año 2006			Año 2007			Año 2008		
	Individuos distintos	%	%acum	Individuos distintos	%	%acum	Individuos distintos	%	%acum	Individuos distintos	%	%acum
1	1280	26%	26%	1041	19,5%	19,5%	1141	19,1%	19,1%	1218	17,1%	17,1%
2	1020	21%	47%	1163	21,8%	41,3%	1236	20,7%	39,9%	1340	18,8%	35,8%
3	725	15%	62%	822	15,4%	56,7%	996	16,7%	56,6%	1190	16,7%	52,5%
4	538	11%	73%	653	12,2%	68,9%	675	11,3%	67,9%	818	11,5%	64,0%
5	408	8%	81%	446	8,4%	77,3%	542	9,1%	77,0%	628	8,8%	72,8%
6	309	6%	87%	348	6,5%	83,8%	364	6,1%	83,1%	545	7,6%	80,4%
7	257	5%	92%	296	5,5%	89,4%	337	5,7%	88,8%	382	5,4%	85,8%
8	147	3%	95%	211	4,0%	93,3%	243	4,1%	92,8%	366	5,1%	90,9%
9	87	2%	97%	122	2,3%	95,6%	143	2,4%	95,2%	243	3,4%	94,3%
10	56	1%	98%	87	1,6%	97,2%	87	1,5%	96,7%	147	2,1%	96,4%
11	25	1%	99%	75	1,4%	98,6%	69	1,2%	97,9%	94	1,3%	97,7%
12	28	1%	99%	69	1,3%	99,9%	123	2,1%	99,9%	156	2,2%	99,9%
13	16	0%	100%	3	0,1%	100,0%	4	0,1%	100,0%	8	0,1%	100,0%
14	3	0%	100%	1	0,0%	100,0%	1	0,0%	100,0%	2	0,0%	100,0%
15	5	0%	100%			100,0%			100,0%			100,0%
16	1	0%	100%			100,0%			100,0%			100,0%
Total	4905	100%		5337	100,0%		5961	100,0%		7137	100,0%	

Fuente: Base de Datos FONASA-CONACE, años 2005-2008, componente Tratamiento y Rehabilitación.

La dispersión en cantidad de meses recibido por cada beneficiario tratado, tiene un comportamiento similar a otras patologías crónicas.

Otra paradoja se presenta si sólo se mide desde la perspectiva de cobertura, llevándonos a la conclusión que sería mejor 12 personas con un mes de tratamiento, que 1 persona con doce meses de tratamiento. Sin embargo se nos explicó que este programa también controla la calidad; para ello la norma técnica tendría tiempos recomendados de utilización de cada plan, que han sido reforzados por evaluaciones externas (estudio de cohortes de la Escuela de Salud Pública).

Junto con ello, CONACE tiene un sistema de supervisión y asesoría que evalúa, entre diversas variables relevantes, el comportamiento de la utilización de planes por los beneficiarios, y el nivel de desarrollo de los centros de atención, en la medida que mejor se acercan a que los usuarios cumplan con el tiempo recomendado para cada plan, bajo la hipótesis que las personas que lo logran tienen más probabilidades de tener mayores progresos terapéuticos.

Si el centro de atención cumple bien con cobertura y calidad, ese centro será considerado de alto nivel de desarrollo y, por tanto, será un buen candidato de aumentar la inversión para que un mayor número de beneficiarios sean atendidos con ese buen servicio. A la inversa, si la cobertura es deficiente, o si esta es alta, se ejecutan todos los meses planificados, pero en un número alto de personas, su evaluación desde la calidad será insuficiente y calificará a menor nivel de desarrollo, por lo tanto tendrá dificultades a ser candidato a expansión, e incluso podría ser candidato a reasignación a otro centro, es decir, bajar la inversión en medio del año y eventualmente a interrumpir el convenio.

Cabe hacer un comentario adicional sobre la base de datos FONASA-CONACE-MINSAL.

La base de datos tiene dos variables (fecha de egreso, fecha de abandono) diseñadas para dar cuenta de cuándo un beneficiario tratado egresó o abandonó el plan de tratamiento. Sin embargo, esos campos o celdas de la base de datos estaban vacíos en un porcentaje superior al 90%.

Una explicación plausible de por qué ocurre esto, sería que el plan de incentivos y pagos estipulado, no requiere ni exige, en la práctica, que tal información sea debidamente consignada en la base de datos. Los pagos e incentivos se hacen contra solicitud presentada por el centro de atención, y refrendada por FONASA, una vez que el beneficiario tratado asistió al centro a tratarse. Estos pagos e incentivos no están relacionados a altas terapéuticas, o registros y campos de la base de datos debidamente llenados.

Subcomponente 2: Mujeres

El gasto agregado promedio disminuyó 1% pasando de \$1.666.377/mujer en 2006 a \$1.651.829/mujer en 2008. Cuantitativamente, estaría explicado porque el número de mujeres beneficiarias aumentó 107% entre 2006 y 2008, mientras el gasto del componente creció 106% en el mismo período.

El cuadro por planes, indicaría que los precios de los tres planes (ambulatorio básico, ambulatorio intensivo, residencial) habrían disminuido 5% en términos reales. Pero, que el número de atenciones habría crecido fuertemente para el intensivo (289%), para el plan residencial (91%), y habría decrecido para el plan ambulatorio básico (-62%).

Subcomponente 3: Adolescentes Infractores de ley con consumo problemático

▪ *Infractores de Ley*

El gasto promedio disminuyó 22% pasando de \$2.411.213/infractor en 2007 a \$1.869.933/infractor en 2008.

Cuantitativamente, estaría explicado porque el número de beneficiarios aumentó 136% entre 2007 y 2008, mientras el gasto del componente creció 83% en el mismo período.

De acuerdo a la información desagregada por planes, obtenida a partir de la base de datos de FONASA-CONACE, en general los precios por planes habrían disminuido 4% en términos reales, excepto para al plan "corta estadía medio privativo (de libertad)", que habría crecido 125%. Por otro lado, todas las atenciones habrían aumentado significativamente, en un rango entre 215% (para el plan residencial medio libre) y 394% (para el plan ambulatorio intensivo medio privativo).

Debe hacerse notar que la base de datos de FONASA-CONACE, muestra diferencias en el número de beneficiarios por año, con respecto a los datos administrativos de CONACE. Esto podría ocurrir porque, a efectos de los pagos, FONASA no liquida mes a mes sino varios meses consolidados, y posterior a un proceso de revisión de prestaciones entregadas. Esto provocaría que un número importante de las atenciones se desplazaran según la base de datos, al año fiscal siguiente.

Infantoadolescente

En población infantoadolescente la cobertura para el año 2006 fue de 1.498 personas; para el año 2007, 1506 personas; y, para el año 2008, 213 personas.

De acuerdo al cuadro obtenido de la base de datos de FONASA-CONACE, el gasto de este componente se habría mantenido aproximadamente similar entre los años 2006 y 2007, mostrando una ligera disminución porque los precios disminuyeron ligeramente en términos reales, junto a una recomposición del número de atenciones entre planes. Así, las atenciones del plan ambulatorio básico habrían disminuido 51% y las de desintoxicación un -42%; pero las atenciones de los planes ambulatorio intensivo, residencial y ambulatorio comunitario crecieron 35%, 8% y 1% respectivamente.

Se hace notar que para el año 2006 la cobertura corresponde al programa de tratamiento específico para población infanto-adolescente. El primer semestre del año 2007 se realizó el programa específico y el segundo semestre se inició GES y se continuaron tratando a los adolescentes que ya estaban en tratamiento y en planes no garantizados. La cobertura del año 2008 corresponde a algunos menores de 20 años atendidos en el programa de población en planes no garantizados por GES.

Componente 5: CONACE PREVIENE En la Comuna

El gasto promedio disminuyó 29% pasando de \$50.2 millones/comuna en 2005 a \$35.7 millones por comuna en 2008.

Cuantitativamente, estaría explicado porque el número de beneficiarios aumentó 52% entre 2005 y 2008, mientras el gasto del componente creció 8% en el mismo período.

Una explicación de la disminución del costo promedio por comuna es que en los últimos años se han incorporado comunas con menor número de habitantes y por ende, dado la estructura definida, el monto del convenio para estas comunas resulta menor al de las que existían inicialmente.

4.2.2. Gastos de Administración

*Cuadro 63
Gastos de Administración del Programa 2005-2008 (Miles de \$ 2009)*

Año	Gastos de Administración	Total Gasto del Programa	% (Gastos Adm / Gasto Total del Programa)*100
2005	983.540	15.270.847	6,4%
2006	1.053.256	16.125.754	6,5%
2007	1.186.906	22.050.663	5,4%
2008	1.679.660	27.804.391	6,0%

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE)

Los gastos de administración fueron estimados por diferencia con el gasto total del programa, asignables a componentes específicos de la oferta programática de CONACE. En los gastos de administración están consideradas las remuneraciones del personal cuyos servicios atienden a todos los componentes y programas.

4.2.3. Análisis de Otros Indicadores de Eficiencia

Desde una perspectiva administrativo-presupuestaria, dado que el gasto del componente Tratamiento y Rehabilitación ocupa cerca del 50% del presupuesto total de CONACE, sería importante resolver la confiabilidad y exactitud de la base de datos FONASA-CONACE, con la cual se administra el flujo de pagos por las atenciones o meses de tratamiento presentados a cobro, de acuerdo a las tarifas indicadas en los convenios respectivos.

A partir de esta base, debiera poder definirse indicadores de gestión, indicadores críticos, alertas tempranas, etc.

4.3. Economía

4.3.1. Ejecución presupuestaria del Programa

Cuadro 64
Presupuesto del Programa y Gasto Devengado 2005-2008 (Miles de \$ 2009)

Año	Presupuesto Inicial del Programa (a)	Gasto Devengado (b)	% 100*(b)/(a)
2005	14.538.179	15.270.847	105,0%
2006	16.203.115	16.035.230	99,0%
2007	21.160.763	21.246.082	100,4%
2008	26.492.466	27.781.669	104,9%

En general, en términos anuales, la ejecución del gasto es adecuada. Se aprecia en el cuadro anterior que el gasto devengado del programa, en promedio, es 3.6% superior al presupuesto inicial, lo que es una desviación tolerable que estaría dentro de lo normal.

Se hace notar que a partir del año 2007 CONACE ha recibido recursos adicionales provenientes de la aplicación de la Ley 20.000 (fondo especial Ley de drogas), los que se han ido incorporando anualmente al presupuesto de CONACE.

Como se indicó en la sección del gasto por componente, en los últimos años cerca del 50% del gasto corresponde al componente de Tratamiento y Rehabilitación. Este es un componente que destina los fondos al pago de servicios de terceros (FONASA-MINSAL), quienes, a través de los servicios de salud y los centros de atención calificados, proveen los meses de tratamiento que son comprados y pagados por CONACE para atender a los beneficiarios de este componente. Estos pagos se hacen contra liquidación y solicitud de FONASA. Esto permite el ordenamiento financiero-presupuestario, por lo que CONACE exhibe unos saldos de caja adecuados.

4.3.2. Aportes de Terceros

Según lo indicado en la información entregada por CONACE y en consultas durante reuniones de trabajo, se indicó que la institución no recibe aportes de terceros.

4.3.3. Recuperación de Gastos

Los gastos que le genera al Estado la producción de los bienes y servicios que entrega el programa no tienen correspondencia con una recuperación de estos gastos de manera directa. No hay tarifas por venta, ni copagos por servicios. Esto es así principalmente porque la prevención en el consumo y en el tráfico de estupefacientes, y el tratamiento y rehabilitación a los individuos con adicción problemática, generan externalidades positivas a la sociedad, lo que por sí representa una justificación económica para que sea el Estado quien se haga cargo de todo el costo de estos bienes y servicios particulares.

En el caso particular del componente Tratamiento y Rehabilitación, tiene en cuenta que FONASA debe rendir mensualmente al Ministerio del Interior por los pagos recibidos, los que se sustentan en una base de datos de los registros por personas (RUT) atendidas, ya que el producto de compra de FONASA a los prestadores es "mes de tratamiento"; este se analiza para saber los meses de tratamiento convenidos comparado con los meses efectivamente otorgados; si existen diferencias a favor del Ministerio del Interior (por los recursos transferidos), FONASA realiza la devolución respectiva en la última rendición del

año, no obstante, se solicitan proyecciones y análisis semestrales con respecto a los registros por parte de los prestadores.

5. SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa

El programa se evalúa sostenible y factible de que siga funcionando y cumpliendo de manera adecuada sus objetivos. En él se constata que existen las condiciones que permite su continuidad operativa y cumplimiento de sus objetivos en el mediano y/o largo plazo, tales como:

- Condiciones de tipo organizacional: Compromiso de las autoridades, espacios de coordinación Inter.- institucional, formalización de la estructura operativa.
- Capacidades del programa: La evaluación realizada da cuenta tanto de la existencia de capacidades profesionales en el programa así como del financiamiento para un periodo relevante.
- Valoraciones de actores externos: El programa cuenta con un grado importante de legitimidad ante los beneficiarios. En relación a los actores políticos y sociales, se aprecia un buen nivel de credibilidad.

6. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

Análisis y Evaluación de aspectos relacionados con la Justificación de la Continuidad del Programa

Los indicadores obtenidos a partir del estudio realizado en base a las encuestas nacionales¹⁵⁰, dan cuenta de un mejoramiento y en algunos casos estancamiento en su evolución de los indicadores que miden los resultados de la Estrategia Nacional de Drogas. Esto refuerza la necesidad de contar con programas orientados a la prevención del consumo en sus distintos niveles, especialmente dirigidos a poblaciones vulnerables, niños/as y jóvenes.

La proyección de comportamiento de la población potencial sugiere que dicha necesidad perdurará durante los próximos años, requiriendo una planificación eficiente para hacer frente a estas necesidades y que evalúe permanentemente su acción a partir de un sistema de seguimiento y monitoreo a los resultados esperados de las intervenciones.

Por su parte, la labor realizada por CONACE a través de su propuesta programática, da cuenta de resultados que aportan a la prevención en el consumo de drogas, de acuerdo a lo mostrado por diferentes estudios de evaluación realizados a estos componentes¹⁵¹. Como ejemplo, el componente de prevención en familia, a través de talleres guiados por monitores, logra entregar información valiosa respecto de las drogas y sus efectos a los

¹⁵⁰ Anexo 4: Daza (2009). Seguimiento de indicadores a nivel de propósito. Estudio Complementario.

¹⁵¹ Expansion Consulting Group Ltda. (2009) y CONACE (2007) para el componente de prevención familiar;

-CONACE (2008) para el componente de prevención escolar, particularmente programa Quiero Ser en octavos básicos;

- Asesorías para el Desarrollo (2008) para el componente de prevención laboral;

-Universidad de Chile (2008) para el componente de tratamiento y rehabilitación en población general;

- INAP-CESC (2006) para el componente de CONACE Previene en la comuna.

padres o adultos significativos, pero dicho efecto es menor en los hijos; el componente prevención en el sistema escolar logra en estudiantes de 8vo básico (edad clave para prevenir el consumo) aumentar la percepción de riesgo y la desaprobación del consumo en los participantes, especialmente en los niveles socio-económicos bajos y medios; el componente prevención laboral logra instalar en las empresas e instituciones participantes la temática de la prevención del consumo de drogas y el mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo, como temas relevantes de gestión interna; el componente tratamiento y rehabilitación logra entregar planes adecuados para las personas beneficiadas, si bien se constata el desafío de generar mecanismos para retener a los pacientes y evitar el abandono de tratamiento; el componente CONACE Previene en la comuna es la estrategia para implementar en los territorios locales la oferta preventiva institucional de CONACE, contribuyendo a sus resultados mediante el involucramiento de los actores claves de la comunidad local.

La forma de organización y gestión de los programas, incluyendo sus mecanismos de coordinación y toma de decisiones a nivel nacional/regional/local, permite asegurar los resultados antes mencionados. Sin embargo, en el caso del primer componente (y en menor grado en el tercero) las coberturas en relación a la población objetivo y potencial son aún bajas, lo que podría indicar la necesidad de fortalecer los equipos profesionales asignados a dichos programas. En general, en todos los componentes preventivos se constata la importancia de integrar de manera más clara, como parte del modelo de gestión, las funciones de evaluación y seguimiento de beneficiarios finales

III. CONCLUSIONES

Diseño

En términos generales, el propósito del programa da cuenta del resultado esperado y asociado al problema que se identificó en el diagnóstico. El diseño del programa es apropiado para abordar la causa del problema que da origen al programa y no se identifican componentes o actividades prescindibles.

El componente 1 define su población objetivo focalizando en aquellas familias que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE; por tanto, dicho conocimiento se constituye en condición de ingreso para el componente. Este criterio no es adecuado debido a que el componente 1 se enmarca en la estrategia de prevención primaria que debiera estar dirigida a toda la población no consumidora de drogas, actuando sobre factores de riesgo y protección. Los restantes componentes definen adecuadamente sus poblaciones potencial y objetivo.

Si bien las actividades relacionadas a la intervención temprana con grupos de riesgo, están presentes en los componentes de Educación y CONACE – PREVIENE¹⁵² y todos los componentes del programa son pertinentes y contribuyen al logro del propósito, las

¹⁵² Desde el año 2003 (año de lanzamiento de la Estrategia Nacional sobre Drogas) se han implementado acciones, iniciativas, proyectos y programas, que abordan el consumo de drogas entre jóvenes, que se han materializado en diseño e implementación de materiales técnicos específicos distribuidos nacionalmente, así como cursos de capacitación a los diferentes agentes preventivos locales, en los diferentes componentes evaluados. A partir del año 2008, se inicia el trabajo con poblaciones vulnerables al consumo de drogas a través de programas tales como, prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerables, prevención secundaria en establecimientos educacionales vulnerables, prevención en espacios de ocio y tiempo libre, entre otros.

acciones débilmente desarrolladas son: detección precoz, atención temprana, rehabilitación e inserción social.

A nivel de propósito se formula un único indicador que es insuficiente para medir los resultados del mismo, básicamente aporta a la evaluación de la calidad del proceso midiendo el porcentaje de valoración positiva que la población tiene del Programa Previene. Los medios de verificación permiten identificar la información necesaria para medir los indicadores definidos. Se considera insuficiente el número de indicadores para medir los distintos ámbitos de control y dimensiones de los objetivos propuestos.

Organización y Gestión

La estructura organizacional y los procesos productivos de los componentes evaluados son adecuados y permiten entregar los bienes y servicios comprometidos.

- El componente de prevención familiar logra entregar los materiales preventivos a un conjunto de monitores voluntarios capacitados, que aplican la metodología correspondiente a un conjunto de grupos familiares;
- El componente de prevención escolar logra entregar los materiales preventivos a los establecimientos y capacitar a los docentes y demás actores de la comunidad escolar para su uso;
- El componente de prevención laboral logra producir empresas con política preventiva escriturada, equipo preventivo instalado y grupos de trabajadores sensibilizados;
- El componente de tratamiento y rehabilitación logra producir personas de población general, mujeres y adolescentes infractores de ley que acceden a planes de tratamiento ajustados a sus necesidades;
- El componente de CONACE Previene logra producir comunas que cuentan con una estrategia consensuada a nivel local para enfrentar la problemática de las drogas.

Sin embargo, hay una debilidad en la integración organizacional de la función de evaluación y seguimiento de beneficiarios, en cada uno de los componentes. Si bien se espera obtener los resultados esperados con las acciones diseñadas se desconoce el impacto obtenido en el total de la población intervenida.

El CONACE central está compuesto por 121 funcionarios, de los cuales 20 están en modalidad a contrata (16,5%) y el resto son asesores contratados a honorarios (83,5%). Es una debilidad que haya un porcentaje tan alto de honorarios porque no garantiza estabilidad del equipo profesional en el tiempo, ello se debe a que CONACE no es un programa dentro de la Subsecretaría de Interior; su próxima conversión en un servicio es un avance en este sentido. En regiones, se repite la debilidad observada a nivel central respecto de la alta proporción de honorarios v/s contrata, donde los primeros representan el 92% de los profesionales contratados. Sobre el personal a nivel comunal, los equipos CONACE Previene en la comuna son contratados por cada municipio a honorarios (con recursos CONACE).

CONACE es hoy en día un programa dependiente del Ministerio del Interior, que carece de institucionalidad propia y que desde su creación ha crecido sostenidamente en distintos ámbitos de acción debido a las urgencias que el fenómeno de las drogas impone a nuestra sociedad. Su estructura organizacional, por tanto, se ha ido desarrollando a partir de aquella realidad y se ha mostrado adecuada para el desarrollo de las tareas planteadas. Sin embargo, la envergadura de las actividades, la magnitud de los recursos

que debe administrar y las responsabilidades que le corresponden hacen necesario dotarlo de una estructura jurídica propia dentro del sistema estatal. Por tal razón se tramita en el Congreso Nacional un proyecto de ley que, entre otras materias, transforma a CONACE en un servicio público descentralizado. La transformación del actual en un servicio es un paso positivo hacia la facilitación y fluidez de la gestión interna de los programas incluidos como componentes de esta evaluación.

El organigrama actual pone en un mismo nivel funciones de distinto tipo (por ejemplo, funciones de apoyo y funciones de ejecución de programas). Los componentes programáticos debe tener una mayor jerarquización en el organigrama, dado que orientan el foco de su proceso de producción; aparecen sin embargo en un plano y nivel similar a funciones transversales como comunicaciones, estudios, administración, entre otros, y todas estas funciones, a su vez, se ubican en una línea de dependencia jerárquica debajo de una sola instancia central de toma de decisiones. La visibilización de los componentes en la estructura organizacional permitiría ordenar de manera más clara la gestión institucional hacia las áreas programáticas donde CONACE agrega valor.

Desde el punto de vista de los **mecanismos de coordinación y asignación de funciones**, la opción de CONACE por desplegar gran parte de la “bajada” territorial de los programas de prevención en la familia, los establecimientos educativos y los lugares de trabajo a través de las estructuras comunales del Previene en la Comuna, es una estrategia que va en la dirección correcta, pues aumenta la probabilidad que los programas sean pertinentes a las necesidades y prioridades de cada territorio. El estudio complementario realizado para esta evaluación¹⁵³ señala que CONACE cuenta además, con estrategias de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no se ejecuta Previene, así como con estrategias de prevención basadas en asociatividad intercomunal; ello permite difundir la oferta programática en todo el territorio nacional.

El mismo estudio antes citado da cuenta que el funcionamiento de los equipos comunales de CONACE Previene requiere, para que sea eficaz y obtenga logros con su instalación en una comuna, controlar dos variables claves que, cuando no están presentes, se convierten en elementos obstaculizadores: la existencia de un municipio comprometido y un alcalde colaborador; y la presencia de un Coordinador Comunal que cuente con competencias y habilidades para el trabajo en equipo, relaciones interpersonales y facilidad para interactuar con actores locales diversos y heterogéneos.

La oferta programática de CONACE no presenta duplicidades con otros programas. En el caso de los programas de tratamiento existe complementariedad con las coberturas de atención garantizadas en salud por el Garantías Explícitas en Salud (GES) para la población menor de 20 años. Este último asegura tratamiento para la población menor de 20 años, mientras los programas de CONACE benefician a población que supera dicha edad y que no está cubierta por el primer sistema. La única excepción es el caso de los adolescentes -entre 14 y 18 años- infractores de ley con consumo problemático, que por ley deben ser atendidos por los programas CONACE.

Respecto de los **mecanismos de participación**, en el caso de las escuelas éstos parten de un supuesto débil, que es la pre-existencia de instancias de participación al interior de los establecimientos. Los mecanismos de participación en prevención en empresas están bien definidos conceptualmente aunque en la práctica no garantizan que efectivamente cumpla su función de ser un canal de participación.

¹⁵³ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). Op. Cit.

En el componente de tratamiento y rehabilitación, los mecanismos de participación son sólo de tipo receptivo (libros o instancias de sugerencias y reclamos, OIRS), pero no existen mecanismos de participación activa.

Los **criterios de focalización/selección** en los programas preventivos (familia, educación y laboral) son generales y sería conveniente explicitar de mejor manera y operacionalizar algunos conceptos que son usados en la práctica como criterios de focalización. Por ejemplo, en prevención familiar, se priorizan familias residentes en comunas con Previene, que conozcan dicho programa y que tengan disposición a participar, es decir hay autoselección de beneficiarios que lleva implícito un sesgo de exclusión –no deseada por cierto- de aquellos hogares que requieren acceder a esta oferta programática pero por motivos ajenos a su voluntad no acceden a la información.

En prevención escolar también opera una priorización hacia establecimientos que reciben financiamiento público, lo que parece ser un criterio razonable, aunque la participación efectiva también ocurre por autoselección (demanda e interés de los establecimientos). En prevención laboral la participación de las instituciones públicas es obligatoria por ley, pero la de las empresas se asegura según la demanda efectiva. Parece razonable que una condición para participar en el programa sea el interés efectivo de participar. Sin embargo, esto abre la pregunta por la población que se autoexcluye –por no presentar interés- en los grupos escolar y empresas privadas, pero que igualmente presenta el problema que motiva la creación de estas ofertas programáticas.

Por su parte, el componente de tratamiento y rehabilitación, presenta criterios de focalización y mecanismos de selección adecuados pues permiten la derivación de beneficiarios hacia distintos planes de tratamiento, en base al diagnóstico clínico de cada caso.

El único componente que aplica un criterio especial de género para la selección de beneficiarios es el de tratamiento; hay un programa que está focalizado específicamente hacia mujeres, atendiendo a sus especificidades, particularmente las relacionadas con la mayor inserción en el ámbito laboral y la necesidad de cuidado infantil para sus hijos (en caso de tenerlos) mientras dura el tratamiento.

No existen criterios explícitos de **asignación de recursos** entre los diferentes programas de Prevención incluidos como componentes de esta evaluación. Los recursos se asignan en función de las necesidades y demandas internas a cada componente. Existe, en la Ley de Presupuestos, una transferencia específica para las regiones a fin de desarrollar programas preventivos, a través de la cual también se puede contratar personal. Salvo esta identificación, no existen criterios de asignación que den cuenta de las necesidades regionales de prevención.

En el caso del componente de tratamiento y rehabilitación, los criterios de asignación de recursos entre regiones, sub-componentes y al interior de los sub-componentes están regulados por convenios de transferencia entre CONACE, MINSAL y FONASA (y SENAME en el caso de adolescentes infractores con consumo problemático) que establecen condiciones claras para entrega de fondos y rendición de los mismos.

Por último, en el caso de Previene, los recursos son asignados directamente desde el nivel central a las comunas, sin existir asignaciones regionales, según cumplimiento en los porcentajes de rendición acordados y grado de cumplimiento de la planificación anual. El traspaso de recursos está regulado por convenios directos entre CONACE y el municipio respectivo, lo que asegura un adecuado control de los mismos. Sin embargo, se observa una debilidad del modelo de asignación de recursos, en la dependencia de los profesionales del equipo comunal de Previene con el municipio (por el cual son

contratados a honorarios) y no están integrados dentro de la escala de remuneraciones y beneficios del personal a contrata de esta institución, como tampoco del personal de planta de los municipios. Esto los coloca en una situación de vulnerabilidad laboral que desincentiva su permanencia en los equipos comunales, en caso de surgirles alguna alternativa laboral en condiciones de mayor estabilidad; esto explica la rotación en estos puestos detectada por el estudio complementario contratado para efectos de esta evaluación¹⁵⁴. A esta debilidad se suma el hecho que los profesionales de los equipos comunales tienen una doble dependencia: programática con CONACE y administrativa con el municipio, modelo que requiere para su buen funcionamiento que ambas instituciones estén alineadas en sus visiones y objetivos.

En lo que respecta al **seguimiento y evaluación** de los distintos componentes, CONACE cuenta con bases de datos disponibles que incluyen la información necesaria y suficiente para la gestión del programa, las cuales son actualizadas periódicamente. Con dicha información se da cuenta del estado de avance de la planificación anual y del cumplimiento de metas¹⁵⁵. El sistema COLABORA es el instrumento, incorporado a la intranet del portal web del CONACE, que permite el monitoreo y la consulta en línea y al día del avance de los programas respecto de sus coberturas. Este instrumento se da en el marco del Sistema de Planificación y Control de Gestión (SIG) Institucional.

En el caso del componente de tratamiento, la información generada retroalimenta la toma de decisiones, dado que los registros del sistema COLABORA están asociados directamente a transferencias de recursos inter-institucionales. En los demás componentes, la información sirve como antecedente para definiciones o decisiones de lineamientos de política global, pero no hay evidencia que se use para decisiones de asignación de recursos o focalización.

Los estudios de evaluación realizados a los programas son independientes y permiten identificar logros y debilidades de los componentes, tanto con respecto a procesos, gestión, como a resultados. En el caso de tratamiento y rehabilitación, se han realizado cambios al programa, con la apertura de nuevas líneas (por ejemplo, diferenciación de programa mujeres respecto de programa población general) y la re-definición de planes, precios y modalidades de tratamiento.

En el sitio web de CONACE están disponibles de manera abierta todas las encuestas nacionales de población general y población escolar de consumo de drogas. La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas permite describir tendencias de consumo y prevalencias de distintas drogas en la población general. Sin embargo, metodológicamente sirve para establecer una línea de base de la Estrategia Nacional e Drogas, pero no de cada uno de los componentes en particular, porque el objetivo de este instrumento es la caracterización epidemiológica de la población y no está diseñada para estimar o medir directamente impacto de las políticas y programas implementados. La información de estos estudios nacionales ha sido de gran valor al momento de diseñar y elaborar los contenidos de los programas que implementa CONACE, tal es el caso de factores como el involucramiento paterno y la percepción de riesgo, cuya importancia como factor protector del consumo de drogas, fue demostrada en los estudios de población general de los años 2004 y 2006, sirviendo de base para elaborar o ajustar los contenidos de los programas Prevenir en Familia y los Programas de Prevención en el Sistema Escolar.

¹⁵⁴ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). "Procesos de Gestión Territorial CONACE Previene en la Comuna - Informe final - Estudio complementario". DIPRES – CONACE. Santiago de Chile.

¹⁵⁵ A través de los instrumentos que la administración del estado ha dispuesto para tales efectos (Programa de Mejoramiento de la Gestión – PMG (Dipres), Programación Gubernamental (Minseges), Estrategia de Seguridad Pública (Interior), etc.).

La base de datos de FONASA, en el caso de beneficiarios de tratamiento y rehabilitación, es utilizada de manera regular como parte del proceso de gestión y transferencia de recursos. Si bien la información que CONACE dispone a partir de esta base es relevante, se advierte que, “la calidad de los datos para las prestaciones y otros indicadores clínicos no siempre son registrados adecuadamente en el sistema informático¹⁵⁶”. Esto se refiere a las estadísticas específicas de los beneficiarios, logros terapéuticos, cumplimiento de protocolos, logros de gestión, focalización del programa, entrega de prestaciones y egresos o abandonos, por lo cual la base de datos no es confiable para evaluar la efectividad del programa de tratamiento, pero sí la gestión de pagos mensuales.

Esto indicaría que, si bien la base tiene un importante potencial para la generación de información epidemiológica y de gestión que sirva a la retroalimentación y adecuación del programa, hasta ahora ha sido subutilizada.

Siendo FONASA-MINSAL el prestador de los servicios contratados por CONACE, la precariedad de esta información refuerza la idea que el componente de Tratamiento y Rehabilitación no tiene una lógica enfocada a lograr resultados finales del tratamiento (alta terapéutica) en los beneficiarios, sino que prima una lógica de entrega de servicios a aquellos que se acercan a solicitarlo.

Eficacia y Calidad

En relación al desempeño del programa en cuanto a la producción de componentes.

- Los componentes referidos a Prevención, presentan un comportamiento similar en tanto trabajan con agentes multiplicadores de los bienes y servicios que entregan. El componente Familia, genera padres y adultos significativos, habilitados para realizar acciones de prevención en la familia; para lograr dicho objetivo se capacita a monitores. La formación de los mismos es indispensable para el logro del componente, y así para el logro del Propósito, por el carácter replicador que genera en la población beneficiaria. Sin embargo, el porcentaje de logro de familias habilitadas por sobre la población objetivo (5,8%) es muy bajo.
- En el componente Educación, si se considera que para el año 2008, la razón entre profesores-estudiantes es de 1/48 y los docentes capacitados alcanzaron a 18.287 en total, la estimación de escolares que participan del programa es de 877.776, lo que corresponde a una cobertura de 22,8%. Esta cifra impactaría débilmente sobre la prevención primaria en estudiantes.
- Respecto al componente Laboral, en el 2008 la relación (cobertura) organización con política instalada/población objetivo es de 7,6% para las instituciones públicas y de un 0,04% para las empresas privadas.
- El componente referido a Tratamiento, presenta una producción sobre el nivel de lo planificado de las Unidades de Tratamiento, reflejando una tendencia suficiente en la producción del mismo.
- El servicio entregado por CONACE Previene en la Comuna corresponde a los procesos que forman parte de la instalación y desarrollo del programa, del mismo cabe destacar el compromiso asumido por las autoridades comunales, en el apoyo con recursos al mismo.

En relación al análisis de Cumplimiento del Propósito

¹⁵⁶ Conace (2009). Comentarios al Informe Preliminar, pp.13.

- Indicador es insuficiente para la medición de resultados a nivel de propósito, lo que no permite realizar un análisis de cumplimiento del mismo. Aporta a la evaluación de la calidad del proceso.

En relación al análisis de Cobertura

- En relación a la población objetivo vs la población beneficiaria, se presenta la misma tendencia en los componentes 1 y 3 de prevención. En relación a unidades homogéneas de coberturas (familias, organizaciones públicas, empresas y comunas) se puede observar un ascenso en la cobertura correspondiente a los dos primeros años y un posterior descenso.
- El componente Educación y CONACE Previene en la Comuna de prevención presentan relaciones de cobertura tanto con la población beneficiaria como objetivo en estándares cercanos al 100%.
- En relación a unidades homogéneas de comparación en el área de Tratamiento (personas), se puede observar cómo ha ido aumentando la cobertura, con una variación positiva de 7,4 %, entre el inicio y el final del periodo de evaluación. Asimismo se observa una cobertura promedio anual de 65,13%
- Sin duda que en el análisis de cobertura, el área de Tratamiento ha podido avanzar substantivamente en la incorporación de la población objetivo.

En relación al Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

- Los estudios evaluativos sobre la satisfacción usuaria de los Componentes de Prevención (1, 2 y 3), indican satisfacción de los mismos y de los beneficiarios intermedios, como los docentes y monitores.
- Asimismo sobre los usuarios del Programa dirigido a la Población General, donde se indican niveles adecuados de satisfacción de los usuarios. Ahora bien, no se conocen antecedentes sobre estudios dirigidos a la población usuaria del Programa de Mujeres, ni de Infractores Adolescentes, lo que pondría dar una imagen más acabada sobre la satisfacción usuaria en relación a Tratamiento y Rehabilitación.

En relación al Desempeño del Programa a nivel de Fin

- Considerando que el Fin del programa se orienta a “Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas”, se asume de manera teórica y dada la pertinencia de los componentes que éstos han contribuido al logro del mismo. De acuerdo, al análisis de una serie de estudios evaluativos se puede observar que dicha valoración presenta notables matices.
- Sobre el Componente 1: el programa logra entregar información valiosa respecto a las drogas y sus consecuencias, a sus beneficiarios directos, los padres, sin embargo, la evidencia muestra también que este efecto es menor en los hijos. Lo que principalmente logra realizar el programa “Prevenir en Familia” es la creación de una conciencia de los roles que deben asumir los padres en la socialización de sus hijos y una reflexión sobre las habilidades adecuadas e inadecuadas de los padres, de esta manera su aporte al Fin es secundario ya que recae en el beneficiario principal (adultos significativos) pero no llega con claridad a generar cambios de conductas en los menores.
- Sobre el Componente 2: si bien el componente, específicamente implementado en 8vo básico, satisface a los estudiantes, en aquellos estudiantes que presentan consumo, el nivel de satisfacción es menor. Asimismo el programa modifica la percepción de

riesgo respecto del uso experimental de marihuana y respecto del poder adictivo de la marihuana, pero otros aspectos como la percepción de que la mayor parte de los jóvenes usa marihuana o los trastornos de conciencia asociados a su uso no aparecen suficientemente impactados.

- Sobre el Componente 3: Se evidencia un significativo camino avanzado en lo que respecta a sensibilización, información y toma de conciencia en el tema y en algunos casos la definición de políticas en el tema ha implicado la conformación de equipos comprometidos y la adopción de acciones preventivas integrales que superan lo directamente asociado a la cuestión del consumo de drogas. Su aporte al Fin, refiere al reconocimiento y valoración de las instituciones hacia la Política, mediante el posicionamiento de la organización en relación al tema y en lo concreto, la generación de orientaciones para el abordaje del consumo, por ejemplo ello evita despidos automáticos de trabajadores en caso de detección del mismo.
- Sobre el Componente 4: el abandono del tratamiento resultó ser la única variable asociada consistentemente a la recaída en el consumo, tanto al momento del egreso como en todos los tiempos de estudio posteriores, el resto de las variables analizadas arrojaron una apreciación positiva sobre el desempeño del componente.

Antecedentes Financieros

- El gasto total devengado habría crecido entre 2005 y 2008, explicado en un 79% por el aumento del gasto en el componente Tratamiento y Rehabilitación. A su vez, prácticamente un tercio de este aumento estaría explicado por la incorporación de Infractores de Ley, y cerca de una cuarta parte por aumento en el gasto en Población General.
- Ese aumento del gasto sería consistente con que el componente tratamiento y rehabilitación entienda por criterio de focalización el dar atención a beneficiarios del sistema público de salud, que tengan disposición a recibir tratamiento.
- Los gastos de administración se han mantenido en un promedio del 6,2% del gasto total. Esto ha significado, en una perspectiva dinámica, un crecimiento real del 71% entre 2005 y 2008.
- CONACE es eminentemente una institución que produce servicios y bienes para entregarlos a los beneficiarios de sus diversos componentes. Los gastos que le genera al Estado la producción de los bienes y servicios que entrega el programa no tienen correspondencia con una recuperación de estos gastos de manera directa. No hay tarifas por venta, ni copagos por servicios.
- Esto es así principalmente porque la prevención en el consumo y tráfico de estupefacientes, y el tratamiento y rehabilitación a los individuos con adicción problemática, generan externalidades positivas a la sociedad, lo que por sí representaría una justificación económica para que sea el Estado quien se haga cargo de todo el costo de estos bienes y servicios particulares.

IV. RECOMENDACIONES

Diseño

Asegurar en el diseño del programa sistemas de seguimiento, monitoreo o evaluación continua a los resultados esperados para cada programa. Para esto se recomienda definir indicadores de resultados intermedios o de efectos, a los cuales se pueda hacer seguimiento en el tiempo. Estos indicadores evaluarían cambios en el comportamiento o actitud de los beneficiarios una vez que han recibido los bienes o servicios de un programa o acción pública.

Fortalecer e incrementar las actividades ya iniciadas desde el 2003, relacionadas con la detección precoz o la atención temprana al consumo en situaciones de riesgo. Se refiere a estrategias dirigidas a población que ya se ha iniciado en el consumo de drogas o lo hace de manera esporádica, que no presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia, el trabajo preventivo se centra en lograr la abstinencia y evitar que el consumo se haga habitual, abusivo o que se desarrolle dependencia. No existen evaluaciones de resultados a programas dirigidos a jóvenes en riesgo, por lo que se recomienda que se realicen estudios de efectividad a programas pilotos para validar el modelo de intervención en esta población.

Reforzar acciones (visitas, rescate, prevención de recaídas, seguimiento, etc.) que aseguren la retención de los usuarios en el proceso de Tratamiento y Rehabilitación de los tres subcomponentes evaluados. Si bien este componente ha considerado las actividades de rehabilitación e inserción social, ellas deben ser potenciadas y fortalecidas para un completo cumplimiento de los objetivos a nivel de propósito.

Organización y Gestión

Fortalecer (o crear, según el caso) una unidad a cargo de las funciones de evaluación de resultados y seguimiento de beneficiarios para todos los componentes. El proyecto de ley que crea la institucionalidad relacionada con el tema de drogas, está redactado de manera general y no señala unidades de evaluación en la organización del servicio, por lo que se recomienda fortalecer la unidad de evaluación de resultados.

Para un buen funcionamiento de los equipos Previene comunales se recomienda asegurar buen proceso de selección de coordinadores comunales Previene, en base a competencias requeridas, dado su rol estratégico en la implementación, coordinación y apertura de instancias de participación ciudadana en la comuna. En la misma línea, reforzar y/o generar algún tipo de política de recursos humanos que fomente la mantención de los profesionales en los equipos comunales Previene.

En el caso de prevención laboral, no es posible garantizar que el equipo preventivo efectivamente cumpla su función de ser un canal de participación, lo que se podría superar integrando la prevención dentro de las instancias que por ley las empresas pueden conformar, como es la normativa de prevención de riesgos o salud ocupacional los comités paritarios de higiene y seguridad, o los comités bipartitos de capacitación.

En los programas preventivos donde los beneficiarios acceden por autoselección e interés por participar—entendida por la elección de la alternativa de aceptar o rechazar la oferta de prevención—, se sugiere precisar los criterios de focalización y diseñar ofertas diferenciadas para la población que no demuestra interés o motivación por incorporarse,

pero que igualmente presenta la necesidad de recibir prevención primaria (antes de presentar el problema de consumo) o terciaria (tratamiento/rehabilitación) que motiva la creación de estas ofertas¹⁵⁷.

En el marco de la nueva institucionalidad que convertirá a CONACE en un servicio público autónomo y descentralizado, se sugiere reordenar el organigrama institucional de un modo tal que le dé más visibilidad a las áreas programáticas y le dé a las áreas de gestión un rol de apoyo transversal. Una posibilidad sería avanzar hacia un modelo de organización matricial¹⁵⁸.

Se recomienda la revisión del sistema de información del consumo de drogas y los resultados de los programas relacionados, considerando distintos objetivos que pudiesen ser asumidos por distintos sectores de la administración pública y a distintos niveles territoriales. Esto es:

(iv) *Contar con información epidemiológica respecto de la situación de consumo, factores de riesgo y daño a la salud.* El cumplimiento de este objetivo puede estar representado en un módulo especialmente diseñado para el levantamiento de esta información (similar a lo que realiza la encuesta actual) que sea asumido por algún instrumento de morbilidad y riesgo de nivel nacional cada 4, 6 o más años. Un estudio epidemiológico de este tipo requiere de un periodo suficiente para evaluar el comportamiento de las variables que no dan cuenta de cambios en el corto plazo. Considerando que existe actualmente capacidad técnica de calidad instalada en el país, esto contribuiría a la disminución de los costos y esfuerzos desplegados hasta ahora en los estudios nacionales

(v) *Contar con información respecto de los resultados de los programas de intervención de Conace.* Esto requiere de instrumentos y diseños específicos, especialmente elaborados para la evaluación de los programas, que tuviesen metodológicamente, la flexibilidad suficiente para ser aplicados a distinto nivel territorial (regional o comunal) que permita la comparación de resultados en diferentes lugares y eventualmente puedan ser incorporados como un módulo al interior de otros instrumentos de evaluación de programas sociales. Para el componente Tratamiento y Rehabilitación actualmente se cuenta con el registro FONASA que requeriría mejorar los procesos relacionados con la generación de información.

(vi) *Contar con información respecto de la efectividad de las intervenciones sobre factores protectores, prevención de factores de riesgo, tratamiento y rehabilitación de los*

¹⁵⁷ Para CONACE, aquella población que presenta consumo y se autoexcluye, tiene características que requiere una intervención específica. Desde el año 2008 se han iniciado intervenciones de prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerables, prevención secundaria en establecimientos educacionales vulnerables, intervenciones en lugares de ocio y recreación, entre otros.

¹⁵⁸ El concepto de "organización matricial" implica que la organización más que dibujar su organigrama de relaciones jerárquicas, se representa a través de una matriz con doble o triple entrada, donde aparecen reflejadas las dos o tres formas de resolver las preocupaciones centrales de la organización. Una forma posible de implementarla sería, por ejemplo, que –en sentido vertical– bajo la instancia de dirección estratégica (secretaría ejecutiva) se ubicaran 3 grandes áreas programáticas en las cuales CONACE agrega valor para el logro del propósito institucional (prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación, control de tráfico), con especialización en diseño, creación de capacidades y seguimiento de objetivos. En sentido horizontal, por su parte, podrían debiesen estar las áreas de apoyo transversales (comunicaciones, estudios, etc.). Las jefaturas de áreas "verticales" y "horizontales" comparten similar rango institucional y dependen del mismo nivel directivo, pero sus ámbitos de acción están re-ordenados de una manera que facilite la sinergia y la acumulación más eficaz de aprendizajes institucionales. Otras áreas como asesoría jurídica, internacional, finanzas, planificación, podrían ser funciones de asesoría estratégica, distintas de las jefaturas de áreas expuestas en el párrafo anterior. Las estructuras regionales y comunales en este esquema tendrían que serían los "brazos operativos" que ejecutan y adaptan a la especificidad de las realidades territoriales, los lineamientos definidos, contando para ello con los equipos profesionales y técnicos que se justifique en cada caso.

daños asociados al consumo de drogas. Corresponde a estudios de específicos que evalúen resultados de proyectos particulares, en vistas a validar experiencias y replicarlas a mayor escala. Actualmente esto ha sido realizado por Conace para algunas intervenciones, sin embargo los ámbitos de la prevención secundaria y de la rehabilitación y reinserción social requieren de una mayor priorización. Se recomienda el fomento de estos estudios en la comunidad científica.

El hecho que sea CONACE quien administra el presupuesto para el tratamiento y rehabilitación del consumo problemático de las drogas, y que sea MINSAL-FONASA quien entregue las prestaciones contratadas, trata de evitar que un solo actor sea juez y parte en la ejecución de este programa, y supone una relación agente-principal por lo que se requiere de una correcta supervisión, una confrontación de logros contra un conjunto de metas, y acciones que premien o penalicen incumplimientos o pobres rendimientos.

V. BIBLIOGRAFÍA

AUTOR (año)	Título del Libro
ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009)	"Procesos de Gestión Territorial CONACE Previene en la Comuna - Informe final - Estudio complementario"- . DIPRES – CONACE. Santiago de Chile.
Comisión interamericana para el control del abuso de drogas – cicad. (2007)	<i>Chile. Evaluación del progreso de control de drogas 2005-2006.</i> Santiago de Chile
CICAD (2008)	"Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión. Estudio Comparativo sobre Consumo de Drogas y Factores Asociados en Población de 15 A 64 Años" Naciones Unidas. Organización de los Estados Americanos Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Santiago de Chile
CICAD (2009)	"Informe Final. Cuadragésimo Cuarto Periodo Ordinario de Sesiones Del 19 Al 21 De Noviembre De 2008". Organización de los Estados Americanos Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Santiago de Chile
CONACE (S/F)	Previene. Modelo de Intervención Territorial para la Prevención del Consumo y Tráfico de Drogas. Santiago de Chile.
CONACE (2003)	<i>Estrategia Nacional sobre Drogas, 2003-2008.</i> Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
CONACE (2004).	<i>Manual de Prevención del consumo de Drogas en el mundo laboral.</i> Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
CONACE (2004).	Lineamiento Técnicos: Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Consumo Problemático de Drogas. Santiago de Chile.
CONACE (2004)	Lineamiento Técnicos: Tratamiento y Rehabilitación del Consumo Problemático de Drogas en población de niños, niñas y adolescentes, desde una mirada comprensiva evolutiva. Santiago de Chile.
CONACE (2004)	Mujeres y Tratamiento de Drogas. Santiago de Chile.
CONACE (2005)	<i>Prevenir en Familia.</i> Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
CONACE (2006)	<i>Prevención del Consumo de Drogas. Una Estrategia Nacional.</i> Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
CONACE (2006).	Guía de Asesoría Clínica para Programas de Tratamiento para Población Específica de Mujeres

- CONACE (2006). Prevenir en Familia: Aportes evaluativos de las familias participantes. Santiago de Chile.
- CONACE (2007). Guía de Asesoría Clínica para Programas de Tratamiento y Rehabilitación en Drogas para Población Infantoadolescente y sus Especificidades
- CONACE (2007). Aportes Evaluativos al Programa “Prevenir en Familia”. Informe de Resultados. Santiago de Chile.
- CONACE (2007a) *Escuela sin Drogas*. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- CONACE (2007b) *Séptimo Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile 2006*. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- CONACE (2008). Evaluación del programa de prevención escolar de drogas “Quiero ser”. Octavos Básicos, 2007- Santiago de Chile.
- CONACE (2009) Ficha de antecedentes del programa Preparación marco lógico-Ficha Prevención de drogas en el sistema educativo Documento Interno.
- CONACE (2009) Ficha de Presentación de Programas - Presupuesto Año 2008- Documento Interno.
- CONACE (2009) Ficha de antecedentes del programa Preparación marco lógico-Ficha Área de Tratamiento y Rehabilitación- Documento Interno.
- CONACE (2009) Flujograma General. Programa de Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Sistema Educativo. Documento Interno.
- CONACE (2009a) “Ficha de Antecedentes del Programa. Preparación Marco Lógico”. Antecedentes para la Evaluación. del Panel Documento Interno.
- CONACE (2009b) “Datos sobre Cobertura”. Antecedentes para la Evaluación del Panel Documento Interno.
- CONACE (S/F,a) *Lineamientos técnicos tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas*. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- CONACE (S/F,b) *Trabajar con calidad de vida. Política de prevención del consumo de drogas en el mundo laboral*. Ministerio del Interior. Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
- CONACE (S/F) Resumen Histórico del Convenio CONACE-FONASA
Resumen Histórico de Cobertura y Presupuesto del Convenio CONACE-FONASA. Documento Interno

- CONACE (S/F) Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población Penal Adulta (Gendarmería): Decreto 2005, 2006 , 2007 y 2008- Convenio 2005, 2006 , 2007 y 2008 - Informe de Evaluación Técnica y financiera 2007 y 2008 - Informe de Asesoría Clínica: de visitas y consolidados 2007 y 2008 Informe de Jornadas de Capacitación. Santiago de Chile.
- CONACE (S/F) Informe de Evaluación Técnico del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL - Informe para los años 2005, 2006 y 2007. Elaborado por el Área de Tratamiento CONACE. Santiago de Chile.
- CONACE (S/F) Informe de Evaluación y Resultados del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL. Santiago de Chile.
- DIPRES (2008) “Notas Técnicas” División de Control de Gestión, Dirección de Presupuesto. Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Santiago de Chile. En: www.dipres.cl. Fecha de acceso: 23 febrero, 2009
- DIPRES (2008) Igualdad de oportunidades en el empleo público. 1998-2007. Santiago de Chile
- EMOL (2009) Cambios en orientaciones de rehabilitación: terapias antidrogas suben su eficacia si diferencian por sexo viernes 31 de octubre de 2008. Santiago de Chile.
- EXPANZION CONSULTING GROUP LTDA.(2009) Evaluacion de Resultado del Programa Prevenir en Familia – CONACE. Santiago de Chile
- FAÚNDEZ MOLINA, JUAN EDUARDO (2005) “La incidencia del consumo de drogas en Chile, experiencia de la acción del Previene en cinco Comunas de la Región Metropolitana.” En: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/faundez_j/html/index-frames.html Fecha de acceso: 3 de marzo, 2009
- FONASA (2008). Sistema de Registros. Convenio CONACE-FONASA: Sistema Colabora y Software. Documento Interno.
- GOBIERNO DE CHILE (2006) “Protocolo Operativo” Ministerio del Interior (CONACE) – FONASA – MINSAL - SENAME. Anexo N°2 Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol –Drogas y Otros Transtornos de Salud Mental. Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2008) “Decreto Exento N° 4342.” Ministerio del Interior (CONACE) – FONASA – MINSAL - SENAME. Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol –Drogas y Otros Transtornos de Salud Mental. Santiago de Chile.

- GOBIERNO DE CHILE (2007) “Anexo N° 2 H. Instructivo Rendición y Pago De Centros de Tratamiento Prestadores a FONASA . Convenio Ministerio del Interior (CONACE) – Ministerio de Salud – FONASA – SENAME”. Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2007) “Anexo N° 2 Instructivo de Rendición de Cuentas. Programa CONACE – FONASA. Convenio Ministerio del Interior (CONACE) – Ministerio de Salud – FONASA – SENAME”. Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2007) “Anexo N° 2.F Del Protocolo Operativo. Convenio Ministerio del Interior (CONACE) – Ministerio de Salud – FONASA – SENAME.” Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2008) “Decreto exento n° 4341. Ministerio del Interior (CONACE) – fonasa – MINSAL.” Programa de apoyo a planes y tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas. Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2008) “Decreto exento n° 4355.” Ministerio del interior y Ministerio Público, para la implementación del proyecto “suspensión condicional del procedimiento por tratamiento del consumo problemático de drogas. Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2007) “Anexo n° 2. Protocolo operativo. Convenio Ministerio Del Interior (CONACE) – Ministerio de Salud – FONASA – SENAME” Programa de tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol –drogas y otros trastornos de salud mental. Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE (2007) “Orientaciones técnicas. Tratamiento del consumo problemático de alcohol y drogas y otros trastornos de salud mental en adolescentes infractores de ley edición 2007”.Área técnica de tratamiento y rehabilitación - CONACE- Ministerio del Interior - Subsecretaría de salud pública- Ministerio de Salud- Departamento de derechos y responsabilidad juvenil – SENAME- Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE Convenio CONACE-FONASA-MINSAL- Programa de planes de tratamiento y rehabilitación para Población General.- Programa de planes de tratamiento y rehabilitación para Población Específica Mujeres Adultas- Santiago de Chile.
- GOBIERNO DE CHILE Convenio CONACE-FONASA-MINSAL Decreto aprobatorio de convenio marco 2005, 2006, 2007, 2008 2. Convenio Marco 2005, 2006, 2007, 2008 Santiago de Chile.

GOBIERNO DE CHILE		Protocolo Operativo: - Norma y Orientaciones Técnico-Administrativas; - Precios Mes Plan de Tratamiento - Instructivo llenado Planillas de Registros - Sistema de Supervisión y Asesoría a los Centros de Tratamiento - Instructivo de Rendición de Cuentas Programa CONACE-FONASA-MINSAL - Instructivo Rendición y Pago de Centros de Tratamiento Prestadores a FONASA - Términos de Referencia para la Selección de Instituciones Ejecutoras de Planes de Tratamiento Santiago de Chile.
GOBIERNO DE CHILE		Programa Tribunales de Tratamiento para Infractores Bajo Supervisión Judicial: - Proyecto 2008; - Convenio 2007 Ministerio de Salud; - Convenio 2007 Ministerio Publico; - Convenio 2008 Ministerio Publico; - Manual de Procedimiento; - Informe Ejecución 2007 y 2008 por Zonas. Santiago de Chile.
GOBIERNO DE CHILE		Convenio CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME-1.*Decreto aprobatorio de convenio marco 2007- 2.*Convenio marco 2007 y todos sus anexos -3.*Decreto aprobatorio de modificación del convenio marco del 2007.-4.*Decreto aprobatorio de convenio marco 2008. -5. *Convenio marco 2008 y todos sus anexos.6.*Ley 20.084 de responsabilidad penal adolescente. 7.*Norma Técnica Nº 85. Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental. 8. *Orientaciones técnicas. Tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol, drogas y otros trastornos de salud mental. 9.*Documentos con los puntos de la pauta de solicitud de información del programa. 10. Presentaciones en power point de flujogramas del programa y de prevalencias y factores asociados al consumo en adolescentes infractores de ley* Santiago de Chile.
INAP- CESC (2006)		Evaluación Programa Previene-CONACE. Informe Final. Santiago de Chile.
INE (2008)		"CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población. 1990-2020. País y Regiones". Gobierno de Chile. Santiago de Chile.
LISBOA B CARMEN (1995)		"Investigación en Costo-Efectividad". En: Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, Numero 24, Santiago de Chile.
MIDEPLAN (2007)		"Resultados Familia, CASEN, 2003- 2006". Santiago de Chile.
MINISTERIO INTERIOR (2007)	DEL	"Anexo Nº 2 D. Planilla de Registros e Instructivo Llenado Planilla De Registros. 1712". Santiago de Chile.
MINISTERIO INTERIOR (2007)	DEL	"Anexo Nº" E. Plantilla de registro mensual, Santiago de Chile.

MINISTERIO DE SALUD (2007)	“Sistema de supervisión y asesoría a los centros de tratamiento para adolescentes infractores de ley.” Santiago de Chile.
MINISTERIO DE SALUD (2006)	“Norma técnica para el tratamiento integral de adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol - drogas y otros trastornos de salud mental.” 20 de febrero 2006. Santiago de Chile.
MINISTERIO DE SALUD (2007)	“Anexo n°2 c del protocolo operativo” . Modalidades de atención y prestaciones “Programa de planes de tratamiento y rehabilitación para adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol – drogas y otros trastornos de salud mental”, convenio CONACE – MINSAL –SENAME- FONASA Santiago de Chile.
RIVEROS ESPÍÑEIRA M ^a ELENA (2003)	“Historia de desempeño ocupacional en usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación en drogas: una propuesta para la prevención.” Proyecto de asesoría a CONACE. Estudio complementario. Proyecto de tesis para optar al grado de magíster en salud pública “”. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Escuela de salud pública. Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2001)	Estudio Exploratorio Convenio CONACE-FONASA, Escuela Salud Pública, Universidad de Chile. Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2003)	Evaluación del Planes de Tratamiento de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA en programas de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas. Escuela Salud Pública, Universidad de Chile Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA (2003)	“Evaluación del plan ambulatorio básico de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA en programas de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas” Volumen II- “Proyecto de asesoría a CONACE” Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PÚBLICA (2004)	“Evaluación del plan ambulatorio intensivo de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA en programas de apoyo a los planes de tratamiento y rehabilitación en drogas”- Volumen II - “Proyecto de asesoría a CONACE” Santiago de Chile.
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2004)	“Evaluación de proceso y resultado de planes de tratamiento y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas ilícitas en instituciones en convenio con CONACE-FONASA-MINSAL”-Informe final - Proyecto de asesoría al CONACE. Santiago de Chile

UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2006)	“Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA”- Tercer Informe-. Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2006)	“Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA”- A un Año de Seguimiento-. Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2008)	“Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE-FONASA”- A 36 meses de Seguimiento-. Santiago de Chile
UNIVERSIDAD DE CHILE FACULTAD DE MEDICINA ESCUELA DE SALUD PUBLICA (2008)	“Seguimiento de una cohorte de beneficiarios para la evaluación de impacto de los planes de atención de las instituciones en convenio con CONACE- FONASA- MINSAL” 36 meses de seguimiento - CONACE. Santiago de Chile
VALENZUELA JE, Y PEREZ GOMEZ A. (2005)	“Evaluación de la efectividad de los centros de tratamiento y sus intervenciones en pacientes con abuso de sustancias psicoactivas.” En: http://www.cicad.oas.org/OID/MainPage/Costs/Protocols/Tratamiento2.pdf Fecha de acceso: 23 de febrero, 2008

URL:

www.asesoriasparaeldesarrollo.cl	www.mideplan.cl
www.cicad.oas.org	www.mineduc.cl
www.conacedrogas.cl	www.minsal.cl
www.chilesolidario.gov.cl	www.minjusticia.cl
www.dipres.cl	www.mintrab.gob.cl
www.drogas.cl	www.munitel.cl
www.fonasa.cl	www.saludpublica.uchile.cl
www.gendarmeria.cl	www.sename.cl
www.ine.cl	www.subdere.gov.cl
www.institutoschilkrut.cl	

ENTREVISTAS REALIZADAS

Dr. Alberto Minoletti

Jefe Depto. Salud Mental MINSAL

Sra. Cecilia Solis

Analista Base de Datos Convenio Conace-Fonasa

Srta. Paula Asún

Srta. Bárbara Cerda

Investigadoras Estudio complementario 1

Sr. Sebastián Daza

Consultor Estudio complementario 2

Reuniones e intercambios de información permanente con:

Sra. Ma. Teresa Chadwick Secretaria Ejecutiva CONACE

Sra. Ma. Soledad Coca Subdirectora CONACE

Sr. Álvaro Ahumada Jefe Área Planificación CONACE

Sr. Enrique Martínez Jefe Administración y Finanzas CONACE

Sr. Decio Mettifogo Jefe Área Técnica en Prevención CONACE

Sr. Mariano Montenegro Jefe Área Tratamiento y Rehabilitación

Sr. Rodrigo Portilla Área Tratamiento y Rehabilitación

Srta. Carolina Bruce Área Técnica en Prevención CONACE

Sr. Juan Carlos González Área Técnica en Prevención CONACE

Sra. Olga Figueroa Área Prevención laboral CONACE

ANEXO 1(a)
MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

<p>NOMBRE DEL PROGRAMA: CONACE: Programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación y Previene en la Comuna</p> <p>AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2000</p> <p>MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio del Interior</p> <p>SERVICIO RESPONSABLE: Secretaría y Administración General, Ministerio del Interior</p> <p>OBJETIVOS ESTRATÉGICOS AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA 2009:</p> <ol style="list-style-type: none"> Fortalecer el rol de las autoridades de Gobierno Interior y del Servicio de Gobierno Interior en su calidad de representantes naturales e inmediatos del Presidente de la República y del ministerio del interior en materias de orden público, seguridad pública y gestión del territorio. Fortalecer la política de seguridad del gobierno a través de la ejecución intersectorial y coordinada de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública a nivel nacional, regional y comuna <p>PRODUCTO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Provisión de Seguridad Pública a la Población – Drogas</p>
--

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas				
PROPÓSITO: <i>Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional</i>	Resultados intermedios Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene.	(Nº de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene /Nº de personas que conocen el programa Previene.)*100		En el país se cumplen ciertas condiciones en el orden jurídico, económico, social, cultural, etc. que contribuyen al fortalecimiento de los factores protectores del consumo de drogas El conjunto de instituciones del Estado con responsabilidades en el desarrollo de la estrategia contribuyen con el logro de los objetivos estratégicos de la misma, tanto en el ámbito de reducción de la demanda como en el ámbito de control de la oferta.
1. PREVENIR EN LA FAMILIA <i>Padres y adultos significativos han sido habilitados para ejercer rol preventivo</i>	Producto: Nº de nuevos monitores formados que cuentan con materiales (bolso de familia) para la aplicación del programa Producto: Nº de Familias participantes del programa	Dato Dato	Sistema de monitoreo y control de gestión Colabora	Existe voluntad y disposición de algunas personas para capacitarse y ejercer como monitores del programa. Disposición de familias por participar en el programa.
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talleres de formación de monitores del programa Prevenir en Familia - Monitores del programa Prevenir en Familia antiguos son actualizados en información y competencias - Capacitar a formadores para que desarrollen estrategias específicas con riesgo social. - Encuentros regionales de formación de formadores en el Programa pertenecientes a instituciones y servicios públicos - Jornada de formación e intercambio de experiencias con los 15 encargados regionales del programa - Capacitación e-learning de "Prevenir en Familia" 				

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
2. Prevención en el ámbito de la Educación <i>Niños, niñas y adolescentes se han prevenido en establecimientos educacionales</i>	Proceso Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y aplican los programas preventivos	(Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y que aplican los programas preventivos año t / Total de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año t)*100	Sistema de monitoreo y control de gestión Colabora	Equipos directivos de establecimientos educativos con compromiso y apoyo en la implementación de las estrategias preventivas
Actividades - Diseño de material de difusión del continuo preventivo y política de prevención del consumo - Distribución del material del programa en establecimientos educacionales - Jornadas de sensibilización, entrega de información, capacitación para centros de padres, centros de alumnos, comunidad escolar y consejos escolares - Jornadas de fortalecimiento técnico con profesores que aplican el programa - Encuentro Nacional intersectorial (encargados Conace y contraparte Mineduc) - Aplicación en el aula del programa en los establecimientos educacionales				
3. Trabajar con Calidad de Vida <i>Instituciones públicas y empresas privadas han instalado política preventiva</i>	Proceso Porcentaje de instituciones públicas que culminan el proceso de instalación del programa de Prevención "Trabajar con calidad de vida".	(N° de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año t / N° de instituciones públicas que implementan el programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año t - 1)*100	Sistema de monitoreo y control de gestión Colabora	Interés y disposición de parte de autoridades de organismos públicos y privados por contar con agentes preventivos con capacidad para desarrollar acciones de prevención del consumo de drogas al interior de sus respectivas organizaciones. Se cuenta con la voluntad y receptividad de los integrantes de la comunidad laboral para participar en programas de prevención
Actividades - Elaboración e impresión de manuales, material educativo y de difusión del programa "Trabajar con Calidad de Vida" - Implementación del programa "Trabajar con calidad de vida" en instituciones del estado - Implementación del programa "Trabajar con calidad de vida" en empresas privadas - Realización de Seminario de buenas prácticas en la ejecución del programa a nivel nacional. - Realización de 15 seminarios de buenas prácticas regionales - Encuentro anual con jefes técnicos y encargados laborales de Conace				

ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
4. Tratamiento y rehabilitación <i>Personas con consumo problemático de drogas han sido tratadas en planes de tratamiento y rehabilitación</i> Subcomponentes: Población General Mujeres Adolescentes Infractores de Ley	Producto N° total de personas tratadas en los programas de tratamiento ofrecidos por Conace	$(N^{\circ} \text{ de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas año } t / N^{\circ} \text{ total de potenciales demandantes por problemas asociados al consumo de drogas año } t) * 100$	Informe FONASA	Centros de tratamiento interesados en participar en el programa. Personas con consumo problemático de drogas desean someterse a planes de tratamiento y rehabilitación Vigencia de la Ley 20.084
	Proceso Porcentaje de meses de tratamiento del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población General efectivamente ejecutados	$((N^{\circ} \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA – CONACE – MINSAL efectivamente ejecutados} / N^{\circ} \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA – CONACE – MINSAL planificados}) * 100)$		
Actividades - Elaboración de convenios Conace –Fonasa – Minsal y Conace –Fonasa – Minsal – Sename - Ejecución por parte de los prestadores de los planes de tratamiento contenidos en los convenios - Seguimiento y asesoría a la ejecución de los planes de tratamiento contenidos en los convenios - Capacitación a los prestadores en convenio				
5. Previene en la Comuna <i>Estrategia de prevención se ha instalado a nivel comunal</i>	Producto Porcentaje de personas que conocen el programa Previene	$(N^{\circ} \text{ de personas que conocen el programa Previene.} / N^{\circ} \text{ de personas consultadas}) * 100$	Sistema de monitoreo y control de gestión Colabora	En la comuna se cumplen ciertas condiciones en el orden jurídico, económico, social, cultural, etc. que contribuyen al fortalecimiento de los factores protectores del consumo de drogas. Las autoridades municipales están interesadas en contribuir a abordar el fenómeno de las drogas en su comuna. Temática de drogas es priorizada en la líneas de acción de entidades involucradas en la temática.
Actividades - Elaboración y firma de convenios con Municipios - Planificar la implementación de los programas nacionales en la comuna - Capacitación de equipos técnicos - Diseño de modelo de intervención en sectores focalizados - Consolidar la comisión comunal como instancia de articulación y participación para la prevención del consumo de drogas - Supervisar la ejecución de los programas nacionales de prevención del consumo de drogas en la comuna. - Desarrollo de proyectos de prevención del consumo de drogas con organizaciones comunitarias - Supervisión del ingreso de información de monitoreo en el sistema Colabora				

ANEXO 1(b)
MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN (PERÍODO 2005-2008)

NOMBRE DEL PROGRAMA: CONACE: Programas de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación y Previene en la Comuna AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2000 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio del Interior SERVICIO RESPONSABLE: Secretaría y Administración General, Ministerio del Interior OBJETIVOS ESTRATÉGICOS AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA 2009: <ol style="list-style-type: none"> Fortalecer el rol de las autoridades de Gobierno Interior y del Servicio de Gobierno Interior en su calidad de representantes naturales e inmediatos del Presidente de la República y del ministerio del interior en materias de orden público, seguridad pública y gestión del territorio. Fortalecer la política de seguridad del gobierno a través de la ejecución intersectorial y coordinada de la Estrategia Nacional de Seguridad Pública a nivel nacional, regional y comuna 						
PRODUCTO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Provisión de Seguridad Pública a la Población – Drogas						
Evolución de Indicadores						
Enunciado del objetivo	Indicadores		Cuantificación			
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de cálculo	2005	2006	2007	2008
Fin Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas						
Propósito Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional	<u>Resultados Intermedios</u> Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene. (bienal)	(Nº de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene. /Nº de personas que conocen el programa Previene.)*100	No se mide	No se mide	507.844 / 1.016.131 = 50%	No se mide
Componente 1 Padres y adultos significativos han sido habilitados para ejercer rol preventivo	<u>Eficacia/Proceso</u> Número de nuevos monitores formados que cuentan con materiales (bolso de familia) para la aplicación del programa	Dato	3.026	2.963	3.180	5.200
	<u>Eficacia/Producto</u> Número de Familias participantes del programa	Dato	64.539	70.397	66.948	55.836

Evolución de Indicadores						
Enunciado del objetivo	Indicadores		Cuantificación			
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de cálculo	2005	2006	2007	2008
Componente 2 Niños, niñas y adolescentes han sido prevenidos en establecimientos educacionales	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y aplican los programas preventivos	((Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica y que aplican los programas preventivos año t / Total de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año t)*100)	No medido	No medido	7.605 / 10.181 = 74,7%	7.049 / 9.928 = 71%
Componente 3 Instituciones públicas y empresas privadas han instalado política preventiva	Porcentaje de aumento de instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de Prevención "Trabajar con calidad de vida"	((N° de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año t / N° de instituciones públicas que implementan el programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" año t - 1)*100)	No medido	No medido	No medido	72 / 171 = 42%
Componente 4 Personas con consumo problemático de drogas han sido tratadas en planes de tratamiento y rehabilitación	<u>Eficacia/ Producto</u> Porcentaje de personas tratadas en los programas de tratamiento ofrecidos por Conace	((N° de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas año t / N° total de demandantes por problemas asociados al consumo de drogas año t)*100)	6.158 / 9.230 = 66,7%	5.861 / 9.433 = 62,1%	6.644 / 11.815 = 56,2%	7.883 / 11.815 = 66,7%
	<u>Eficacia/ Proceso</u> Porcentaje de meses de tratamiento del Programa de Tratamiento y Rehabilitación para Población General efectivamente ejecutados	((N° de meses de tratamiento del Convenio FONASA – CONACE – MINSAL efectivamente ejecutados / N° de meses de tratamiento del Convenio FONASA – CONACE – MINSAL planificados)*100)	No medido	No medido	No medido	32.505 / 30.278 = 107%
Componente 5 Estrategia de prevención a nivel local ha sido instalada	<u>Eficacia/Producto</u> Porcentaje de personas que conocen el programa Previene	(N° de personas que conocen el programa Previene / N° de habitantes de comunas que cuentan con Previene)*100	No se mide	No se mide	1.016.131 / 8.761.229 = 11,6%	No se mide

Indicadores propuestos por el Panel en la Matriz de Evaluación

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	2005	2006	2007	2008
PROPÓSITO: Se ha prevenido el consumo de drogas a nivel nacional.	Eficacia	Resultados	Población beneficiada en los componentes de prevención (I; II; III y IV) que "conocen" los riesgos del consumo de drogas ilícitas	(Población beneficiada en los componentes de prevención (I; II; III y V) que "conocen" los riesgos del consumo de drogas ilícitas/ Población beneficiada en los componentes de prevención (I; II; III y V)) *100				
	Eficacia	Resultados	Porcentaje de beneficiarios tratados y rehabilitados que presentan logros terapéuticos altos, intermedios y mínimos en sus diferentes ejes al concluir el tratamiento	(Nº de beneficiarios tratados que presentan logros terapéuticos altos, intermedios y mínimos al concluir el tratamiento/ Nº de beneficiarios tratados) *100		60,5%	65,6%	65,8%
	Eficacia	Resultados	Percepción de riesgo ante uso regular de marihuana y uso ocasional de cocaína y pasta base (por tramo de edad)	(Nº de encuestados que perciben riesgo ante uso regular de marihuana y uso ocasional de cocaína y pasta base / Nº total de encuestados) *100	La percepción de riesgo ha disminuido para todas las drogas entre los jóvenes de 12 y 25 años			
	Eficacia	Resultados	Acuerdo con que la mayoría de los jóvenes fuma marihuana	(Nº de encuestados que declaran Acuerdo con que la mayoría de los jóvenes fuma marihuana / Nº total de encuestados) *100	El 61% de la población general cree que la mayoría de los jóvenes usa marihuana			
	Eficacia	Resultados	Prevalentes marihuana, cocaína, pasta base y drogas último año	(Nº de encuestados que declaran consumo de marihuana, cocaína, pasta base y drogas último año / Nº total de encuestados) *100	15% de consumo de marihuana en escolares			
	Eficacia	Resultados	Precocidad marihuana, cocaína y pasta base	(Prevalentes vida menores de 15 años / Nº total de (Prevalentes vida) *100	No existe fuerte evidencia de que haya disminuido			
Prevenir en Familia	Eficacia	Proceso	Porcentaje de monitores capacitados que replican el proceso de formación con las familias asignadas	(Nº de monitores que replican el programa / Nº de monitores capacitados)*100	44%	48%	44%	44%
	Eficacia	Producto	Porcentaje de familias que culminan el proceso de formación	(Nº de familias que concluyen el proceso (habilitadas) / Nº de familias que inician la formación)*100	50%	49%	30%	58%

Indicadores propuestos por el Panel en la Matriz de Evaluación

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	2005	2006	2007	2008
Prevención en Educación	Eficacia	Producto	Relación Número de estudiantes "informados/sensibilizados" por agente educativo capacitado	$(\text{N}^\circ \text{ de estudiantes "informados/ sensibilizados" } / \text{ Agentes educativos capacitados})$	s/i	s/i	52	48
	Eficacia	Proceso	Relación N° de estudiantes que han recibido material v/s N° de estudiantes del establecimiento inscrito en comunas con CONACE Previene	$(\text{N}^\circ \text{ de estudiantes que han recibido material v/s N}^\circ \text{ de estudiantes del establecimiento inscrito en Comunas con CONACE Previene})$	s/i	s/i	s/i	s/i
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica	$(\text{N}^\circ \text{ Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año t } / \text{ Total de establecimientos educacionales correspondiente a los niveles educativos parvulario y de enseñanza básica año t Población Objetivo}) * 100$	s/i	s/i	s/i	s/i
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo en relación a los inscritos	$(\text{N}^\circ \text{ Establecimientos educacionales que han recibido el material preventivo } / \text{ Total de establecimientos educacionales inscritos}) * 100$	s/i	s/i	s/i	s/i
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de participación efectiva en el programa Quiero Ser en 8vo básico	$(\text{N}^\circ \text{ estudiantes que declaran participación } / \text{ Total estudiantes de establecimientos inscritos}) * 100$	s/i	s/i	s/i	s/i
Trabajar con Calidad de Vida	Eficacia	Producto	Porcentaje de instituciones públicas que culminan (Escrituración de la Política) el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones públicas que inician el programa (taller ejecutado).	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones públicas que concluyen la implementación -escrituración- del "Trabajar con calidad de vida" } / \text{ N}^\circ \text{ de instituciones públicas que inician el programa "Trabajar con calidad de vida -ejecutan taller"}) * 100$	94%	81%	63%	79%
	Eficacia	Producto	Porcentaje de empresas privadas que culminan el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones privadas que inician el programa (taller ejecutado).	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones privadas que concluyen la implementación -escrituración- del programa "Trabajar con calidad de vida" } / \text{ N}^\circ \text{ de instituciones privadas que inician el programa "Trabajar con calidad de vida -ejecutan taller"}) * 100$	92%	85%	80%	66%
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de instituciones públicas que culminan (Escrituración de la Política) el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones públicas Beneficiarias	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones públicas que concluyen la implementación -escrituración- del programa "Trabajar con calidad de vida" } / \text{ N}^\circ \text{ de instituciones públicas Beneficiarias}) * 100$	85%	61%	21%	14%
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de empresas privadas que culminan el proceso de instalación del programa "Trabajar con calidad de vida", en relación a las instituciones privadas Beneficiarias.	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones privadas que concluyen la implementación -escrituración- del programa de "Trabajar con calidad de vida" } / \text{ N}^\circ \text{ de instituciones privadas Beneficiarias}) * 100$	64%	57%	34%	14%

Indicadores propuestos por el Panel en la Matriz de Evaluación

Componente	Dimensión	Ámbito de Control	Indicador (descripción)	Indicador (fórmula de cálculo)	2005	2006	2007	2008
Trabajar con Calidad de Vida	Eficacia	Proceso	Porcentaje de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa "Trabajar con calidad de vida" en relación a las instituciones publicas que implementaron el programa"	$(\text{N}^\circ \text{ de nuevas instituciones públicas que implementan la primera etapa del programa de "Trabajar con calidad de vida" año } t / \text{N}^\circ \text{ de instituciones públicas que implementan el programa de prevención "Trabajar con calidad de vida" } t-1) * 100$	N/M	N/M	N/M	42%
Tratamiento y Rehabilitación	Eficacia	Producto	Porcentaje de personas tratadas en los programas de tratamiento, en relación a la población potencial (PP)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas tratadas por problemas asociados al consumo de drogas} / \text{N}^\circ \text{ total de potenciales demandantes por problemas asociados al consumo de drogas}) * 100$				
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de meses de tratamiento de cada Subcomponente de Tratamiento y Rehabilitación y los meses efectivamente ejecutados por Subcomponentes	$((\text{N}^\circ \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL efectivamente ejecutados, por Subcomponente} / \text{N}^\circ \text{ de meses de tratamiento del Convenio FONASA - CONACE - MINSAL planificados, por Subcomponente}) * 100)$				
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de Unidades de Tratamiento Ejecutadas Población Gral. en relación a las U. de Tratamiento Programadas Población Gral.	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas- Población General-} / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas - Población General-}) * 100$	114%	120%	116%	107%
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Población Mujer- en relación a las Unidades de Tratamiento Programadas - Población Mujer-	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Población Mujer-} / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas -Población Mujer-}) * 100$	NA	109%	118%	114%
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de las Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Infractores Infanto-adolescentes- / Unidades de Tratamiento Programadas - Infractores Infanto-adolescentes-	$(\text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Ejecutadas -Infractores de Ley Infanto-adolescentes-} / \text{N}^\circ \text{ Unidades de Tratamiento Programadas -Infractores de Ley Infanto-adolescentes-}) * 100$	NA	NA	175%	116%
CONACE PREVIENE en la Comuna	Calidad	Proceso	Porcentaje de comunas que cumplen las etapas de instalación del Previene en el tiempo establecido.	$(\text{N}^\circ \text{ de comunas que cumplen las etapas de instalación del Previene en el tiempo establecido} / \text{N}^\circ \text{ de comunas que se incorporan al programa Previene}) * 100$				
	Economía	Proceso	Porcentaje de Comunas Previene que realizan aportes al financiamiento del Programa, en relación al total de Comunas Previene	$(\text{N}^\circ \text{ de Comunas Previene realizan aportes al financiamiento del Programa} / \text{N}^\circ \text{ Comunas Previene}) * 100$	97%	99%	95%	92%
	Calidad	Proceso	Porcentaje de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene (bienio)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que tienen una valoración positiva del programa Previene.} / \text{N}^\circ \text{ de personas que conocen el programa Previene.}) * 100$	N/M	N/M	50%	N/M
	Eficacia	Proceso	Porcentaje de personas que conocen el programa Previene (Bienio)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas que conocen el programa Previene} / \text{N}^\circ \text{ de habitantes de comunas que cuentan con Previene}) * 100$	N/M	N/M	11,6%	N/M

ANEXO 2
FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS

Instrucciones Generales

Para efectos de comparar presupuestos y gastos, estos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2009, deberá multiplicar los primeros por los factores correspondientes, señalados en la siguiente tabla:

Año	Factor
2005	1,247
2006	1,206
2007	1,155
2008	1,062
2009	1,000

I. Información de la Institución Responsable del Programa Período 2005-2008 (en miles de pesos año 2009)

1.1. Presupuesto y Gasto Devengado (1) de la Institución Responsable del Programa

Cuadro N° 1
(En miles de pesos año 2009)

	2005			2006			2007			2008			2009
	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial
		Monto	%		Monto	%		Monto	%		Monto	%	
Personal	1.074.302	1.068.871	99%	1.187.773	1.126.511	95%	1.275.530	1.296.481	102%	1.686.782	1.847.514	110%	2.075.481
Bienes y Servicios de Consumo	1.547.253	1.547.036	100%	1.774.069	1.817.765	102%	1.794.379	1.800.385	100%	1.885.183	2.317.541	123%	2.242.334
Inversión	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
Transferencias	11.877.831	12.629.594	106%	13.181.026	13.037.638	99%	18.018.941	18.076.448	100%	22.825.043	23.517.297	103%	24.775.775
Adquisición de Activos No Financieros	38.794	25.347	65%	60.247	53.316	88%	71.913	72.768	101%	95.458	99.318	104%	179.215
Servicio de la Deuda				0	90.524		0	804.581		0	21.658		
Total	14.538.179	15.270.847	105%	16.203.115	16.125.754	100%	21.160.763	22.050.663	104%	26.492.466	27.803.328	105%	29.272.805

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2006-2007-2008-2009 (www.dipres.cl) y SIGFE (base de datos SECAGE 2005).

Cuadro Nº 2
Fuentes de Financiamiento del Programa (en miles de pesos año 2009)

Fuentes de Financiamiento	2005		2006		2007		2008		2009		Variación 2005- 2009
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	14.538.179	100%	16.203.115	100%	21.160.763	100%	26.492.466	100%	29.272.805	100%	101%
1.1. Asignación específica al Programa	11.877.831	82%	13.181.026	81%	18.018.941	85%	22.825.043	86%	24.775.775	85%	109%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	2.660.349	18%	3.022.089	19%	3.141.822	15%	3.667.423	14%	4.497.030	15%	69%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%
2. Extrapresupuestarias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0
Total	14.538.179		16.203.115		21.160.763		26.492.466		29.272.805		1

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2009 (www.dipres.cl)

Cuadro Nº 3
Porcentaje del Presupuesto Inicial del Programa en relación al Presupuesto Inicial del Servicio Responsable (en miles de pesos año 2009)

Año	Presupuesto Inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2005	14.538.179	14.538.179	100%
2006	16.203.155	16.203.115	100%
2007	21.160.763	21.160.763	100%
2008	26.492.466	26.492.466	100%
2009	29.272.805	29.272.805	100%

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2009 (www.dipres.cl)

Cuadro Nº 4
Gasto Total del Programa (en miles de pesos año 2009)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2005	15.270.847	0	15.270.847
2006	16.125.754	0	16.125.754
2007	22.050.663	0	22.050.663
2008	27.803.328	0	27.803.328

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005)

Cuadro Nº 5
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa
(en miles de pesos año 2009)

	2005			2006			2007			2008			2009
	Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial	Gasto Devengado		Presupuesto Inicial
		Monto	%		Monto	%		Monto	%		Monto	%	
Personal	1.074.302	1.068.871	99%	1.187.773	1.126.511	95%	1.275.530	1.296.481	102%	1.686.782	1.847.514	110%	2.075.481
Bienes y Servicios de Consumo	1.547.253	1.547.036	100%	1.774.069	1.817.765	102%	1.794.379	1.800.385	100%	1.885.183	2.317.541	123%	2.242.334
Inversión	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0	0	0%	0
Transferencias	11.877.831	12.629.594	106%	13.181.026	13.037.638	99%	18.018.941	18.076.448	100%	22.825.043	23.517.297	103%	24.775.775
Adquisición de Activos No Financieros	38.794	25.347	65%	60.247	53.316	88%	71.913	72.768	101%	95.458	99.318	104%	179.215
Servicio de la Deuda				0	90.524		0	804.581		0	21.658		
Total	14.538.179	15.270.847	105%	16.203.115	16.125.754	100%	21.160.763	22.050.663	104%	26.492.466	27.803.328	105%	29.272.805

Fuente: Ley de Presupuestos año 2005-2006-2007-2008-2009 (www.dipres.cl) y SIGFE (base de datos SECAGE 2005).

Cuadro Nº 6
Gasto de Producción de los Componentes del Programa (1)
(En miles de pesos año 2009)

AÑO	2005	2006	2007	2008
Componente 1: Prevención en el ámbito Familia	900.332	637.633	991.822	766.186
Componente 2: Programa de Prevención en el ámbito de educación	2.687.445	2.551.619	2.281.529	2.483.534
Componente 3: Programa de Tratamiento y Rehabilitación del Consumo de Drogas	4.204.985	5.763.458	10.370.732	14.853.736
Población General	2.462.099	2.388.839	2.935.223	4.697.802
Infractores de Ley	0	0	3.387.755	6.195.088
Mujeres	744.212	606.561	840.296	1.248.782
Población Penal	247.215	286.307	286.576	298.085
Infantoadolescentes	203.518	1.254.778	1.131.742	0
Proyectos	0	310.719	13.939	582.391
Ambulatorio	172.395	0	0	0
Supervisión y Asesoría	0	122.415	0	0
Capacitación	62.535	85.040	305.420	507.722
Otros Tratamiento y Rehabilitación	313.011	708.800	1.469.781	1.323.866

Cuadro N° 6 (Cont.)
Gasto de Producción de los Componentes del Programa (1)
(En miles de pesos año 2009)

AÑO	2005	2006	2007	2008
Componente 4: Programa de Prevención Laboral	324.851	344.627	717.459	658.854
Componente 5: Programa PREVIENE	4.867.809	4.801.018	5.185.308	5.412.733
Otros Componentes	2.285.426	2.027.400	2.503.812	3.628.285
Jóvenes	0	33.830	232.430	301.419
Alto Impacto	541.763	244.008	423.411	232.176
Marginalidad	628.121	621.920	459.594	18.054
Registro	50.349	74.388	98.540	161.161
Gobernaciones	106.239	0	97.520	112.085
Fondo Especial	0	0	0	1.124.794
Gastos de Administración	958.953	1.053.254	1.192.317	1.678.597
Total	15.270.847	16.125.754	22.050.663	27.803.328

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005) y archivos institucionales

Cuadro N° 7
Gastos de Administración y Gastos de Producción de los Componentes del Programa
(En miles de pesos año 2009)

AÑO	Gastos de Administración	Gastos de Producción de los Componentes	Total Gasto del Programa
2005	958.953	14.311.894	15.270.847
2006	1.053.254	15.072.500	16.125.754
2007	1.192.317	20.858.346	22.050.663
2008	1.678.597	26.124.731	27.803.328

Fuente: SIGFE (base de datos SECAGE 2005)

ANEXO 3:

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa Según evaluación?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? Si/No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? Si/No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? Si/No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si/No	
				¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	
				Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria-mente / Insatisfactoria-mente	Satisfactoria -mente / Insatisfactoria-mente	
CONACE	No	Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	
				No	No	Sí	No	
				-	-	Sí	-	

Anexo 4:
Revisión de la Base de Datos de FONASA-MINSAL-CONACE
del Componente “Tratamiento y Rehabilitación”

Roberto E. Jalón Gardella¹⁵⁹

Agosto 2009

- 1. INTRODUCCIÓN**
- 2. PROPÓSITO Y ALCANCE**
- 3. BASE DE DATOS**
- 4. MESES DE TRATAMIENTO PAGADOS A POBLACIÓN GENERAL, PERÍODO 2005-2008**
 - 4.1. Distribución por Planes de Tratamiento
 - 4.2. Distribución por Año
 - 4.3. Distribución por Sexo
 - 4.4. Distribución por edad según plan
 - 4.5. Distribución por región
- 5. NÚMERO DE INDIVIDUOS CON DISTINTOS RUT, POBLACIÓN GENERAL, PERÍODO 2005-2008**
 - 5.1. Distribución por año, según Meses Pagados
 - 5.2. Distribución según meses pagados, período 2005-2008
 - 5.3. Distribución según Meses Pagados, por plan, año 2008
 - 5.3.1. Plan 2 (Ambulatorio básico)
 - 5.3.2. Plan 3 (Ambulatorio Intensivo)
 - 5.3.3. Plan 4 (Residencial)
 - 5.4. Distribución según año de inicio
- 6. DESERCIÓN O ABANDONO AL TRATAMIENTO**
 - 6.1. Nuevos Beneficiarios que Iniciaron Tratamiento el Año 2008
 - 6.2. Distribución según meses pagados y según mes de inicio del tratamiento
 - 6.3. Deserción según Plan
 - 6.3.1. Plan 2 (Básico)
 - 6.3.2. Plan 3 (Intensivo)
 - 6.3.3. Plan 4 (Residencial)
- 7. ALTA TERAPÉUTICA O EGRESOS POR TRATAMIENTOS COMPLETADOS**
 - 7.1. Distribución según Motivo de Egreso
 - 7.2. Distribución según Evaluación al Egreso del Proceso Terapéutico
- 8. FOCALIZACIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE CONSUMO Y COMPROMISO BIO-PSICOSOCIAL**
 - 8.1. Ambulatorio Básico
 - 8.2. Ambulatorio Intensivo
 - 8.3. Residencial
- 9. CONCLUSIONES**

¹⁵⁹Documento elaborado por Roberto E. Jalón Gardella ingeniero, co-integrante del panel de evaluadores independientes junto con la psicóloga Verónica Monreal (Coordinadora), la socióloga Andrea Peroni y el sociólogo Pablo Morris. Este panel fue designado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda, para la evaluación de los programas del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) del Ministerio del Interior, período 2005-2008. Se agradece la colaboración de Cecilia Solís, de FONASA, profesional a cargo del manejo de la base de datos.

1. Introducción

En el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), bajo responsabilidad de la División de Control y Gestión de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda, se está realizando la evaluación de los programas ejecutados por el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) del Ministerio del Interior en el período 2005-2008. Dicha evaluación ha sido encargada al Panel de Evaluadores Independientes¹⁶⁰, equipo profesional multidisciplinario constituido para tal efecto.

Teniendo en cuenta que del presupuesto total de gastos de CONACE para el año 2008 (\$27.803 millones), prácticamente la mitad (\$13.756 millones) se gasta en el componente Tratamiento y Rehabilitación, se propuso la revisión de la base de datos que genera el sistema informático de FONASA-MINSAL-CONACE, el cual es utilizado para la gestión de pagos y el registro de las atenciones efectivas entregadas a los beneficiarios por los centros de atención calificados, públicos y privados.

2. Propósito y Alcance

La finalidad de esta inspección de las bases de datos no es estadística, por lo que no se trata de un análisis exhaustivo de todas las variables y registros. El propósito fue específico, enfocado en determinados aspectos desde una perspectiva de gestión, que permitan responder tres preguntas:

- ¿Cuán alta es la tasa de deserción o abandono del tratamiento?
- ¿Hay evidencia que el programa tenga o no una orientación al alta terapéutica y al resultado final entendido como egresos por tratamientos completados o tratados exitosos?
- ¿Cuán focalizado está el programa al ingreso, según el “diagnóstico de trastorno de consumo” y el “compromiso bio-psicosocial” del beneficiario, analizadas estas dos variables de manera conjunta?

3. Base de Datos

Los registros y datos de la base corresponden al número de meses de tratamiento financiados para cada beneficiario reportado por los centros de atención, los que son pagados por CONACE a FONASA, que a su vez pagará a dichos centros prestadores. Cada mes de tratamiento pagado corresponde a un conjunto de prestaciones establecidas y definidas en los convenios y protocolos técnicos. Sin embargo, en un sentido estricto, el hecho de haber pagado no implicaría necesariamente que el beneficiario haya recibido exactamente todas las prestaciones estipuladas.

De acuerdo a lo indicado por el propio CONACE, tampoco los meses pagados corresponden en un sentido estricto al tiempo exacto de permanencia del sujeto en tratamiento. Para estimar el tiempo de permanencia de los usuarios, se requeriría medir el tiempo transcurrido entre la fecha de ingreso al centro, que no es necesariamente la misma fecha de ingreso al registro del Convenio, y la fecha de egreso del centro, que tampoco necesariamente debe coincidir con el egreso del registro del Convenio.

Por ello, y para minimizar todas estas falencias del sistema de información, reconocidas explícitamente por el propio CONACE, el análisis se centra en la base de datos de Población General, para el año 2008. Cabe suponer que, tratándose de los registros realizados en el último año, estas fallas previamente señaladas, han sido corregidas o al menos minimizadas por CONACE.

4. Meses de Tratamiento Pagados a Población General, período 2005-2008

La base de datos de Población General, período 2005-2008, muestra que se han pagado un total de 89.411 meses de tratamiento.

¹⁶⁰ Ver anterior nota al pie de página.

4.1. Distribución por Planes de Tratamiento

Según la distribución por plan de tratamiento, se tiene que 50.825 meses (57%) fueron pagados por el plan 2 (básico), 26.541 meses (30%) por el plan 3 (intensivo) y 11.879 (13%) por el plan 4 (residencial).

plan	meses pagados	%
1	166	0%
2	50.825	57%
3	26.541	30%
4	11.879	13%
Total	89.411	100%

4.2. Distribución por Año

Una clasificación según el año, nos muestra que el 33% de los meses de tratamiento pagados corresponde al año 2008, 26% al año 2007, 23% al año 2006 y el 19% restante al año 2005.

año	meses pagados	%
2005	16.811	19%
2006	20.202	23%
2007	22.951	26%
2008	29.447	33%
Total	89.411	100%

4.3. Distribución por Sexo

El 80% de los meses de tratamiento pagados corresponde a beneficiarios masculinos. En parte, esto se debe a que desde 2006 se establecieron los planes dirigidos a Población Mujeres.

plan	meses pagados	%
Mujeres	18.122	20%
Hombres	71.289	80%
Total	89.411	100%

4.4. Distribución por edad según plan

Para todos los planes, en el período 2005-2008 se tiene que, entre un 29% y 38% de los meses de tratamiento pagados corresponde a población general cuya edad está entre 26 y 34 años.

edad	Plan				suma
	1	2	3	4	
0-19	19	6074	2851	1270	10214
20-25	35	10589	5806	3331	19761
26-34	48	15252	8876	4474	28650
35-44	37	12258	6549	2255	21099
45-64	25	6352	2429	549	9355
65-99	2	300	30	0	332
suma	166	50825	26541	11879	89411

edad	Plan				Suma
	1	2	3	4	
0-19	11,4%	12,0%	10,7%	10,7%	11,4%
20-25	21,1%	20,8%	21,9%	28,0%	22,1%
26-34	28,9%	30,0%	33,4%	37,7%	32,0%
35-44	22,3%	24,1%	24,7%	19,0%	23,6%
45-64	15,1%	12,5%	9,2%	4,6%	10,5%
65-99	1,2%	0,6%	0,1%	0,0%	0,4%
suma	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

4.5. Distribución por región

El 54% de los meses de tratamiento pagados a población general, en el período 2005-2008 corresponde a la región metropolitana, seguido de la V y la VIII regiones, con 9% y 7% respectivamente.

región	meses pagados	%
1	3947	4%
2	2631	3%
3	3027	3%
4	3951	4%
5	8216	9%
6	1910	2%
7	2758	3%
8	6288	7%
9	2446	3%
10	2942	3%
11	1667	2%
12	1566	2%
13	47866	54%
15	196	0%
Total	89411	100%

5. Número de Individuos con Distintos Rut, Población General, período 2005-2008

La base de datos nos muestra que hubo 18.269 individuos de distinto rut, de población general, tratados en el período 2005-2008.

5.1. Distribución por año, según Meses Pagados

De acuerdo con la base de datos FONASA-CONACE-MINSAL, tomando la población general tratada en el período 2005-2008, sin diferenciar por plan de tratamiento, se tiene que en el año 2005, un 26% sólo asistió a 1 mes de tratamiento, un 21% sólo asistió a 2 meses de tratamiento, y un 15% sólo asistió a 3 meses de tratamiento; lo que indica que el 62% de los individuos tratados sólo habría asistido a 3 o menos meses de tratamiento; mientras que, en el año 2008, estos porcentajes fueron 17%, 18,8% y 16,7% respectivamente; lo que indicaría que el 52,5% de los individuos tratados sólo habría asistido a 3 o menos meses de tratamiento.

Meses pagados	Año 2005			Año 2006			Año 2007			Año 2008		
	Individuos distintos	%	%acum	Individuos distintos	%	%acum	Individuos distintos	%	%acum	Individuos distintos	%	%acum
1	1280	26%	26%	1041	19,5%	19,5%	1141	19,1%	19,1%	1218	17,1%	17,1%
2	1020	21%	47%	1163	21,8%	41,3%	1236	20,7%	39,9%	1340	18,8%	35,8%
3	725	15%	62%	822	15,4%	56,7%	996	16,7%	56,6%	1190	16,7%	52,5%
4	538	11%	73%	653	12,2%	68,9%	675	11,3%	67,9%	818	11,5%	64,0%
5	408	8%	81%	446	8,4%	77,3%	542	9,1%	77,0%	628	8,8%	72,8%
6	309	6%	87%	348	6,5%	83,8%	364	6,1%	83,1%	545	7,6%	80,4%
7	257	5%	92%	296	5,5%	89,4%	337	5,7%	88,8%	382	5,4%	85,8%
8	147	3%	95%	211	4,0%	93,3%	243	4,1%	92,8%	366	5,1%	90,9%
9	87	2%	97%	122	2,3%	95,6%	143	2,4%	95,2%	243	3,4%	94,3%
10	56	1%	98%	87	1,6%	97,2%	87	1,5%	96,7%	147	2,1%	96,4%
11	25	1%	99%	75	1,4%	98,6%	69	1,2%	97,9%	94	1,3%	97,7%
12	28	1%	99%	69	1,3%	99,9%	123	2,1%	99,9%	156	2,2%	99,9%
13	16	0%	100%	3	0,1%	100,0%	4	0,1%	100,0%	8	0,1%	100,0%
14	3	0%	100%	1	0,0%	100,0%	1	0,0%	100,0%	2	0,0%	100,0%
15	5	0%	100%			100,0%			100,0%			100,0%
16	1	0%	100%			100,0%			100,0%			100,0%
Total	4905	100%		5337	100,0%		5961	100,0%		7137	100,0%	

Fuente: Base de Datos FONASA-MINSAL-CONACE, años 2005-2008, componente Tratamiento y Rehabilitación.

Nótese que la suma de los totales anuales es superior a 18.269 del período completo; esto debido a que hay beneficiarios que inician tratamiento en un año y prosiguen al siguiente, por lo que en este cuadro estaría contado dos veces.

5.2. Distribución según meses pagados, período 2005-2008

Al revisar los datos para todo el período 2005-2008, con lo cual se busca eliminar ese efecto de beneficiarios que vienen de años anteriores, el porcentaje de individuos que permanecen sólo hasta 3 meses sigue siendo prácticamente la mitad de los tratados, como se aprecia en la tabla que sigue.

Meses pagados	Período 2005-2008		
	Individuos distintos	%	%acum
1	2921	16,0%	16,0%
2	3136	17,2%	33,2%
3	2614	14,3%	47,5%
4	2018	11,0%	58,5%
5	1533	8,4%	66,9%
6	1311	7,2%	74,1%
7	1075	5,9%	80,0%
8	984	5,4%	85,3%
9	667	3,7%	89,0%
10	427	2,3%	91,3%
11	348	1,9%	93,2%
12	277	1,5%	94,8%
13	220	1,2%	96,0%
14	167	0,9%	96,9%
15	131	0,7%	97,6%
16	90	0,5%	98,1%
17	82	0,4%	98,5%
18	51	0,3%	98,8%
19	53	0,3%	99,1%
20	30	0,2%	99,3%
21	28	0,2%	99,4%
22	11	0,1%	99,5%
23	21	0,1%	99,6%
24	9	0,0%	99,6%
25	12	0,1%	99,7%
26	8	0,0%	99,8%
27	7	0,0%	99,8%
28	6	0,0%	99,8%
29	11	0,1%	99,9%
30	10	0,1%	99,9%
34	1	0,0%	99,9%
35	1	0,0%	100,0%
36	2	0,0%	100,0%
37	5	0,0%	100,0%
42	1	0,0%	100,0%
48	1	0,0%	100,0%
Total	18269	100,0%	

5.3. Distribución según Meses Pagados, por plan, año 2008

Los meses pagados por individuo, también podría verse distorsionado según el plan de tratamiento. Por ejemplo, es de esperarse que sean pocos los beneficiarios del plan residencial que se retiren después del primer mes. Por ello, se hace el desglose por planes, para la población general, para el año 2008.

5.3.1. Plan 2 (Ambulatorio básico)

Se observa que, de 3781 beneficiarios del plan ambulatorio básico en el año 2008, de ellos 2212 (equivalente al 59%) sólo “asistió” a 3 o menos meses de tratamiento.

Meses-Pagados	Individuos		Acum
1	784	21%	21%
2	759	20%	41%
3	669	18%	59%
4	451	12%	70%
5	292	8%	78%
6	263	7%	85%
7	163	4%	89%
8	164	4%	94%
9	96	3%	96%
10	56	1%	98%
11	26	1%	98%
12	58	2%	100%
Total	3781	100%	

5.3.2. Plan 3 (Ambulatorio Intensivo)

Se observa que, de 2795 beneficiarios del plan ambulatorio intensivo en el año 2008, de ellos 1553 (equivalente al 56%) sólo “asistió” a 3 o menos meses de tratamiento.

Meses-Pagados	Individuos		Acum
1	517	18%	18%
2	557	20%	38%
3	479	17%	56%
4	304	11%	66%
5	244	9%	75%
6	177	6%	82%
7	146	5%	87%
8	142	5%	92%
9	88	3%	95%
10	45	2%	97%
11	31	1%	98%
12	60	2%	100%
13	5	0%	100%
	2795	100%	

5.3.3. Plan 4 (Residencial)

Se observa que, de 1011 beneficiarios del plan residencial en el año 2008, de ellos 484 (equivalente al 48%) sólo “permaneció” 3 o menos meses de tratamiento.

Meses-Pagados	Individuos		Acum
1	154	15%	15%
2	187	18%	34%
3	143	14%	48%
4	126	12%	60%
5	104	10%	71%
6	81	8%	79%
7	64	6%	85%
8	54	5%	90%
9	36	4%	94%
10	27	3%	97%
11	16	2%	98%
12	19	2%	100%
	1011	100%	

5.4. Distribución según año de inicio

La base de datos de Población General año 2008, muestra un total de 7.137 individuos con distinto rut, tratados durante 2008.

De ellos, se deja fuera 10, por cuanto muestran 13 y 14 meses pagados de tratamiento, lo que podría ser un error aún pendiente de corregir en un proceso de revisión de los antecedentes.¹⁶¹ Adicionalmente, para este análisis, se deja fuera 80 personas adicionales, porque la base entregada no cuenta con la respectiva fecha de ingreso de cada uno.

Del total de 7.047 casos considerados, los datos muestran que 5.265 (75%) de ellos inició tratamiento el mismo año 2008, 1.659 (24%) el año inmediato anterior, y los restantes 123 en años anteriores.

Año Inicio	Individuos	%
2008	5265	74,7%
2007	1659	23,5%
2006	104	1,5%
2005	9	0,1%
2004	0	
2003	1	
2002	1	
2001	2	
2000	1	
Otros	5	0,1%
TOTAL	7047	100,0%

6. Deserción o Abandono al Tratamiento

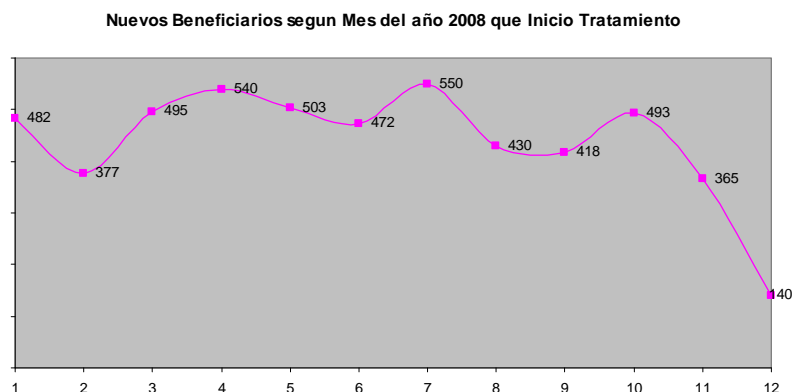
La información anterior muestra que es alta la tasa de beneficiarios que sólo “asiste” hasta 3 o menos meses de su plan de tratamiento.

Para analizar deserción debemos ser cautos porque, por ejemplo, hay tratados que ingresaron al programa en 2007 y cuyo último mes fue enero, sin que ello signifique que se trata de un beneficiario que sólo asistió 1 mes a tratamiento y desertó después de ese mes.

Por tal motivo, centraremos nuestro análisis y especulaciones considerando solamente los beneficiarios que iniciaron tratamiento el año 2008, y desglosaremos los datos según los meses que asistió y según el mes que inició.

6.1. Nuevos Beneficiarios que Iniciaron Tratamiento el Año 2008

Los 5.265 nuevos beneficiarios que iniciaron tratamiento el año 2008, se distribuyen según mes del año en el que inició su tratamiento, como indica el gráfico, que muestra una caída hacia los dos últimos meses del año.



¹⁶¹ Por la escasez de episodios, en este caso se puede dejar de lado la posibilidad de intencionalidad de algún centro por deslizar más meses de tratamiento para un mismo rut.

6.2. Distribución según meses pagados y según mes de inicio del tratamiento

Para apreciar el nivel de deserción de estos nuevos beneficiarios, se descompone según la cantidad de meses que asistieron a tratamiento de acuerdo con los registros de la base de datos de CONACE-FONASA-MINSAL:

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento												suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	50	46	68	66	58	71	65	52	53	76	69	139	813
2	66	66	65	78	58	89	84	67	82	127	295		1077
3	69	51	65	74	54	60	94	78	100	287	1		933
4	51	42	56	63	55	55	68	73	181	3			647
5	45	25	39	45	49	41	73	157	2				476
6	35	23	42	40	54	54	162	3					413
7	30	32	29	46	42	98	4						281
8	31	25	46	44	128	4					1		279
9	35	19	29	80	3								166
10	16	17	51	4	2								90
11	22	30	5										57
12	32	1											33
TOTAL	482	377	495	540	503	472	550	430	418	493	365	140	5265

Aquí, por ejemplo, vemos que de los 482 nuevos beneficiarios que iniciaron tratamiento en enero 2008 (primera columna), de ellos 50 (10%) sólo asistió a 1 mes de tratamiento, 66 (14%) sólo a 2 meses de tratamiento, 69 (14%) sólo a 3 meses de tratamiento, y así respectivamente como indican las tablas.

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	10%	12%	14%	12%	12%	15%	12%	12%	13%	15%	19%	99%
2	14%	18%	13%	14%	12%	19%	15%	16%	20%	26%	81%	
3	14%	14%	13%	14%	11%	13%	17%	18%	24%	58%	0%	
4	11%	11%	11%	12%	11%	12%	12%	17%	43%	1%		
5	9%	7%	8%	8%	10%	9%	13%	37%	0%			
6	7%	6%	8%	7%	11%	11%	29%	1%				
7	6%	8%	6%	9%	8%	21%	1%					
8	6%	7%	9%	8%	25%	1%						1%
9	7%	5%	6%	15%	1%							
10	3%	5%	10%	1%	0%							
11	5%	8%	1%									
12	7%	0%										
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Teniendo en cuenta sólo aquellos que iniciaron tratamiento en el primer semestre¹⁶², se puede apreciar que el nivel acumulado de los que sólo asistieron a 3 o menos meses de tratamiento, oscila entre 38% y 47%:

¹⁶² No consideramos los que iniciaron tratamiento el segundo semestre del año 2008, porque es de suponer que una parte de ellos todavía continúa en tratamiento, y la base se corta a fin de año.

Meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	10%	12%	14%	12%	12%	15%	12%	12%	13%	15%	19%	99%
2	24%	30%	27%	27%	23%	34%	27%	28%	32%	41%	100%	
3	38%	43%	40%	40%	34%	47%	44%	46%	56%	99%	100%	
4	49%	54%	51%	52%	45%	58%	57%	63%	100%	100%		
5	58%	61%	59%	60%	54%	67%	70%	99%	100%			
6	66%	67%	68%	68%	65%	78%	99%	100%				
7	72%	76%	74%	76%	74%	99%	100%					
8	78%	82%	83%	84%	99%	100%						100%
9	85%	87%	89%	99%	100%							
10	89%	92%	99%	100%	100%							
11	93%	100%	100%									
12	100%	100%										

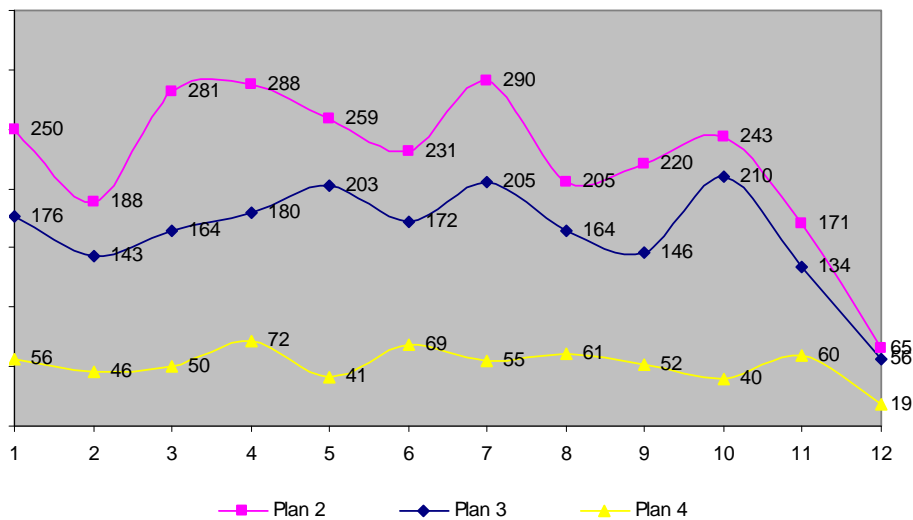
6.3. Deserción según Plan

Para tener en cuenta que distintos planes pueden tener distinta tasa de deserción, haremos el mismo análisis anterior para cada plan.

Los 5.265 nuevos beneficiarios que iniciaron tratamiento el año 2008, se subdividen en 2.691 (51%) del plan 2 (Básico), 1.953 (37%) del plan 3 (Intensivo) y 621 (12%) el plan 4 (residencial).

Los nuevos beneficiarios ingresados a cada plan de tratamiento, según mes del año en el que inició su tratamiento, se distribuyen como indica el gráfico:

Nuevos Beneficiarios según Plan, y según Mes del año 2008 que Inicio Tratamiento



6.3.1. Plan 2 (Básico)

Se observa que de los 250 nuevos beneficiarios del plan 2 (Básico) que iniciaron tratamiento en enero 2008 (primera columna), de ellos 30 (12%) sólo asistió a 1 mes de tratamiento, 38 (15%) sólo a 2 meses de tratamiento, 38 (15%) sólo a 3 meses de tratamiento, y así respectivamente como indican las tablas.

Meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 2												suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	30	29	49	34	39	42	34	28	28	40	39	64	456
2	38	35	35	46	27	45	39	33	49	57	131		535
3	38	28	44	46	30	32	46	36	50	143	1		494
4	26	22	27	33	31	24	43	41	91	3			341
5	19	10	20	27	21	20	35	65	2				219
6	21	7	23	23	22	30	89	2					217
7	19	11	15	22	24	35	4						130
8	13	17	24	21	61	3						1	140
9	15	11	16	35	2								79
10	8	8	27	1	2								46
11	12	10	1										23
12	11												11
	250	188	281	288	259	231	290	205	220	243	171	65	2691

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 2											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	12%	15%	17%	12%	15%	18%	12%	14%	13%	16%	23%	98%
2	15%	19%	12%	16%	10%	19%	13%	16%	22%	23%	77%	
3	15%	15%	16%	16%	12%	14%	16%	18%	23%	59%	1%	
4	10%	12%	10%	11%	12%	10%	15%	20%	41%	1%		
5	8%	5%	7%	9%	8%	9%	12%	32%	1%			
6	8%	4%	8%	8%	8%	13%	31%	1%				
7	8%	6%	5%	8%	9%	15%	1%					
8	5%	9%	9%	7%	24%	1%						2%
9	6%	6%	6%	12%	1%							
10	3%	4%	10%	0%	1%							
11	5%	5%	0%									
12	4%											
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Teniendo en cuenta sólo aquellos que iniciaron tratamiento en el primer semestre, se puede apreciar que el nivel acumulado de los que sólo asistieron a 3 o menos meses de tratamiento, oscila entre 37% y 52%:

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 2											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	12%	15%	17%	12%	15%	18%	12%	14%	13%	16%	23%	98%
2	27%	34%	30%	28%	25%	38%	25%	30%	35%	40%	99%	
3	42%	49%	46%	44%	37%	52%	41%	47%	58%	99%	100%	
4	53%	61%	55%	55%	49%	62%	56%	67%	99%	100%		
5	60%	66%	62%	65%	57%	71%	68%	99%	100%			
6	69%	70%	70%	73%	66%	84%	99%	100%				
7	76%	76%	76%	80%	75%	99%	100%					
8	82%	85%	84%	88%	98%	100%						100%
9	88%	90%	90%	100%	99%							
10	91%	95%	100%	100%	100%							
11	96%	100%	100%									
12	100%											

6.3.2. Plan 3 (Intensivo)

Se observa que de los 176 nuevos beneficiarios del plan 3 (Intensivo) que iniciaron tratamiento en enero 2008 (primera columna), de ellos 19 (11%) sólo asistió a 1 mes de tratamiento, 20 (11%) sólo a 2 meses de tratamiento, 25 (14%) sólo a 3 meses de tratamiento, y así respectivamente como indican las tablas.

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 3												suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	19	15	15	25	16	23	26	16	20	29	15	56	275
2	20	24	23	21	29	33	36	29	23	60	119		417
3	25	18	19	22	20	17	41	31	41	121			355
4	18	18	24	22	18	21	21	18	62				222
5	19	9	16	11	23	17	28	69					192
6	10	10	15	12	26	15	53	1					142
7	8	13	11	18	12	45							107
8	11	6	12	16	59	1							105
9	17	7	7	31									62
10	6	6	20	2									34
11	7	17	2										26
12	16												16
TOTAL	176	143	164	180	203	172	205	164	146	210	134	56	1953

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 3											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11%	10%	9%	14%	8%	13%	13%	10%	14%	14%	11%	100%
2	11%	17%	14%	12%	14%	19%	18%	18%	16%	29%	89%	
3	14%	13%	12%	12%	10%	10%	20%	19%	28%	58%		
4	10%	13%	15%	12%	9%	12%	10%	11%	42%			
5	11%	6%	10%	6%	11%	10%	14%	42%				
6	6%	7%	9%	7%	13%	9%	26%	1%				
7	5%	9%	7%	10%	6%	26%						
8	6%	4%	7%	9%	29%	1%						
9	10%	5%	4%	17%								
10	3%	4%	12%	1%								
11	4%	12%	1%									
12	9%											
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Teniendo en cuenta sólo aquellos que iniciaron tratamiento en el primer semestre, se puede apreciar que el nivel acumulado de los que sólo asistieron a 3 o menos meses de tratamiento, oscila entre 35% y 42%:

Meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 3											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11%	10%	9%	14%	8%	13%	13%	10%	14%	14%	11%	100%
2	22%	27%	23%	26%	22%	33%	30%	27%	29%	42%	100%	
3	36%	40%	35%	38%	32%	42%	50%	46%	58%	100%		
4	47%	52%	49%	50%	41%	55%	60%	57%	100%			
5	57%	59%	59%	56%	52%	65%	74%	99%				
6	63%	66%	68%	63%	65%	73%	100%	100%				
7	68%	75%	75%	73%	71%	99%						
8	74%	79%	82%	82%	100%	100%						
9	84%	84%	87%	99%								
10	87%	88%	99%	100%								
11	91%	100%	100%									
12	100%											

6.3.3. Plan 4 (Residencial)

Se observa que de los 56 nuevos beneficiarios del plan 4 (residencial) que iniciaron tratamiento en enero 2008 (primera columna), de ellos 1 (2%) sólo permaneció 1 mes de residente, 8 (14%) sólo permaneció 2 meses de residente, 6 (11%) sólo permaneció 3 meses de residente, y así respectivamente como indican las tablas.

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 4												suma
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	1	2	4	7	3	6	5	8	5	7	15	19	82
2	8	7	7	11	2	11	9	5	10	10	45		125
3	6	5	2	6	4	11	7	11	9	23			84
4	7	2	5	8	6	10	4	14	28				84
5	7	6	3	7	5	4	10	23					65
6	4	6	4	5	6	9	20						54
7	3	8	3	6	6	18							44
8	7	2	10	7	8								34
9	3	1	6	14	1								25
10	2	3	4	1									10
11	3	3	2										8
12	5	1											6
TOTAL	56	46	50	72	41	69	55	61	52	40	60	19	621

meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 4											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2%	4%	8%	10%	7%	9%	9%	13%	10%	18%	25%	100%
2	14%	15%	14%	15%	5%	16%	16%	8%	19%	25%	75%	
3	11%	11%	4%	8%	10%	16%	13%	18%	17%	58%		
4	13%	4%	10%	11%	15%	14%	7%	23%	54%			
5	13%	13%	6%	10%	12%	6%	18%	38%				
6	7%	13%	8%	7%	15%	13%	36%					
7	5%	17%	6%	8%	15%	26%						
8	13%	4%	20%	10%	20%							
9	5%	2%	12%	19%	2%							
10	4%	7%	8%	1%								
11	5%	7%	4%									
12	9%	2%										
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Teniendo en cuenta sólo aquellos que iniciaron tratamiento en el primer semestre, se puede apreciar que el nivel acumulado de los que sólo asistieron a 3 o menos meses de tratamiento, oscila entre 22% y 41%:

Meses que asistió a tratamiento	mes del año 2008 que inicio tratamiento PLAN 4											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	2%	4%	8%	10%	7%	9%	9%	13%	10%	18%	25%	100%
2	16%	20%	22%	25%	12%	25%	25%	21%	29%	43%	100%	
3	27%	30%	26%	33%	22%	41%	38%	39%	46%	100%		
4	39%	35%	36%	44%	37%	55%	45%	62%	100%			
5	52%	48%	42%	54%	49%	61%	64%	100%				
6	59%	61%	50%	61%	63%	74%	100%					
7	64%	78%	56%	69%	78%	100%						
8	77%	83%	76%	79%	98%							
9	82%	85%	88%	99%	100%							
10	86%	91%	96%	100%								
11	91%	98%	100%									
12	100%	100%										

7. Alta terapéutica o egresos por tratamientos completados

Una gestión expresa, clara, sistemática y premeditada, con intención expresa de recuperar y monitorear los desertores de los planes de tratamiento y rehabilitación, se reflejaría en la base de datos, a través de un correcto registro de las fechas de egreso o de abandono de los beneficiarios tratados.

7.1. Distribución según Motivo de Egreso

La base de datos de Población General, año 2008, indica que en ese año fueron tratados 7.137 individuos distintos. De un 72,6% de ellos, la base no entrega ninguna información respecto al “motivo de egreso”, ni a la “evaluación al egreso del proceso terapéutico”. Un 6,2% habría recibido “alta terapéutica”.

Motivo Egreso			
6,2%	442	1	Alta Terapéutica
2,0%	142	2	Derivación a Otro centro de Tratamiento de Adicciones
1,3%	93	3	Derivación a Otra Instancia de Salud
12,9%	920	4	Abandono
5,0%	357	5	Alta Administrativa
72,6%	5183	-	NO Información
100%	7137		

7.2. Distribución según Evaluación al Egreso del Proceso Terapéutico

Evaluación Al Egreso del Proceso Terapéutico			
6,0%	430	1	Mejor
9,5%	679	2	Igual
11,8%	845	3	Peor
72,6%	5183	-	NO Información
100%	7137		

Un porcentaje de estos “no egresados” seguramente continúan bajo tratamiento. Sin embargo, la amplia dispersión de meses de tratamiento recibidos por los beneficiarios, implicaría que debe haber un número grande de individuos que, aunque el sistema aún no los ha catalogado como “abandono”, son individuos que han dejado efectivamente de asistir al tratamiento y simplemente el sistema o la gestión no lo ha detectado. Por ejemplo, el plan 3 (intensivo)

Meses-Pagados	Individuos		Acum
1	517	18%	18%
2	557	20%	38%
3	479	17%	56%
4	304	11%	66%
5	244	9%	75%
6	177	6%	82%
7	146	5%	87%
8	142	5%	92%
9	88	3%	95%
10	45	2%	97%
11	31	1%	98%
12	60	2%	100%
13	5	0%	100%
	2795	100%	

Esto podría dilucidarse, revisando la base de datos y construyendo una variable que analice el grado de “inasistencia” medida como el número de meses transcurridos entre la última atención registrada, y el último mes del año analizado.

En su lugar, lo que hicimos en secciones anteriores fue tener en cuenta el mes de inicio de su tratamiento. Así, alguien que inició en enero, y al cierre del año se ve que sólo fue dos meses, la conclusión más plausible es que ya abandonó el tratamiento.

8. Focalización según Diagnóstico de Trastorno de Consumo y Compromiso Bio-psicosocial

Respecto a población general, el componente tratamiento y rehabilitación entiende por criterio de focalización el dar atención a beneficiarios del sistema público de salud, que tengan disposición a recibir tratamiento.

Dicho así, esa definición parece más pertinente si se tratara de definir poblaciones objetivo, que para decidir en quienes focalizar el tratamiento.

Si bien, desde una perspectiva de política fuera difícil definir una regla por la cual se excluyese postulantes vulnerables, esto no excluye que, desde una perspectiva de gestión, CONACE sí pueda definir criterios de medición de cuán “enfocado” está el componente de tratamiento y rehabilitación. Si se identificara algún grado de desalineación, esto al menos daría oportunidad de corregir, por ejemplo, las actividades de búsqueda de beneficiarios “más” problemáticos que otros; y afinar los matices de las campañas publicitarias que mejoren su efectividad comunicacional hacia aquellos beneficiarios “más” problemáticos y sus familias “aprobledadas”.

Este criterio de focalización no se ha operacionalizado respecto al establecimiento ex ante de niveles específicos medibles para las variables relevantes observadas en el beneficiario tratado al momento del ingreso al programa.

Para graficar lo que se afirma, a continuación procedemos a clasificar los individuos tratados en cada plan, según la distribución conjunta de la variable “diagnóstico de trastorno de consumo” y la variable “compromiso bio-psicosocial”.

Puede observarse que las bases de datos, para los tres planes de población general del año 2008, muestran entre 18% y 26% de los individuos, sin información respecto a ambas variables. Pero no se sabe si es por falta de diagnóstico o por falta de registro en la base de datos. En cualquiera de los dos casos, es una falla en la gestión que se ha pasado por alto a todos los actores.

8.1. Ambulatorio Básico

De acuerdo a la base de datos de población general año 2008, los 3781 beneficiarios tratados en el plan 2, se distribuyen de la siguiente manera:

		Diagn.Trastorno Consumo			
		...	Consumo Perjudicial	Dependencia	
Compromiso Biosicosocial	'''	19%		19%	
	Leve	6%	5%	12%	
	Moderado	16%	36%	52%	
	Severo	2%	14%	16%	
	Sin Compromiso	1%	1%	1%	
	8	0%	0%	0%	
		19%	25%	56%	100%

8.2. Ambulatorio Intensivo

De acuerdo a la base de datos de población general año 2008, los 2795 beneficiarios tratados en el plan 3, se distribuyen de la siguiente manera:

		Diagn.Trastorno Consumo			
		...	Consumo Perjudicial	Dependencia	
Compromiso Biosicosocial	'''	18%		18%	
	Leve	4%	3%	7%	
	Moderado	8%	32%	40%	
	Severo	3%	31%	34%	
	Sin Compromiso	0%	0%	0%	
	8				
		18%	16%	66%	100%

8.3. Residencial

De acuerdo a la base de datos de población general año 2008, los 1011 beneficiarios tratados en el plan 4, se distribuyen de la siguiente manera:

		Diagn.Trastorno Consumo		
		...	Consumo Perjudicial	Dependencia
Compromiso Biosocial	'''	26%		26%
	Leve	0%	1%	2%
	Moderado	5%	14%	19%
	Severo	4%	49%	53%
	Sin Compromiso	0%	0%	0%
	8	26%	9%	65%

9. Conclusiones

Las tasas de deserción encontradas, por las que alrededor de la mitad ha dejado de asistir al tratamiento después de los tres meses, suelen explicarse como “normales” desde la perspectiva epidemiológica.

Sin embargo, como panel, nos resistimos a esta explicación, porque a la fecha no se puede rechazar otra hipótesis explicativa de esta distribución: el sistema de información no emite informes críticos o alertas tempranas, para identificar a tiempo a los beneficiarios que han dejado de asistir al tratamiento y, por tanto, tienen elevada probabilidad de abandonar definitivamente el tratamiento. El sistema no analiza ni mide el grado de “inasistencia” de los tratados, o de antigüedad respecto al último mes que el tratado fue atendido. Sin medir esto, a partir de esta base de datos que registra a los tratados, no hay manera de detectar tempranamente quiénes han dejado de asistir al tratamiento, y, aparentemente, estarían abandonando de manera efectiva su tratamiento. Sin esta información, no es posible activar a tiempo ningún plan de rescate o de emergencia con la intención expresa, clara, sistemática y premeditada, para recuperar y monitorear los potenciales desertores de los planes de tratamiento y rehabilitación.

Por otro lado, si, como indican las tablas anteriores, la tercera parte de los tratados habrá abandonado el programa al segundo mes, ¿no sería esto evidencia de que es prematuro ingresar a estos individuos al programa de tratamiento? ¿No sugiere que pudiera estar haciendo falta una instancia distinta de soporte, contención y orientación al individuo, que lo prepare afectiva y psicológicamente, para el inicio de un programa de tratamiento, antes de ingresarlo al programa?

Estas inquietudes, sugerirían la oportunidad y necesidad de revisar acuciosa y críticamente los criterios actuales aplicados para la aceptación a los programas de tratamiento, y la importancia de poder contar con un instrumento objetivo y científico para la medición del grado de complejidad del individuo ingresado al programa.

Finalmente, una hipótesis que tampoco podemos rechazar ante estos antecedentes y evidencia entregada, es que el diseño de incentivos podría generar el efecto indeseado de inducir a que los centros estén más preocupados por ingresar individuos al programa cualquiera sea su condición inicial, que en recuperar efectivamente individuos que se estarían retirando del tratamiento.



ESTUDIO COMPLEMENTARIO
PANEL DE EVALUACIÓN CONACE
Seguimiento de Indicadores a Nivel Propósito

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES

II. BREVE REVISIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2003-2008

III. BREVE REVISIÓN DE LAS ENCUESTA NACIONALES DE DROGA

IV. PROPUESTA DE INDICADORES Y PRECAUCIONES EN SU INTERPRETACIÓN

V. ANÁLISIS INDICADORES

VI. CONCLUSIONES

ANTECEDENTES

El presente informe se enmarca en la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), específicamente en la evaluación de la propuesta programática del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Ministerio del Interior, constituida por programas de prevención, tratamiento y rehabilitación, y de prevención a nivel comunal. Esta evaluación ha sido encargada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (DIPRES).

El objetivo del presente informe es identificar variables que permitan definir indicadores para medir el logro alcanzado en la prevención del consumo de drogas en el país, en base a los objetivos estratégicos definidos en la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008*. Los objetivos específicos, por su parte, son:

- 1) Analizar las bases de datos de las encuestas nacionales de drogas (END), para sus últimos tres años, con respecto a la evolución de la diferencia de consumo y percepción de riesgos entre las personas con distinto grado de conocimiento de la labor del Estado en este tema.
- 2) Sistematizar la información proveniente de las END, con el fin de observar la evolución de indicadores de logro de los objetivos estratégicos de reducción de la demanda, a nivel de beneficiarios finales.
- 3) Identificar variables contenidas en las END que permitan definir de manera operativa, la prevención del consumo de drogas.
- 4) Identificar indicadores que permitan medir los logros alcanzados en prevención del consumo de drogas, a partir de las preguntas que contempla el formulario de la encuesta.
- 5) Sugerir nuevos indicadores – actualmente no preguntados – para mejorar la efectividad de la encuesta como herramienta que permita establecer líneas de base más certeras y estimar con mayor precisión el impacto de CONACE.

Para abordar estos objetivos, en primer lugar, se analiza y revisa el contenido de la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008*, de modo de identificar los principales impulsos y énfasis que puedan ser traducidos de manera eficiente y pertinente en indicadores de seguimiento, para luego realizar una propuesta específica de indicadores y analizar sus resultados en la serie 2004, 2006, 2008 para población nacional, y 2003, 2005 y 2007 para población escolar. Por último, se presentan las principales conclusiones y sugerencias de indicadores a incluir en futuras mediciones.

BREVE REVISIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS 2003-2008

En esta sección, se revisan de manera breve los componentes de la *Estrategia Nacional de Drogas* con el objetivo de poder definir dimensiones e indicadores que permitan realizar un seguimiento a nivel de propósito de la oferta programática de Conace. En la *Estrategia Nacional sobre Drogas 2003-2008*, se mencionan los siguientes objetivos:

- 1) Fortalecer y potenciar la capacidad de la familia como principal agente protector del consumo de drogas.
- 2) Evitar y disminuir el consumo de drogas en niños, niñas y jóvenes de todas las instituciones educativas del país, en un proceso continuo y sistemático desde la educación parvularia, hasta la educación superior.
- 3) Rehabilitar y reinsertar socialmente a personas afectadas por el consumo de drogas, ofreciendo oportunidades de tratamiento y rehabilitación.
- 4) Disminuir el consumo de drogas en las comunas mediante programas de prevención comunitaria.
- 5) Disminuir el consumo de drogas en grupos de riesgo y vulnerabilidad social.

- 6) Aumentar la sensibilidad, conocimiento y compromiso de la comunidad nacional para abordar el problema del consumo y tráfico de drogas.

A modo de contextualización, cabe destacar que la Estrategia Nacional de Drogas surge como respuesta a la creciente preocupación por el aumento del consumo y tráfico de drogas que se registró en el país a lo largo de la década del noventa, principalmente a través de la información generada por el estudio periódico en población general que comenzó a realizarse cada dos años desde 1994. Los datos mostraban una curva sostenida y ascendente en el uso de marihuana y cocaína, además, en los registros de la Policía de Investigaciones se mostraban aumentos sistemáticos en las incautaciones de drogas en el país. En síntesis, la estrategia fue diseñada con el propósito de reducir el uso y disponibilidad de las principales drogas ilegales: marihuana, cocaína y pasta base. Las metas específicas que se definieron para la reducción de demanda fueron: reducir el consumo de marihuana entre menores de edad, disminuir el consumo de pasta base en los estratos más pobres (donde el uso de ésta es más frecuente) y disminuir el consumo de cocaína en población general. En términos de la reducción de la oferta, por su parte, se propuso disminuir la disponibilidad de drogas ilegales en el país, reducir la producción y el uso ilícito y desvío de sustancias químicas que se utilizan en la elaboración de drogas.

La prevención constituye el principal foco de las políticas de reducción de la demanda, más que el tratamiento, en consonancia con la realidad epidemiológica del país: aumentos en la iniciación y uso ligero de drogas, con proporciones de abuso y tasas de adicción todavía menores. El propósito preventivo es amplio y decisivo dentro de la estrategia: seis de los siete objetivos en reducción de demanda se refieren a prevención, y el esfuerzo preventivo intenta involucrar a las familias, las escuelas, las empresas, la comunidad territorial y los medios de comunicación de masas. El principal objetivo preventivo ha sido aumentar la percepción de riesgo del conjunto de la población respecto del daño que produce el uso y abuso de drogas. También se ha buscado de manera especial fortalecer las capacidades preventivas de agentes claves que tratan con adolescentes como las familias y las escuelas. Los programas focalizados en menores y jóvenes buscan expresamente favorecer la abstinencia y retardar la edad de inicio en el uso de drogas. Otro aspecto a destacar remite a que aunque la estrategia no contempla ninguna referencia al uso adolescente de tabaco y alcohol, todos los programas preventivos han incluido estas sustancias dentro de sus manuales y orientaciones programáticas. La estrategia, sin embargo, posee un precario desarrollo de una institucionalidad preventiva. Por ejemplo, el problema de las drogas no forma parte del currículum escolar obligatorio, ni es una materia considerada en la formación inicial de profesores, tampoco existen obligaciones preventivas en las empresas, incluso en aquellas que trabajan en situaciones de riesgo. Existe un desafío relevante en términos de seguimiento de las acciones realizadas en esta área preventiva.

En el caso de las políticas de tratamiento y rehabilitación, se aprecia que éstas ocupan un lugar menor: si bien la estrategia identifica algunos grupos vulnerables con necesidad de tratamiento, como desertores escolares, niños en situación de calle y población carcelaria, reclama a su vez mayor atención preventiva sobre ellos, no definiéndolos como un foco prioritario de una oferta de tratamiento y rehabilitación. La institucionalidad sanitaria contaba en sus inicios con un escasísimo desarrollo (unos cuantos centros privados de tratamiento que recibían algún subsidio público) algo que ha mejorado significativamente en el período, a pesar de que la estrategia no define objetivos institucionales precisos.

Por último, la estrategia no posee un énfasis en control, tal como se observa en otros países. No se le otorga a la policía un papel central ni tampoco se utiliza el lenguaje de la “guerra contra las drogas”. La estrategia ha operado dentro de un marco legal que sanciona el consumo de drogas en lugares públicos (o en lugares privados cuando existe concertación para hacerlo) y el porte o tráfico de drogas: el consumo privado o el porte de pequeñas cantidades de drogas para consumo personal no son objeto de sanción penal, lo que coincide con gran parte de la legislación mundial que pone énfasis en planteamientos orientados en prevención y tratamiento.

En síntesis, se identifican con claridad tres componentes generales, que serán, en definitiva, los que guiarán la búsqueda de indicadores. Las acciones de Conace no son homogéneas para cada uno de estos componentes, aspecto que se debe tener en cuenta a la hora de conectar la oferta programática con los resultados finales esperados.

BREVE REVISIÓN DE LAS ENCUESTA NACIONALES DE DROGA

El país cuenta con dos estudios nacionales de drogas que se realizan de manera continua: el primero es el Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile que se realiza en años pares con una serie que ha completado ocho estudios (1994-2008). El segundo es el Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar que se realiza en años impares entre el octavo y duodécimo grado de enseñanza con una serie comparable de cuatro estudios (2001-2007). Ambos estudios poseen alcance nacional, se realizan sobre muestras de gran tamaño y envergadura (cerca de 20.000 en población general y de 60.000 en población escolar) con selección enteramente probabilística de los entrevistados y se aplican por empresas especializadas asignadas por licitación pública¹⁶³. Se trata por ende, de instrumentos e información recogida a través de procedimientos serios, rigurosos y de estándar internacional.

Ambas encuestas entregan información epidemiológica valiosa, única y confiable a nivel país, respecto a la situación del consumo de drogas en Chile, a través de medidas como prevalencia, abuso y de manera pionera a nivel internacional, dependencia siguiendo los criterios DSM-IV (en la versión de Población General)¹⁶⁴. A esto se suma el levantamiento de información de contexto que permite caracterizar el consumo, las variables intervinientes y la construcción de modelos explicativos. Su carácter nacional y periódico contribuye además a la generación de estrategias y políticas particulares en el área de la prevención, control y tratamiento focalizados.

Al comparar los resultados de las encuestas de población general y escolar, cabe destacar que las diferencias en las estimaciones de consumo y otros valores que arrojan ambos estudios provienen del método de aplicación de las respectivas encuestas. La encuesta en población general se realiza mediante entrevistas de hogares cara-a-cara, mientras que las encuestas escolares se hacen en sala de clases mediante un cuestionario auto-aplicado. La encuesta en población general también se aplica en escolares puesto que cubre población de 12-64 años, de manera que se puede comparar directamente el rendimiento de ambos cuestionarios. En tabaco y alcohol las diferencias de estimación en población escolar son menores, 35/31% en prevalencia de último mes para tabaco y 38/33% para alcohol, siempre a favor del cuestionario auto-aplicado que se hace en los colegios. En marihuana la diferencia para prevalencia de último año alcanza mayor magnitud, 16/11% (datos comparados provenientes de las encuestas en población escolar de 2007 y en población general en 2008): la encuesta auto-aplicada ofrece casi un tercio de sobre-estimación respecto de la encuesta cara-a-cara. En cocaína y pasta base, las diferencias son grandes, los valores en cuestionarios auto-aplicados dan 2,5% y 2,9% para prevalencias de último año, mientras que el cuestionario cara-a-cara registra apenas 0,2% en pasta base y 0,8% en cocaína. Como se ha mostrado en múltiples estudios, los rendimientos de cuestionarios cara-a-cara van decreciendo a medida que la sustancia tiene mayor rechazo social (efecto de deseabilidad)¹⁶⁵. No debe descartarse, sin embargo, que los valores obtenidos en sala de clase estén sujetos en alguna medida a sobre-declaración.

PROPUESTA DE INDICADORES Y PRECAUCIONES EN SU INTERPRETACIÓN

A continuación se especifica, a través de una matriz, el conjunto de indicadores que se sugiere incluir para evaluar a nivel de propósitos la oferta programática de Conace. La matriz ofrece una sistematización de indicadores de nivel de propósito, resultados intermedios y de proceso, que se podría utilizar para realizar un seguimiento de la oferta programática Conace. Sin embargo, cabe destacar, que el análisis de estos indicadores no puede ser comprendida como una evaluación directa a nivel de resultados finales de la acción de intervención de Conace, pues para ello, se debería tener claridad respecto a la envergadura y cobertura de su acción, para utilizar criterios adecuados y pertinentes del análisis de la magnitud de su impacto a nivel nacional. Por otra parte, la encuesta no cuenta con

¹⁶³ Las muestras son grandes, con el objetivo de producir estimaciones precisas, es decir, realizar estimaciones con rangos de error bajo que permitan hacer comparaciones de la evaluación del consumo en el tiempo con altos estándares estadísticos. La diferencia entre la muestra de población general y escolar, se debe, principalmente a las diferencias de agrupamiento de las poblaciones encuestadas (población general, mayor dispersión; población escolar, menor dispersión, población cautiva en establecimientos educacionales). Tal condición diferenciada impacta en los costos de ambos estudios, por lo que finalmente se realiza un *trade-off* entre calidad y precisión estadística, y los costos.

¹⁶⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

¹⁶⁵ Para mayores referencias revisar la evidencia presentada en "How to conduct telephone surveys", de Linda Bourque y Eve Fielder (Sage, 2003); y "Telephone Survey Methods", de Paul Lavrakas (Sage, 1993).

indicadores adecuados para identificar de manera precisa y adecuada las acciones realizadas, simplemente, debido a que las encuestas no tienen un propósito evaluativo de la intervención de Conace, sino más bien, un carácter epidemiológico que provee de información clave para tener una mirada general y confiable de la situación nacional y regional, que contribuya a la definición y perfeccionamiento de la *Estrategia Nacional de Drogas*.

La propuesta de indicadores aquí presentada, puede ser considerada como un primer insumo a utilizar para evaluar la eficacia y resultados específico de los programas desarrollados por Conace, sin embargo difícilmente los datos reportados en la encuesta y este informe son útiles para realizar una evaluación rigurosa y adecuada de las intervenciones, pues para ello se deben tener antecedentes de los componentes programáticos específicos, especialmente de su envergadura y cobertura.

Matriz de Indicadores Estudio Complementario

Componente de Estrategia	Dimensión	Tipo de Indicador	Variable	Indicador	Cálculo/Medida	Fuente y Años
A. Prevención	A.1 Percepción de riesgo y aprobación de consumo	Resultado Final	1. Percepción de riesgo de marihuana, cocaína y pasta base	Percepción de riesgo ante uso regular de marihuana y uso ocasional de cocaína y pasta base (por tramo de edad)	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008 PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	2. Aprobación de consumo de marihuana, cocaína y pasta base	Declaración de aprobación de consumo regular de marihuana y ocasional de cocaína y pasta base	Porcentaje	PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	3. Percepción de normalización del consumo	Acuerdo con que la mayoría de los jóvenes fuma marihuana	Porcentaje	PG: 2008 PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	4. Aprobación de legalización de marihuana	Acuerdo con que la marihuana debería ser legal para los mayores de 18 años	Porcentaje	PG: 2006, 2008 PE: 2003, 2005, 2007
	A.2 Disminución de consumo y precocidad	Resultado Final	1. Prevalencia año marihuana, cocaína, y pasta base	Prevalentes marihuana, cocaína, pasta base y drogas último año	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008 PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	2. Prevalencia mes marihuana, cocaína y pasta base	Prevalentes marihuana, cocaína y pasta base último mes	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008 PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	3. Dependencia marihuana, cocaína y pasta base	Dependencia según criterio DSM IV	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008
		Resultado Final	4. Abuso marihuana, cocaína y pasta base	Abuso según criterio DSM IV	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008
		Resultado Final	5. Precocidad marihuana, cocaína y pasta base	Prevalentes vida de marihuana, cocaína y pasta base que se inician antes de los 15 años	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008 PE: 2003, 2005, 2007
	A.3 Control familiar	Resultado Intermedio	1. Desaprobación parental al consumo de marihuana	Percepción de respuesta negativa de los padres (madre y padre) ante el consumo de marihuana	Porcentaje en que al menos uno (padre o madre) desaprueba el consumo	PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Intermedio	2. Conversación de padres con hijos sobre droga	Conversación seria de padres sobre los peligros de la droga	Porcentaje	PE: 2003, 2005, 2007

Matriz de Indicadores Estudio Complementario

Componente de Estrategia	Dimensión	Tipo de Indicador	Variable	Indicador	Cálculo/Medida	Fuente y Años
A. Prevención	A.4 Colegio: participación en talleres o programas de prevención	Proceso	1. Participación en programa Quiero Ser y Yo decido	Declaración de participación en el programa	Porcentaje	PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Intermedio	2. Efecto preventivo de programa Quiero Ser y Yo decido	Diferencias en prevalencia y percepción de riesgo en ambos grupos que participan y no participan	Diferencia de porcentajes	PE: 2003, 2005, 2007
		Proceso	3. Satisfacción programa Quiero Ser o Yo decido	Declaración de satisfacción por participar en el programa	Porcentaje	PE: 2005, 2007
		Proceso	4. Adherencia con el programa Quiero Ser o Yo decido	Declaración de deseo de seguir participando en el programa	Porcentaje	PE: 2005*, 2007
	A.5 Comuna: participación en talleres o programas de prevención	Proceso	1. Conocimiento programa Previene	Declaración de conocimiento del programa	Porcentaje	PG: 2006, 2008
		Proceso	2. Evaluación del programa Previene	Declaración de evaluación del programa Previene	Porcentaje	PG: 2006, 2008
		Resultado Intermedio	3. Acceso a información sobre prevención de drogas o alcohol en el barrio	Declaración de haber recibido información sobre prevención de droga o alcohol en el barrio	Porcentaje	PG: 2008
	A.6 Trabajo: participación en talleres o programas de prevención	Resultado Intermedio	Acceso a información sobre prevención de drogas o alcohol en el trabajo	Declaración de haber recibido información sobre prevención de droga o alcohol en el trabajo	Porcentaje	PG: 2006, 2008
	A.7 Conocimiento Conoce	Proceso	Conocimiento Conace y su función	Conocimiento de Conace y su función	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008
	A.8 Percepción del problema de la droga	Resultado Intermedio	Percepción de aumento del problema de la droga (actual y futuro)	Declaración de aumento del programa de la droga actual y futuro	Porcentaje	PG: 2008

Matriz de Indicadores Estudio Complementario

Componente de Estrategia	Dimensión	Tipo de Indicador	Variable	Indicador	Cálculo/Medida	Fuente y Años
B. Control	B.1 Individuo	Resultado Final	1. Exposición reciente a la oferta	Autoreporte de haber recibido ofertas de marihuana, cocaína y pasta base en el último año	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008 PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	2. Facilidad de acceso de marihuana, cocaína y pasta base	Declaración de facilidad de acceso de marihuana, cocaína y pasta base Tiempo en que se demora en conseguir marihuana	Porcentaje	PE: 2003, 2005, 2007 PG: 2004, 2006, 2008
	B.2 Colegio	Resultado Final	1. Consumo de drogas dentro del colegio	Declaración de consumo de drogas dentro del colegio	Porcentaje	PE: 2003, 2005, 2007
		Resultado Final	2. Tráfico de drogas alrededor del colegio	Declaración de tráfico alrededor del colegio	Porcentaje	PE: 2003, 2005, 2007
	B.3 Barrio	Resultado Final	1. Tráfico de drogas en el barrio	Percepción de tráfico de drogas en el barrio Conocimiento de lugares donde se venden drogas en el barrio	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008
		Resultado Final	2. Consumo de drogas en el barrio	Percepción de consumo de drogas en el barrio Extensión del consumo de drogas en el barrio	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008
	B.4 Precio	Resultado Final	Costo promedio marihuana, cocaína	Autoreporte del precio de papelillo de marihuana, cocaína y pasta base	Promedio	PG: 2004, 2006, 2008
	C. Rehabilitación y tratamiento	C.1 Acceso	Resultado Intermedio	Acceso a tratamiento	Autoreporte de acceso a tratamiento en últimos 12 meses	Porcentaje
C.2 Demanda		Resultado Intermedio	Necesidad de tratamiento	Declaración de necesidad de tratamiento en el último año	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008
C.3 Focalización		Resultado Intermedio	Acceso a tratamiento en población con abuso de marihuana, cocaína o pasta base	Autoreporte de tratamiento en población con abuso (según criterios DSM IV) marihuana, cocaína o pasta base	Porcentaje	PG: 2004, 2006, 2008

ANÁLISIS INDICADORES

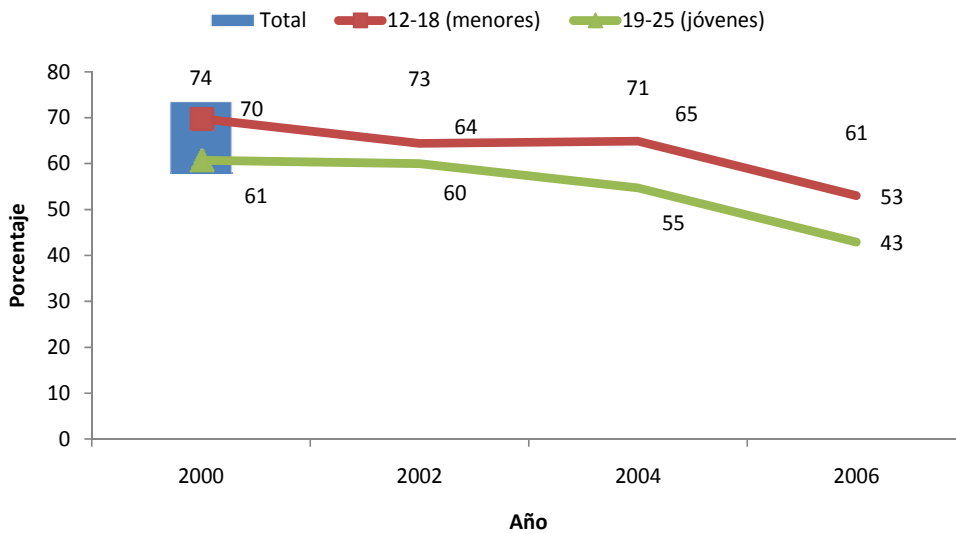
A continuación se presentan los resultados de los principales indicadores incluidos en la matriz. El análisis que se centra en aspectos generales y en la evolución en el tiempo de las cifras.

A. PREVENCIÓN

A.1 Percepción de Riesgo y Aprobación de Consumo

La percepción de riesgo y precocidad son los resultados más importante de la prevención escolar. Sin importar el tipo de riesgo al que remita el encuestado al responder esta pregunta (riesgo de salud, riesgo de caer preso), la relevancia de la pregunta apunta a que cualquier noción de riesgo que se atribuya al consumo, lo desincentiva: la validez de la pregunta se comprueba al comparar la percepción de riesgo entre no consumidores, consumidores, abusadores o dependientes; ésta es siempre más alta a mayor compromiso con el uso de la droga. En términos de los datos, la percepción de riesgo de marihuana entre los adolescentes ha experimentado una caída sostenida tanto en los registros de población escolar como general: se observa en ambos estudios la misma curva descendente durante el período 2000-2007. En población general (ver Gráfico 1), tanto para el total de la población como para los grupos de interés (menores entre 12 y 18 años, y jóvenes de entre 19 y 25 años), la caída de la percepción de riesgo del uso regular de marihuana es sostenida sobrepasando las diferencias de 10 puntos porcentuales entre los extremos del período, y acercándose a los 20 puntos porcentuales en jóvenes y menores.

Gráfico 1: Percepción de riesgo ante el uso de marihuana una o dos veces por semana
Proporción que indica gran riesgo sobre el total de la población
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General

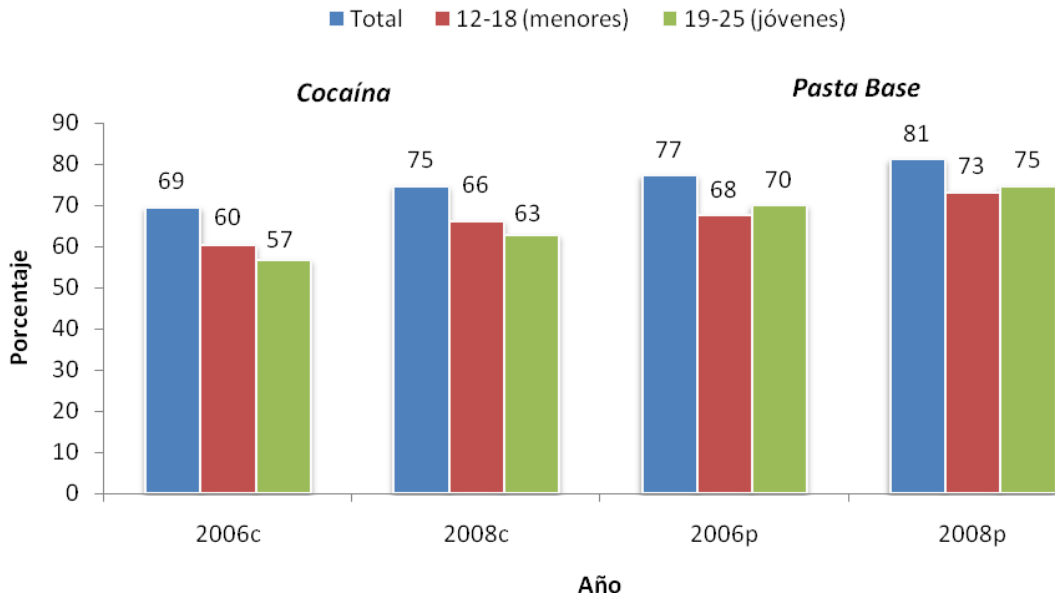


En el caso de la cocaína (ver

Gráfico 2), la percepción de riesgo de uso experimental en población general ha aumentado entre el año 2006 y 2008¹⁶⁶, con diferencias de 6 puntos porcentuales en cocaína para el total de la población, y 4 puntos para pasta base. Un comportamiento de aumento general se observa también en los grupos de interés (adolescentes), pero de menor magnitud.

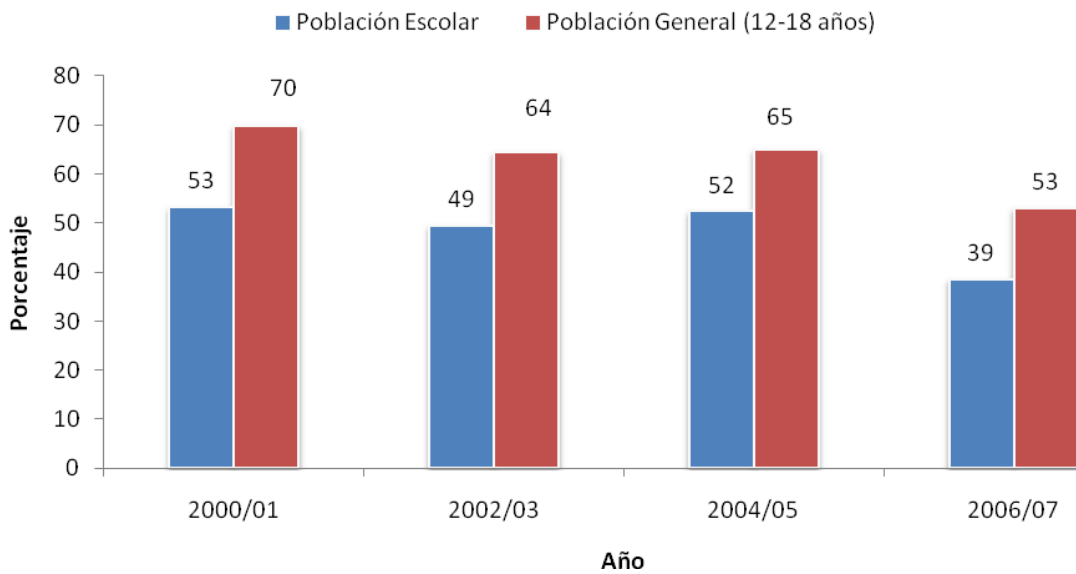
¹⁶⁶ Esta pregunta sólo se midió los años 2006 y 2008.

Gráfico 2: Percepción de riesgo de probar cocaína o pasta base una o dos veces (uso experimental)
Proporción que indica gran riesgo sobre el total de la población
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



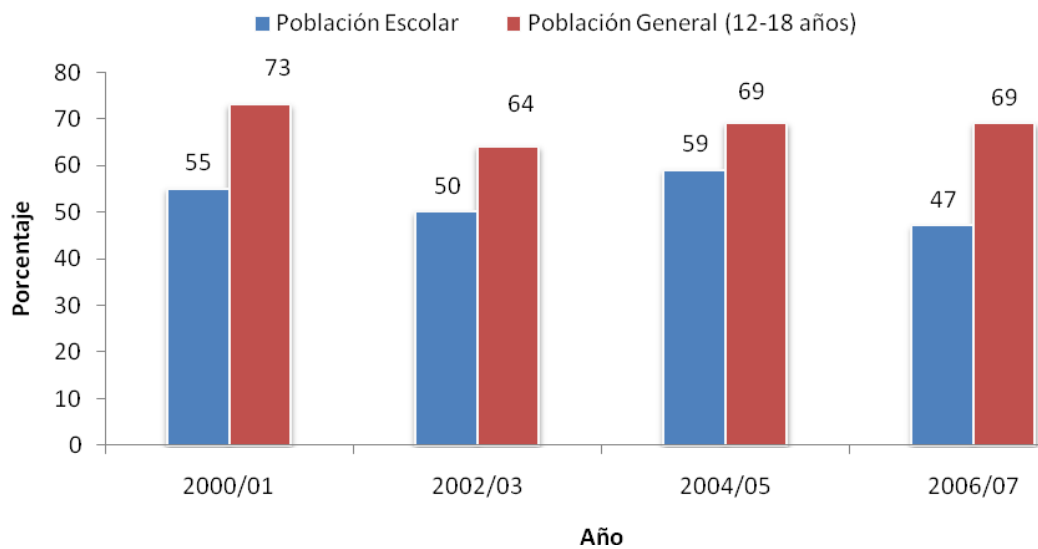
Cuan do se analiza a la población escolar y a la población de entre 12 y 18 años en población general, se aprecia la caída sostenida de la percepción de riesgo del uso regular de marihuana. Más allá de la magnitud de las percepciones, siempre más altas en población general, la diferencia entre los puntos extremos de la serie, sobrepasa los 10 puntos porcentuales, bordeando más bien los 15 puntos en esta población de interés (Gráfico 3).

Gráfico 3: Percepción de riesgo ante el uso de marihuana una o dos veces por semana
Proporción que indica gran riesgo sobre el total de la población adolescente
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General y Escolar



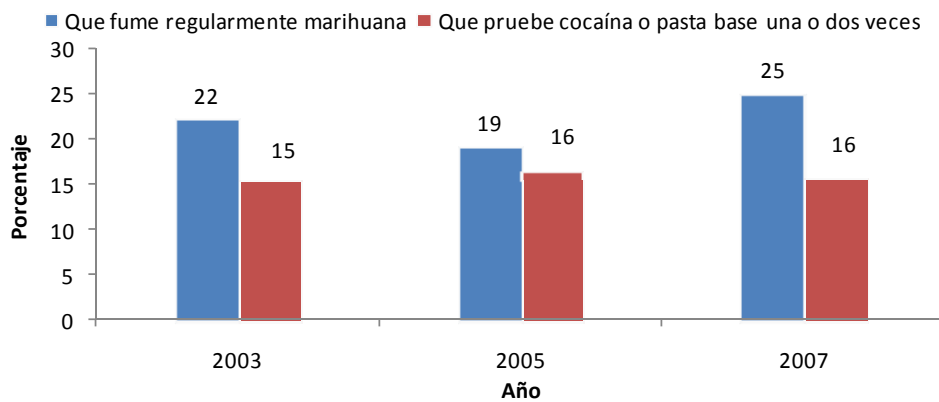
Al realizar el mismo ejercicio, pero esta vez para uso ocasional de cocaína (ver Gráfico 4), se aprecia una leve caída de la percepción del riesgo entre adolescentes respecto al inicio de la serie: en población general tal caída alcanza 4 puntos porcentuales estabilizándose en las últimas dos mediciones, y en población escolar 8 puntos entre el año 2001 y 2007, con una caída brusca en el período 2005-2007. En síntesis, se aprecia que la percepción de riesgo para uso ocasional de cocaína (una vez al mes) se ha mantenido ligeramente por debajo de los valores iniciales de la serie en población adolescente, llamando la atención el descenso brusco en población escolar entre el año 2005 y 2007, el que se deberá confirmar en próximos estudios.

Gráfico 4: Percepción de riesgo uso ocasional (una vez al mes) de cocaína entre adolescentes
Proporción que indica gran riesgo sobre el total de la población adolescente
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General y Escolar



La aprobación del uso regular de marihuana y cocaína en población escolar, presenta un comportamiento más auspicioso: las diferencias en el período 2003-2007, no sobrepasan los 3 puntos porcentuales (ver Gráfico 5), y la aprobación de uso experimental de cocaína se mantiene prácticamente constante.

Gráfico 5: Aprobación uso regular de marihuana y ocasional de cocaína
Proporción que responde "ni bien ni mal"
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



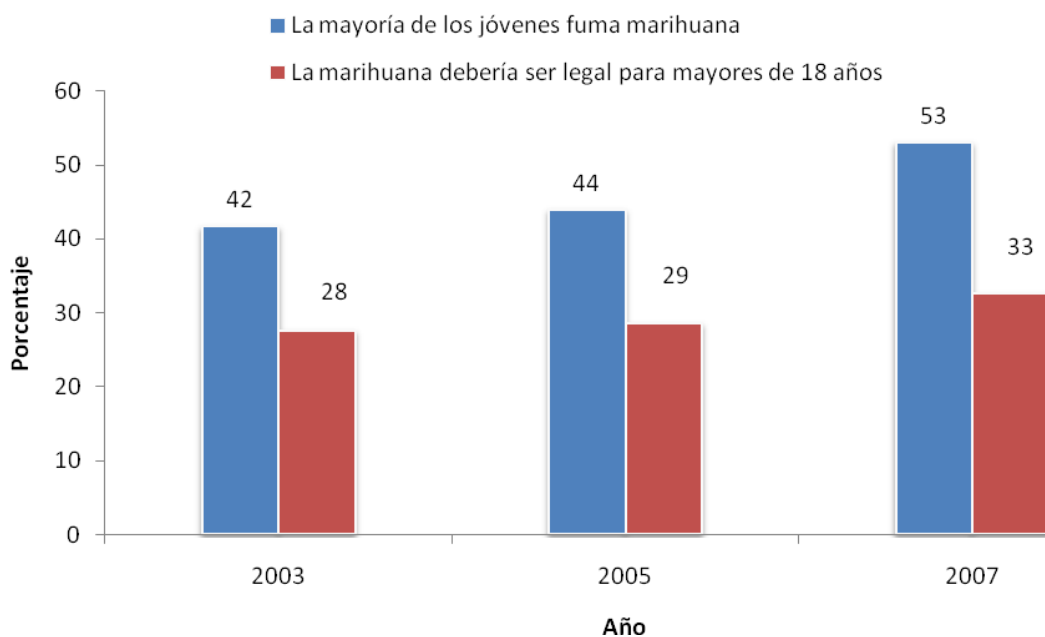
La normalización de uso adolescente de marihuana puede ser utilizado como un indicador más extremo de la caída en la percepción de riesgo: la opinión de que todos los jóvenes usan marihuana, una opinión que los programas de prevención intentan expresamente desmentir, se ha ampliado en el período 2003-2007, alcanzando diferencias de 9 puntos porcentuales (ver Gráfico 6). Este comportamiento se observa en todos los niveles de enseñanza (de 8vo básico a 4to medio). La percepción por parte de población general es peor: un 61% cree que la mayoría de los jóvenes usa marihuana. Esta creencia es mayoritaria tanto en los jóvenes como adultos.

La aprobación de la legalización de la marihuana para mayores de 18 años, por otra parte, presenta una progresión más modesta, de sólo 5 puntos porcentuales en el período 2003-2007 (Gráfico 6).

Gráfico 6: Normalización del consumo y aprobación de legalización de marihuana

Proporción que responde "muy de acuerdo o de acuerdo"

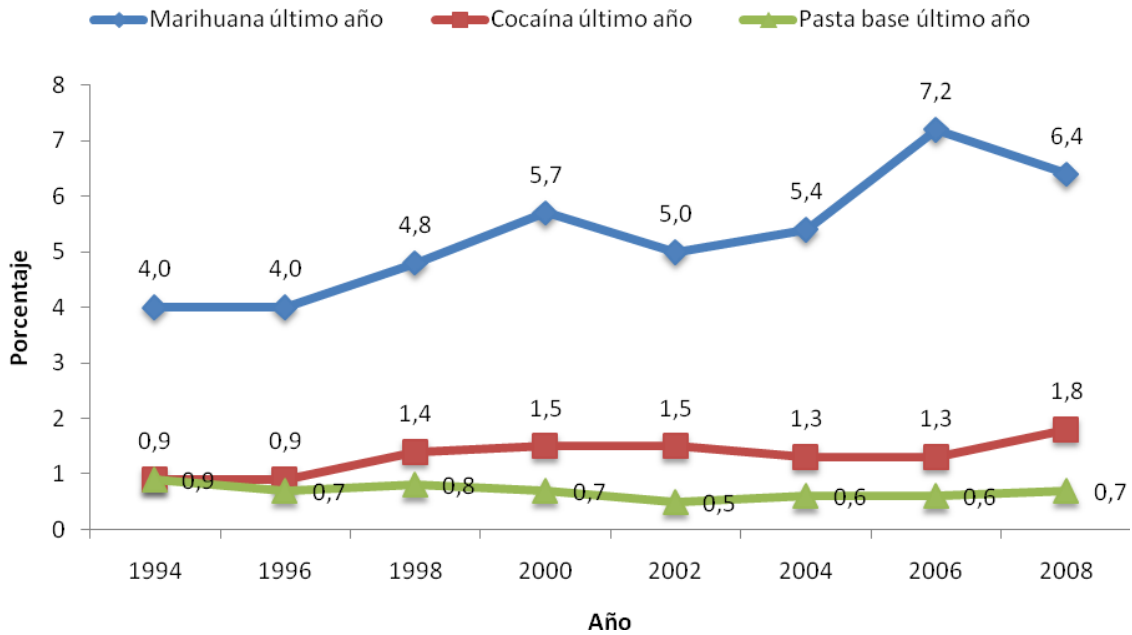
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



A.2 Disminución de consumo y precocidad

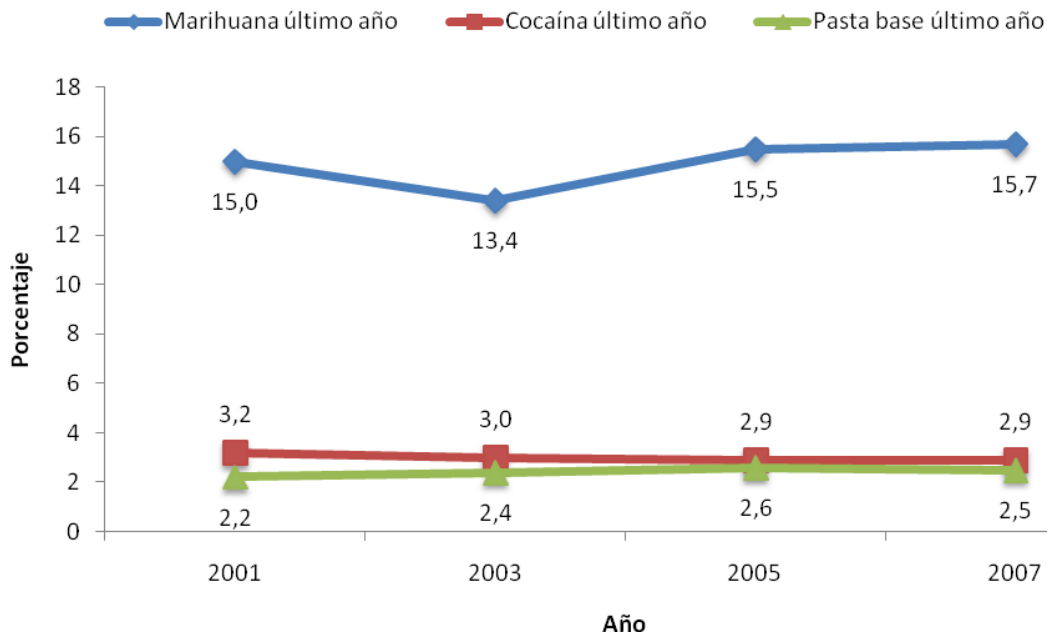
La marihuana en Chile, como en otras partes del mundo, es la droga de mayor consumo alcanzando en la actualidad al 26% de la población que declara haber probado marihuana alguna vez en la vida. Los datos de la encuesta nacional en población general (población de 12-64 años) muestran un incremento moderado del uso de marihuana en el último período en el marco, no obstante, de una tendencia de largo plazo siempre ascendente. Este incremento es especialmente visible entre los jóvenes (19-25 años) que han duplicado el uso reciente de marihuana en los últimos quince años, desde 8,7% en 1994 hasta 17,9% en 2008. La evolución entre menores de 18 años, donde se han volcado los esfuerzos más importantes en reducción de demanda, ha sido relevante. La curva tuvo una cima en 2000 con una prevalencia de último año de 8,1% que luego se estabiliza incluso para repuntar en el último año con 9,1%.

Gráfico 7: Evolución prevalencia año marihuana, cocaína y pasta base
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



Los datos provenientes de la encuesta nacional en población escolar (desde Octavo Básico hasta Cuarto Medio) muestran una curva prácticamente plana en la última década: la prevalencia de último año de marihuana ha oscilado en torno al 15% entre 2001-2007 (ver Gráfico 8).

Gráfico 8: Prevalencia año marihuana, cocaína y pasta base
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Los datos permiten observar un aumento el uso de marihuana entre los jóvenes y una estabilización en torno a los niveles máximos obtenidos al comienzo de la década en el uso adolescente de marihuana. Como en otros países, el consumo de marihuana es considerablemente más alto entre los jóvenes para tender a bajar de manera abrupta después de los 25 años: las prevalencias del grupo 26-34 años han sido constantemente la mitad o menos de las que existen entre jóvenes de 19-25 años y han tendido a permanecer estables en la última década. Las brechas de género, por su parte, han ido disminuyendo en el caso de la marihuana: en los noventa oscilaron en torno a una razón de 3:1 (tres hombres por cada mujer), pero en los últimos cinco años la razón ha caído a apenas algo más de 2:1.

Las estimaciones de prevalencia de último mes son un indicador de consumo frecuente o regular, y han seguido una trayectoria muy similar en el tiempo: actualmente bordean el 10% entre los jóvenes y el 4% entre adolescentes según los datos de las encuestas en población general, mientras que las encuestas en población escolar las sitúan en torno al 8%. Una medida más exigente de consumo frecuente, 10 o más días en el último mes, indica que en la actualidad un 1,6% de la población usa regularmente marihuana, valor que es prácticamente el doble del 0,9% encontrado el 2002.

Las últimas encuestas nacionales de drogas señalan que alrededor del 7% de la población entre 12-64 años ha probado alguna vez cocaína o pasta base. Las declaraciones de uso reciente de pasta base se han mantenido estables en los últimos quince años en cifras de alrededor de 0,7% (ver Gráfico 7). En el caso de la pasta base el grupo de mayor consumo es el de los jóvenes de 19-25 años con porcentajes que se mueven entre un 1 y 2%, pero en ocasiones el grupo de 26-34 años se le equipara o supera. Los reportes de uso de cocaína, en cambio, tuvieron un crecimiento acelerado en los años noventa para alcanzar una cima de 1,5% en prevalencia anual en los períodos 2000 y 2002, cifra que se ha mantenido estable en adelante con un ligero repunte en el último año, 1,8% en 2008, el mayor registro de uso de cocaína en la serie.

El grupo de 19-25 años puede alcanzar cifras cercanas al 4% en el uso reciente de cocaína, el doble de las que registran los adultos jóvenes de 26-34 años: a diferencia de la marihuana en que los menores de 18 años son el segundo grupo de edad de mayor consumo, en cocaína y pasta base lo es siempre el grupo de 26-34 años. El uso reciente de pasta base entre adolescentes ha ofrecido cifras inestables que oscilan entre 1,2% y 0,2% con una cierta tendencia hacia el descenso: los últimos estudios nacionales no han vuelto a registrar prevalencias superiores a 1% como ocurrió en los primeros estudios de la serie. Por el contrario, las declaraciones de uso adolescente de cocaína han oscilado en torno al 1% en toda la serie. Las encuestas en población escolar entregan cifras de alrededor de 2,5% en pasta base y 3% en cocaína (ver Gráfico 8), casi tres veces más altas que los reportes cara-a-cara de las encuestas en población general, con tendencias totalmente estables en la década actual.

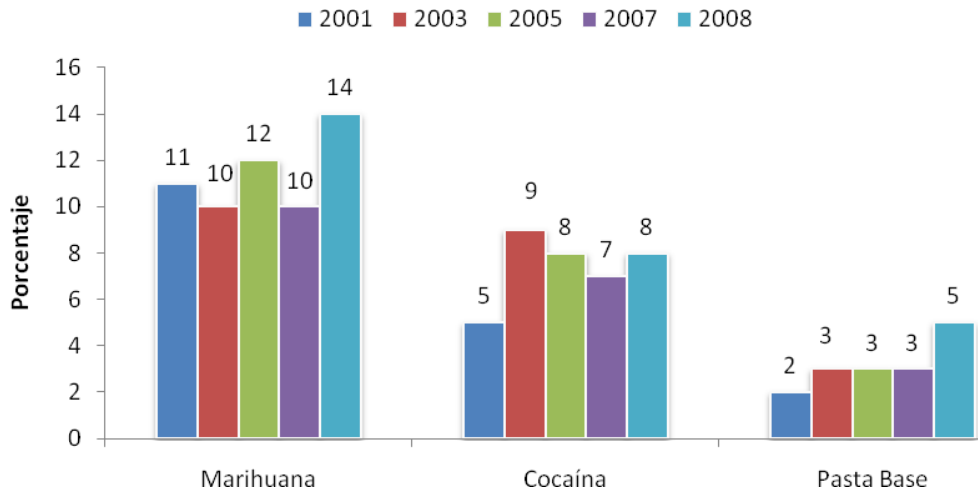
Las prevalencias de último mes nunca han sobrepasado el 0,5% en el caso de la pasta base y el 1% en el caso de la cocaína. Las estimaciones de uso frecuente, 10 o más días en el último mes, han alcanzan al 0,2% en pasta base y 0,1% en cocaína. Las declaraciones de uso frecuente de pasta base se han venido incrementando sistemáticamente. En su conjunto, las declaraciones de uso frecuente de alguna cocaína se han incrementado. Estas estimaciones son un indicio que los problemas de abuso de cocaína y pasta base se han venido incrementando, a pesar de que las prevalencias han permanecido constantes, aspecto relevante a la hora de focalizar el trabajo de intervención.

Como es sabido, el consumo de pasta base tiene una fuerte brecha socio-económica, más frecuente en el nivel socio-económico bajo, hasta el punto de desaparecer en el nivel alto. El consumo de cocaína tiene mucho menos brecha socio-económica, aunque se aprecia mayor presencia de la cocaína en el nivel socio-económico bajo que en el alto. Las brechas de género en cocaína y pasta base son más amplias que en el caso de la marihuana, de ordinario se alcanzan razones que oscilan entre 4:1 y 5:1 (cuatro o cinco hombres por cada mujer comprometida en el consumo).

Un buen resultado asociado a los esfuerzos preventivos, remite a los datos que muestran que la precocidad en el consumo de drogas no ha aumentado en el último período. En el caso de la marihuana los prevalentes que se han iniciado en marihuana antes de los 15 años fluctúa alrededor al 10% en población general (ver Gráfico 9) mientras

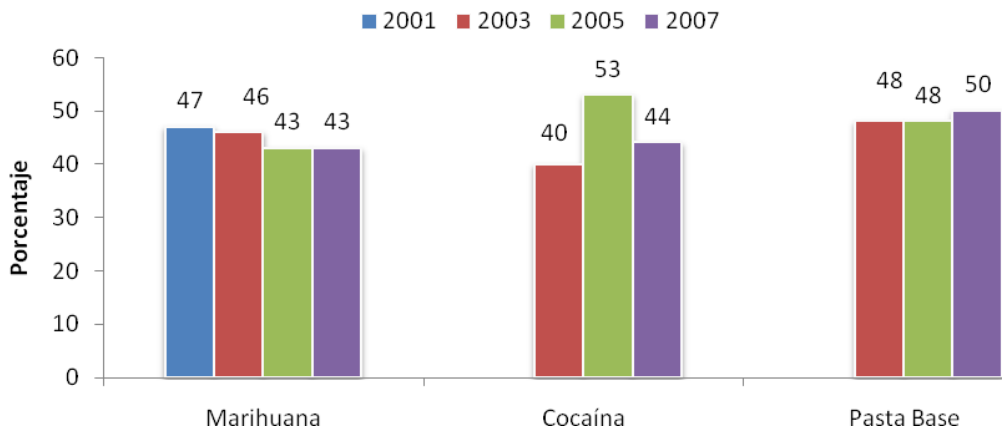
que en población escolar lo hace alrededor de un 45%, mostrando en este último caso una leve caída de 4 puntos porcentuales (ver Gráfico 10).

Gráfico 9: Precocidad en el uso de marihuana, cocaína y pasta base
Proporción de prevalentes vida que se ha iniciado antes de los 15 años
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



Los datos relacionados con cocaína y pasta base muestran un resultados similar, es decir, no existe fuerte evidencia de que la precocidad haya aumentado, tanto en población general como en población escolar. Los resultados son más bien inestables. En síntesis, la percepción de que el uso precoz de drogas ha aumentado no tiene sustento empírico.

Gráfico 10: Precocidad en el uso de marihuana, cocaína y pasta base
Proporción de prevalentes vida que se ha iniciado antes de los 15 años
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Como complemento a las medidas de prevalencia, se pueden utilizar dos medidas reportadas en todas las versiones de los estudios nacionales de droga en población general: dependencia y abuso. Ambas medidas permiten focalizar de manera más eficiente los esfuerzos de la prevención secundaria y terciaria. Las estimaciones de dependencia de drogas se obtienen a través de autoreportes basados en las categorías DSM-IV, que mide la existencia conjunta de los síndromes de privación, tolerancia y uso compulsivo (que presente al menos un síntoma de cada síndrome). Por otra parte, la medición de abuso, según la escala DSM-IV incluye un conjunto de 4 indicadores (problemas en la casa, trabajo o estudio, exposición a riesgos contra la propia integridad física, dificultades con la familia y/o amigos, problemas con la autoridad y/o ley), quedando consignados los prevalentes del último año que presente alguno de estos problemas.

En la Tabla 1 se presenta la evolución del abuso y las dependencias para el período 2002-2008 en población general. Como se aprecia, las estimaciones de dependencia se comportan de manera relativamente estable, oscilando en torno al 25% en el caso de marihuana para aquellos que declaran prevalencia el último año, cocaína alrededor de un 33% y en pasta base un 50%. Un dato relevante es que un 80% de la población dependiente no ha recibido tratamiento ni ha sentido ninguna necesidad de tratarse, comportamiento habitual en fases iniciales de adicción.

Tabla 1: Declaraciones de abuso de consumo de marihuana, cocaína y pasta base
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General

	2002	2004	2006	2008
Abuso				
Marihuana	28,1	23,8	17,8	21,5
Cocaína	28,9	29,7	23,3	30,5
Pasta base	48,6	51,9	64,0	66,5
Dependencia				
Marihuana	25,8	21,9	21,0	25,1
Cocaína	28,2	36,0	28,4	22,7
Pasta base	49,0	50,1	50,9	43,8

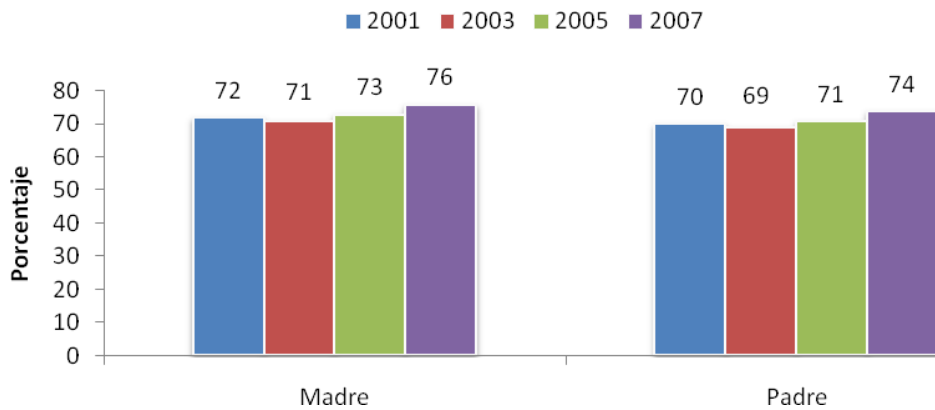
El abuso, por su parte, también presenta cierto grado de estabilidad, a excepción del caso de la pasta base que ha aumentado sostenidamente durante el período 2002-2008, alcanzándose una brecha de 18 puntos porcentuales en los extremos. En el caso de la marihuana, el abuso se ha estabilizado relativamente alrededor del 20%, mientras que la cocaína lo hace en torno al 30%.

A.3 Control Familiar

La *Estrategia Nacional de Drogas* considera que la familia es y debe seguir siendo el principal agente preventivo, en particular respecto a la actitud parental frente al uso de alcohol y drogas por parte de los adolescentes, y en términos generales en relación al apoyo e involucramiento parental, es decir, a la atención y cuidado que los padres brindan al desarrollo de sus hijos. La evidencia generada a partir de la Encuesta Nacional de Drogas en Población Escolar, revela el carácter decisivo del involucramiento parental en la prevención de conductas de riesgo y consumo. En tal sentido, la información de las que se dispone sobre la actitud parental frente al consumo de drogas es positiva y satisfactoria. Tanto en padres como madres, prácticamente más del 70% desapruueba el consumo de marihuana, manteniéndose el indicador muy estable en el tiempo, dando señales de aumento más que de disminución (ver

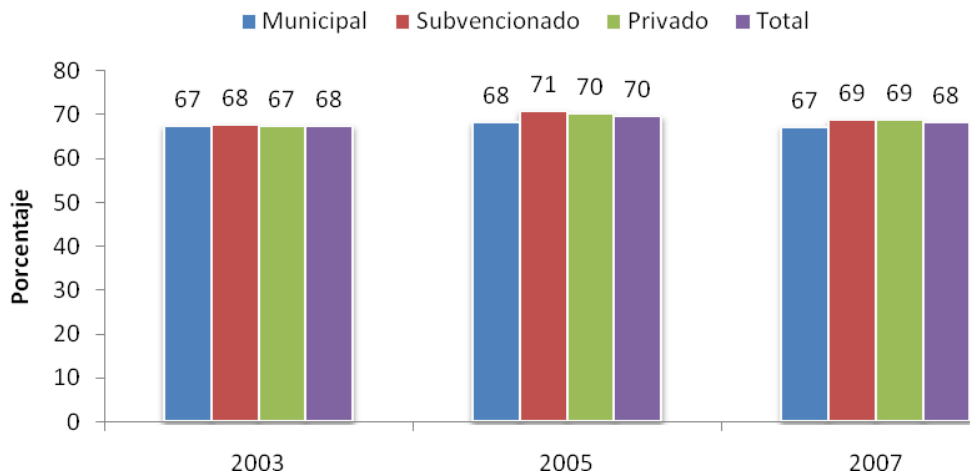
Gráfico 11). En general, se aprecia que los padres desapruaban levemente menos que las madres. No existe por ende ninguna señal de que la actitud preventiva de los padres haya experimentado algún deterioro.

Gráfico 11: Desaprobación parental ante el uso de marihuana
Proporción de escolares que declara que su padre o madre estaría extremadamente molesto si supiera que ha probado marihuana
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



La encuesta en población escolar, además, incluye un indicador directo sobre la acción preventiva de los padres. Se les pregunta a los alumnos si alguna vez han conversado *seriamente* con sus padres respecto a los peligros del consumo de drogas. De manera coherente con los datos anteriores, las respuestas afirmativas bordean el 70%, manteniéndose prácticamente constante durante el período 2003-2007. No se observan, además, diferencias significativas según dependencia del establecimiento educacional (ver Gráfico 12).

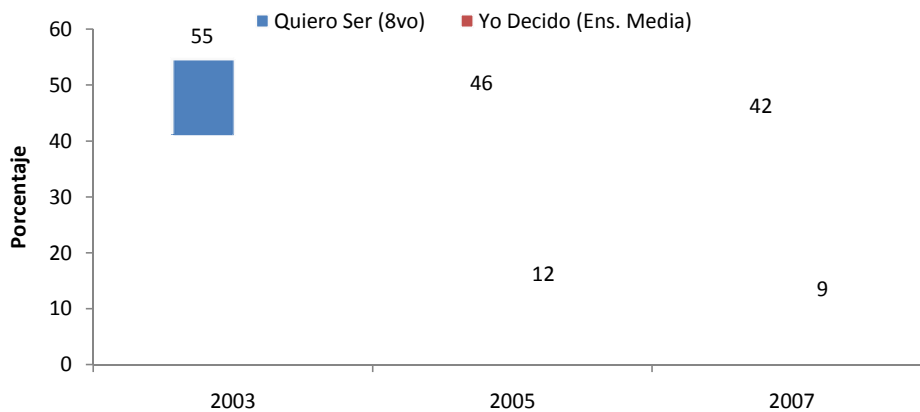
Gráfico 12: Declaración de haber tenido conversaciones serias con los padres respecto a los peligros del consumo de drogas
Proporción de respuestas afirmativas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



A.4 Colegio: Participación en Programa Quiero Ser y Yo Decido

La prevención escolar opera a través de la entrega gratuita de manuales y capacitación a todos los establecimientos educacionales de Chile. De acuerdo a la información disponible, la cobertura de este programa es cercana a un 80% de los establecimientos de país (escuelas que disponen de material preventivo y de uno o varios profesores con capacitación adecuada). Las coberturas son amplias en educación pre-escolar y enseñanza básica, pero caen de manera significativa en enseñanza media, donde el acceso a los programas es mucho menor. Considerando el autoreporte de los propios estudiantes, entre un 55% y un 42% de los estudiantes de 8vo básico declaran haber recibido alguna actividad preventiva asociada a Quiero Ser en los últimos dos años. Se observa una caída en el autoreporte de aproximadamente 10 puntos porcentuales en el período 2003-2007. La cobertura declarada para el programa *Yo Decido*, un programa orientado sólo a los alumnos de enseñanza media, bordea el 10% para actividades preventivas en los últimos 2 años, observándose también una leve caída entre el año 2005 y 2007 (ver Gráfico 13).

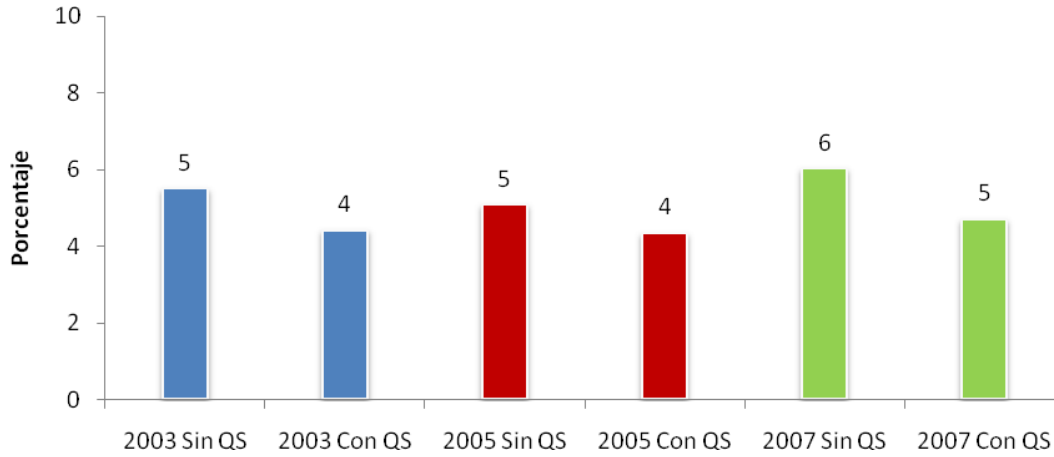
Gráfico 13: Cobertura Declarada Programa Quiero Ser (8vo) y Yo Decido (Enseñanza Media) en los últimos dos años. Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



La prevención escolar busca inhibir y retrasar el consumo de drogas reforzando la percepción de riesgo y la desaprobación del uso de drogas. Al realizar el ejercicio de comparar grupos de alumnos de 8vo básico que declaran haber participado en el programa Quiero Ser en los últimos dos años versus quienes declaran no haber participado, se aprecian diferencias modestas en términos de prevalencia año de marihuana, que no superan los dos puntos porcentuales (ver

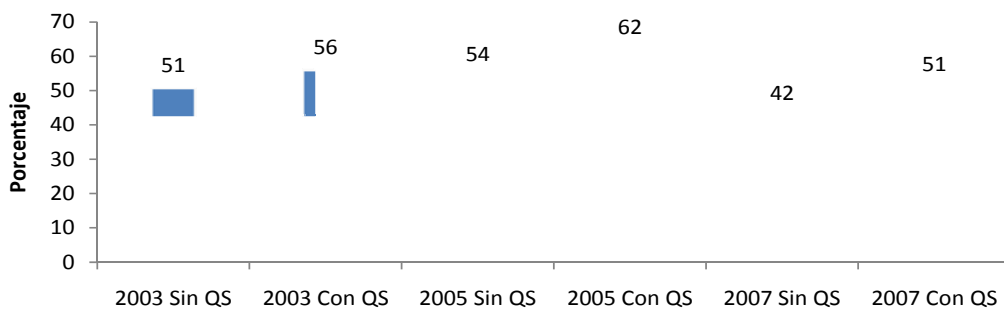
Gráfico 14).

Gráfico 14: Diferencias en prevalencia año de marihuana entre grupos de alumnos de 8vo Básico que participan en Quiero Ser y los que no participan
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Al realizar el mismo ejercicio, pero esta vez utilizando la percepción de riesgo de marihuana, las diferencias alcanzan mayor magnitud, sobre todo el año 2007 (9 puntos porcentuales). Cabe destacar que se observa un comportamiento similar en aquellos alumnos que participan en talleres preventivos no vinculados al Quiero Ser. El comportamiento de este análisis para el programa Yo Decido se comporta de manera inestable y poco clara, probablemente debido a la baja y poco sistemática cobertura que se alcanza en esos niveles. Este resultado, a la hora de evaluar la efectividad del programa, es poco riguroso. En un contexto de prevención primaria, existe la tendencia a que los beneficiarios más receptivos (por ende, quienes tiendan a recordar el programa) sean precisamente aquellos que no consumen y tienen altos niveles de percepción riesgo. Por ende, este tipo de resultados y análisis, no es capaz de dar cuenta de la efectividad del programa, sino caracterizar el comportamiento de aquellos alumnos que recuerdan el programa.

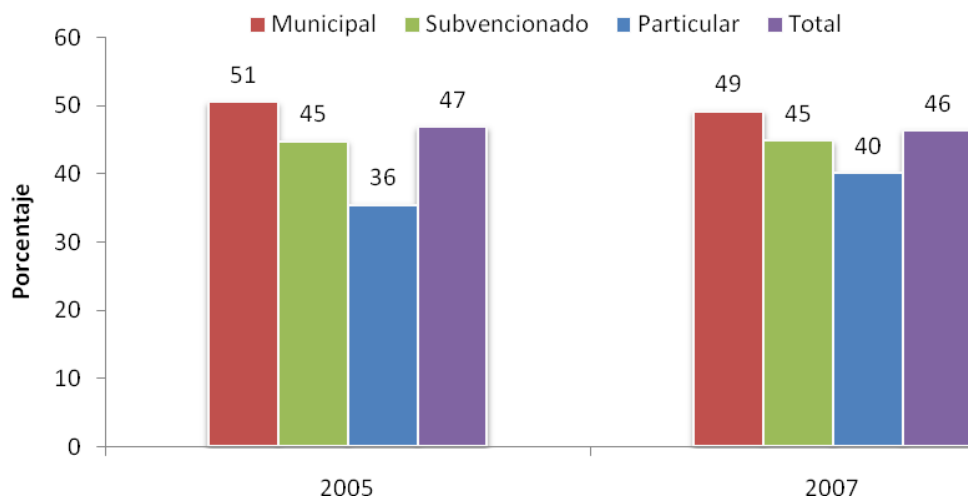
Gráfico 15: Diferencias en percepción de riesgo marihuana entre grupos de alumnos de 8vo Básico que participan en Quiero Ser y los que no participan
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Al consultar por los niveles de satisfacción con los talleres del Quiero Ser o Yo Decido, se aprecia en general, que entre los estudiantes que han participado, bordean el 50% (porcentaje de respuestas *mucho* y *bastante* ante la pregunta de cuánto le gustaron los talleres). Si bien no se trata de un porcentaje especialmente alto, revela un nivel de satisfacción relativamente importante, considerando la baja periodicidad que pueden tener los talleres en las escuelas. Se aprecia un claro sesgo por dependencia del establecimiento educacional: la satisfacción es mayor en

los colegios municipales (alrededor de un 50%), mientras que cae a un 36 y 40% en los establecimientos privados durante los años 2005 y 2007, respectivamente (ver Gráfico 16).

Gráfico 16: Nivel de Satisfacción con los Talleres Quiero Ser y Yo Decido
Proporción de respuestas 'mucho' y 'bastante'
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Otro indicador relevante respecto a estos talleres, es la adherencia o disposición de seguir participando en el futuro. De acuerdo a los datos disponibles la disposición a participar en estos talleres en el futuro alcanza un 41% el año 2007, confirmándose nuevamente una leve brecha entre establecimientos municipales (43%) y privados (34%). El año 2005 se utilizó una pregunta de adherencia con otras categorías de respuesta: de acuerdo a los datos del año 2005, un 26% declara que *definitivamente sí* participaría en los talleres, y 37% lo haría probablemente. Es decir, un 62% declara algún grado de adherencia a la participación en los talleres durante el año 2005.

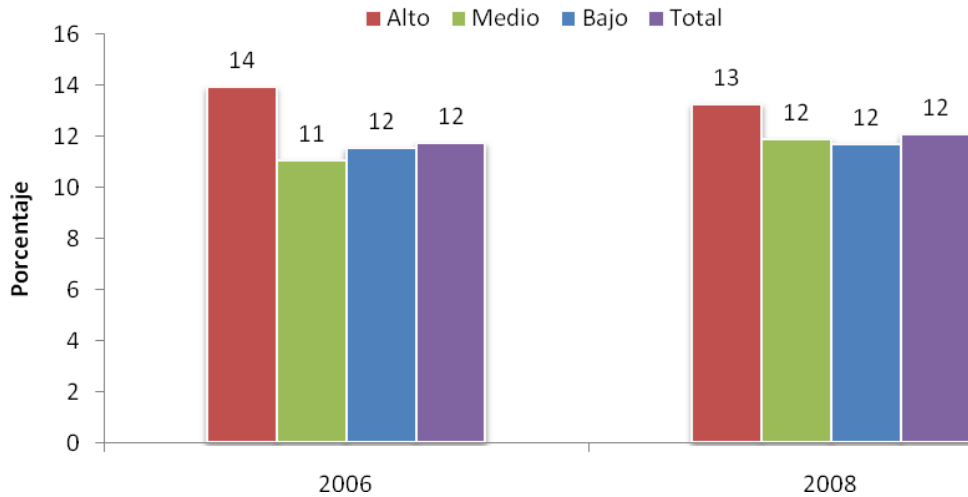
A.5 Comuna: Participación en Talleres o Programas de Intervención

Conocimiento y Evaluación del Programa Previene

En las mediciones de los años 2006 y 2008 en población general, se incluyeron preguntas respecto al conocimiento y evaluación del programa *Previene*, desarrollado por Conace. Estos indicadores pueden ser considerados como indicadores de proceso en tanto dan cuenta de la efectividad de las estrategias de difusión de la intervención. El nivel de conocimiento del programa *Previene* alcanza un 12% en la población nacional. Este valor se mantiene constante entre el año 2006 y 2008. Se aprecia además un leve sesgo socioeconómico a favor de los sectores más acomodados, es decir, alcanza porcentajes más altos de conocimiento (ver

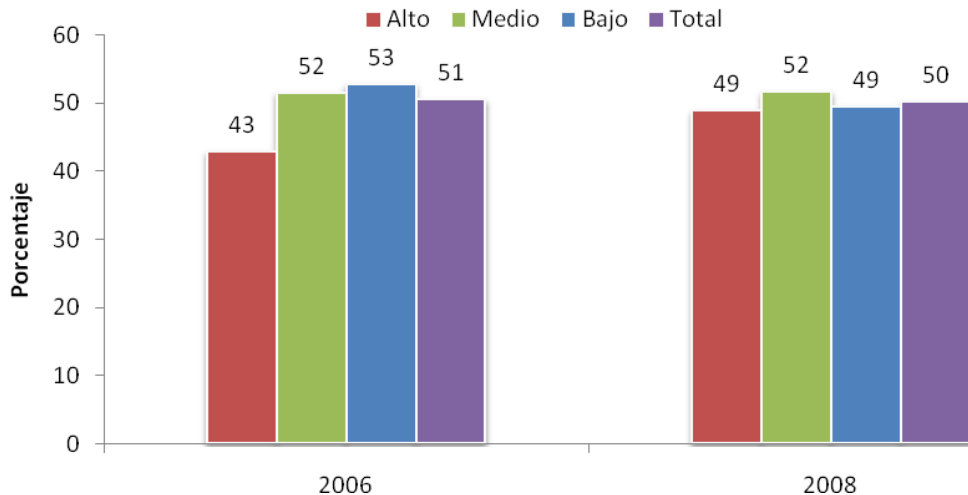
Gráfico 17). En este sentido, sería de utilidad, para lograr mayor precisión respecto a este indicador de proceso, identificar a las comunas en las que se ha intervenido y estimar el nivel de conocimiento específicamente en ellas.

Gráfico 17: Conocimiento del Programa Previene
Proporción de respuestas 'conoce'
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



La evaluación del programa *Previene* entre aquellos que declaran conocerlo, alcanza aproximadamente un 50% de declaraciones positivas (*contribuye a prevenir el consumo de drogas*). Las diferencias según nivel socioeconómico no son claras, y tienden a desaparecer durante el año 2008 (ver Gráfico 18).

Gráfico 18: Evaluación del Programa Previene
Proporción de respuestas 'bueno, contribuye a prevenir el consumo de drogas'
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General

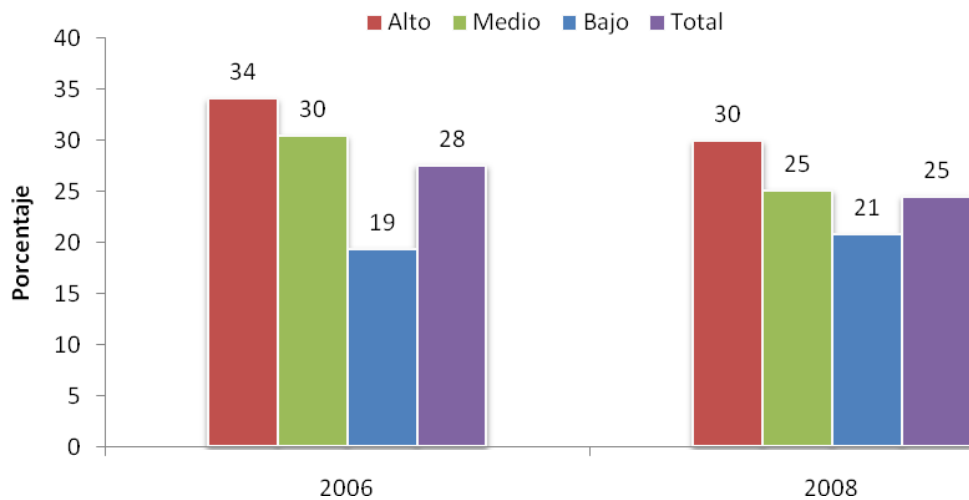


Durante el año 2008, se incluyó una pregunta respecto al acceso a información preventiva en consumo de alcohol y drogas en el barrio. Sólo un 5% de los encuestados declaró haber recibido este tipo de información, especialmente los pertenecientes al nivel socioeconómico bajo (6%). El nivel alto sólo llegó a un 3%. Se aprecia de este modo, que el conocimiento del programa *Previene* dobla la declaración de acceso a cualquier información preventiva.

A.6 Acceso a Prevención en el Trabajo

El acceso a información preventiva en el trabajo alcanza un 28% y 25%, en los años 2006 y 2008 respectivamente. No es posible determinar si el acceso a dicha información es responsabilidad de Conace, sin embargo, tales porcentajes dan cuenta de la extensión de programas de prevención en el lugar de trabajo. Se observa una clara brecha socioeconómica: los trabajadores del nivel alto declaran en mayor proporción recibir información preventiva (30%) mientras que los de niveles bajos alcanzan un 21% (ver Gráfico 19)¹⁶⁷.

Gráfico 19: Acceso a información sobre prevención de consumo de drogas y alcohol en el trabajo
Proporción de respuestas afirmativas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



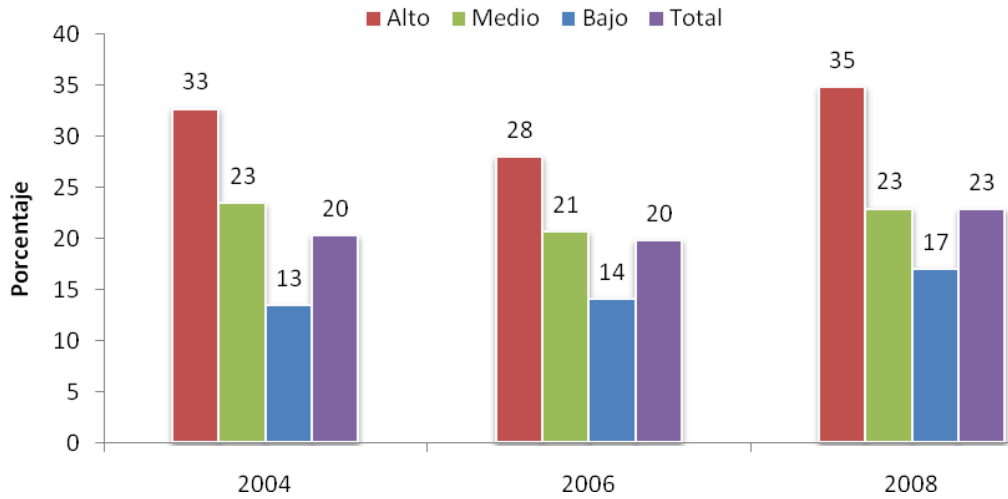
A.7 Conocimiento de Conace

Un indicador de proceso indirectamente relacionado con la acción preventiva de Conace, es aquel que da cuenta del grado conocimiento de la función de este organismo, ya sea a través de las campañas, programas o intervenciones que implementa. Aproximadamente un 20% del total de la población conoce la función de Conace. Dicho porcentaje se mantiene bastante estable durante el período 2004-2008, y es aproximadamente un 10% más alto que el grado de conocimiento del programa *Previene*. Como es de esperar en este tipo de indicadores, se confirma un claro sesgo socioeconómico, donde los grupos más altos figuran como más informados, y los más bajos presentan menores niveles de conocimiento (ver

¹⁶⁷ Finalmente se decidió no realizar comparaciones entre niveles de consumos y percepción de riesgo de acuerdo a si las personas habían recibido información de prevención, pues en las encuestas, la información preventiva podía provenir de diferentes fuentes y lugares, aumentando aún más la imprecisión de este tipo de análisis y comparaciones, sin variables de control adecuadas.

Gráfico 20).

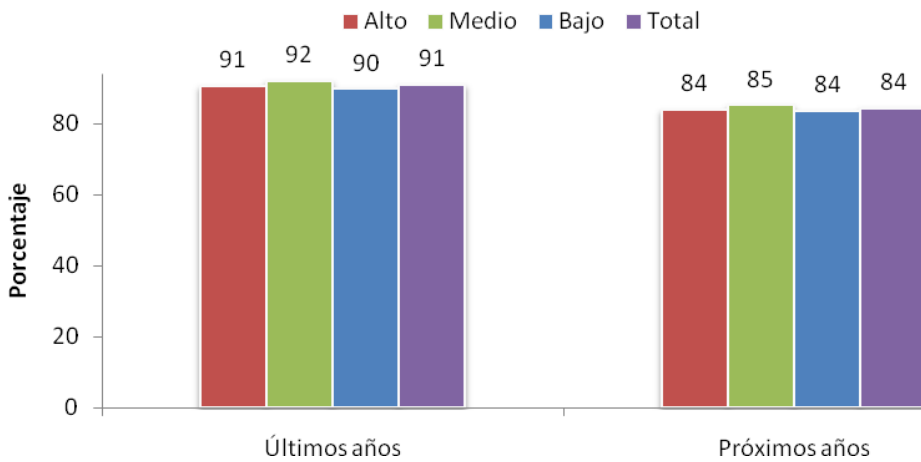
Gráfico 20: Conocimiento de la Función de Conace
Proporción de respuestas correctas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



A.8 Percepción Pública Respecto al Problema de la Droga

Como último indicador de prevención, se incluyó la percepción pública del problema de las drogas en el país. Se consultó a los encuestados si consideraban que en los últimos años, el problema de la droga había empeorado, mejorado o se había mantenido igual; y qué opinaban respecto a lo que sucedería en los próximos años. Desde el punto de vista de la opinión pública, la percepción no es alentadora ni positiva: el 91% de los encuestados señala que el problema de la droga ha empeorado en los últimos años, y un 84% que empeorará en los próximos (ver Gráfico 21). Esta opinión es unánime y transversal según nivel socioeconómico, y da cuenta de una percepción generalizada de un problema que es percibido como no resuelto por las estrategias implementadas.

Gráfico 21: Percepción de empeoramiento del problema de la droga en el país
Proporción de respuestas “ha empeorado” o “empeorará”
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General 2008



B. CONTROL

B.1 Individuo

Aunque no relacionado directamente con el quehacer de Conace, se incluyen indicadores asociados con al control de tráfico a través de la percepción de facilidad de acceso y declaraciones de exposición a ofertas de drogas a través de autoreporte, pues su contenido informativo es relevante, sobretodo bajo la lógica de la *Estrategia Nacional de Drogas*. En términos generales, se aprecia que la exposición a oferta de marihuana se mantiene relativamente estable en población general y escolar, no superando los dos puntos porcentuales entre los extremos de la serie: en el caso de población general el porcentaje para marihuana bordea un 15%, mientras que en población escolar alcanza un 30% (ver Gráfico 22 y Gráfico 23).

Gráfico 22: Exposición a ofertas recientes de marihuana, cocaína y pasta base
Proporción que declara ofrecimiento de marihuana en el último año
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General

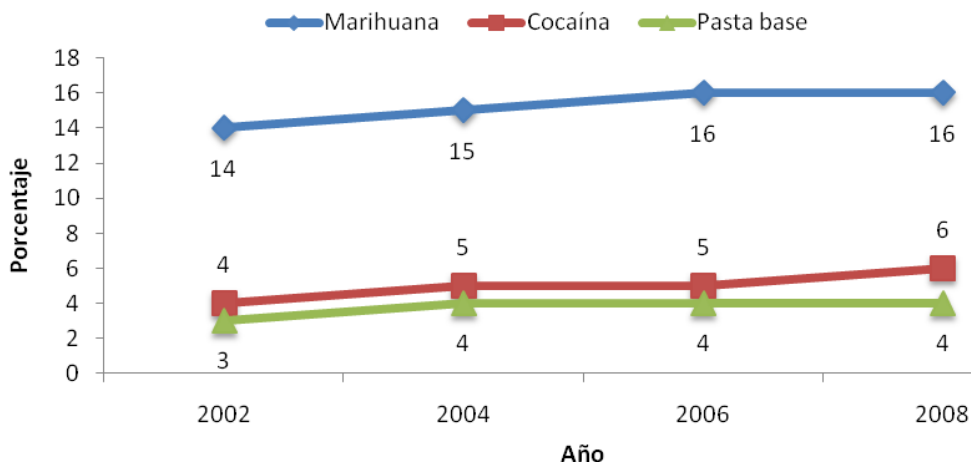
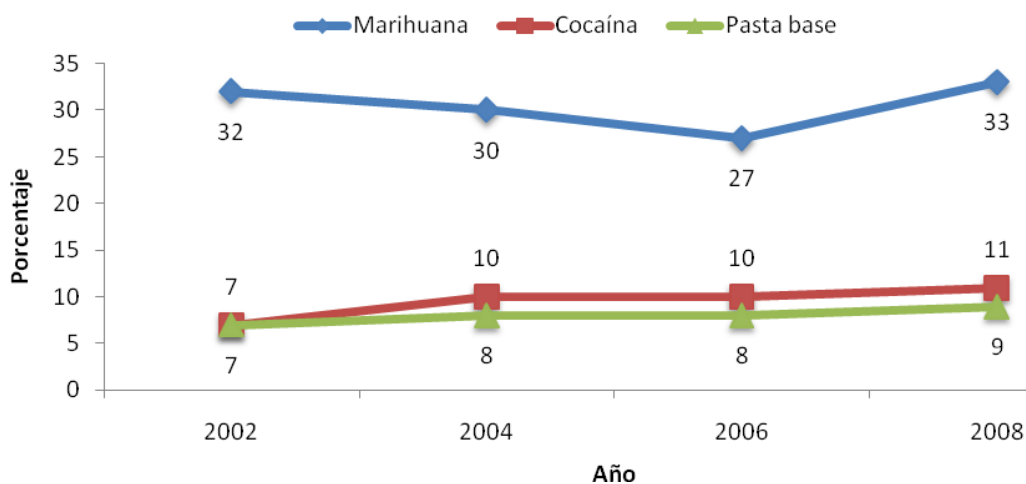


Gráfico 23: Exposición a ofertas recientes de marihuana, cocaína y pasta base
Proporción que declara ofrecimiento de marihuana en el último año
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Estos datos no sugieren la existencia de un aumento en la oferta de marihuana en el país, coincidiendo con una evolución más bien favorable de la percepción de facilidad de acceso (ver Gráfico 24 y Gráfico 25).

Gráfico 24: Facilidad de acceso a marihuana, cocaína y pasta base
Proporción que declara que le sería fácil conseguir
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General

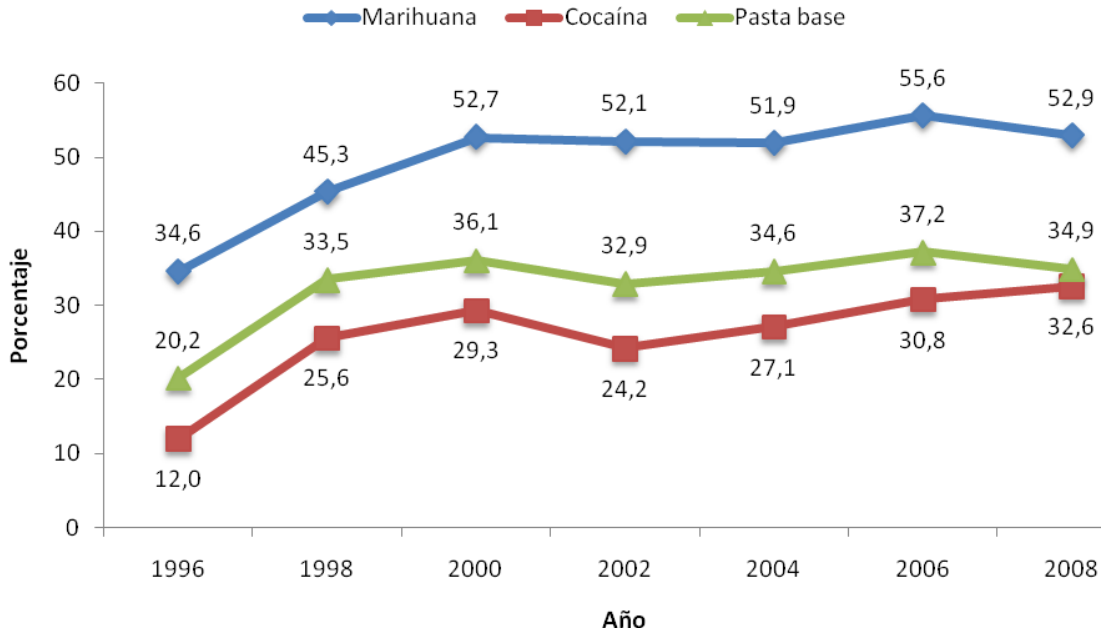
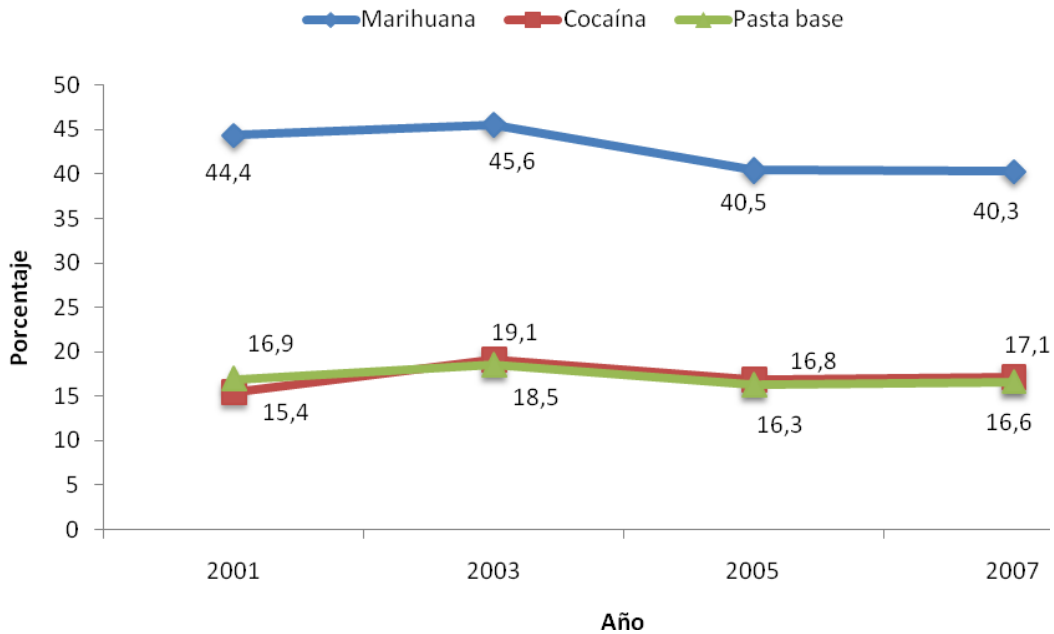


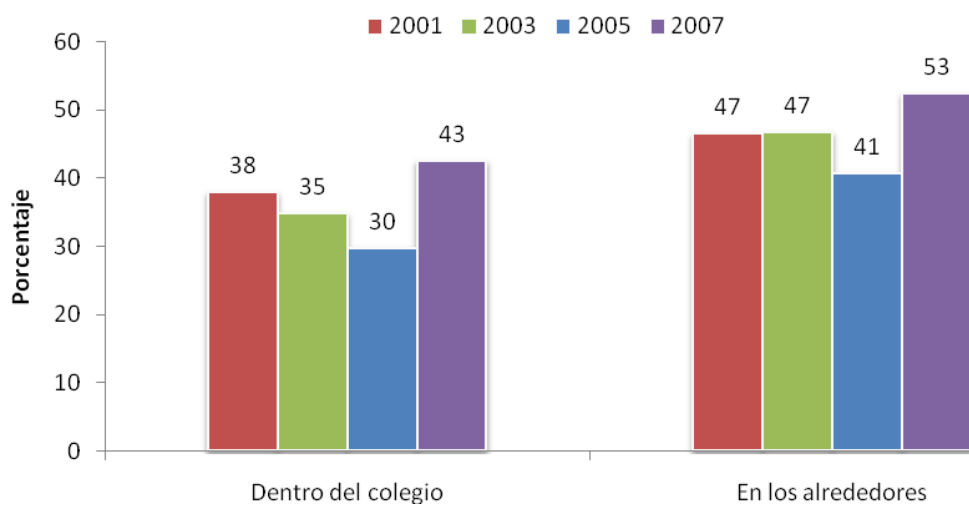
Gráfico 25: Facilidad de acceso a marihuana, cocaína y pasta base
Proporción que declara que le sería fácil conseguir
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



B.2 Colegio

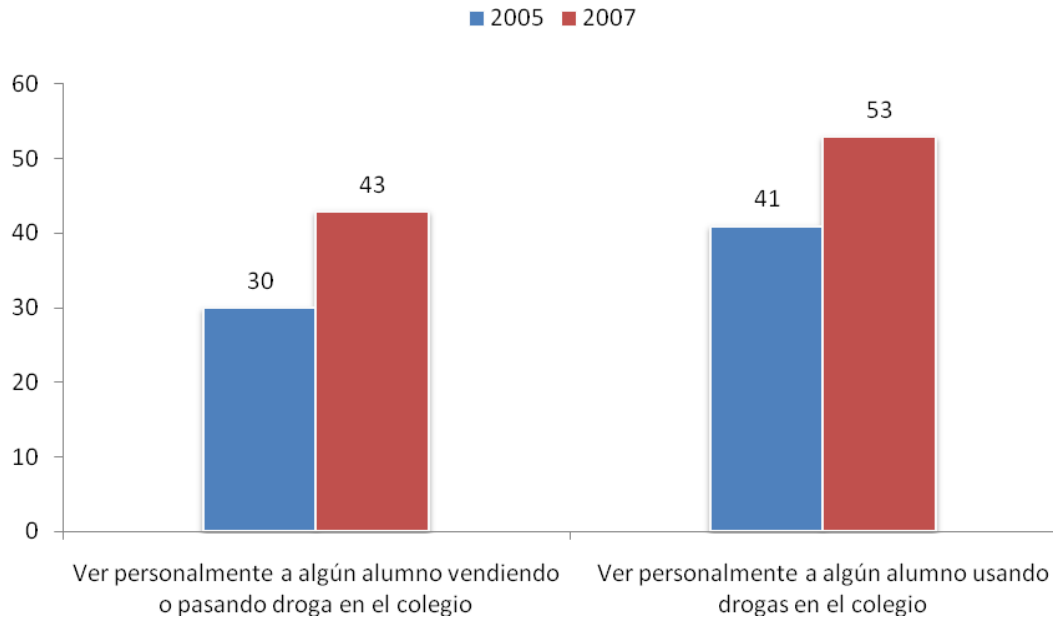
La percepción de uso, porte y tráfico entre los escolares bordea un 40% dentro del colegio y un 50% en los alrededores. Se observa un aumento especialmente durante el año 2007, lo que revelaría un aumento de circulación de sustancias tanto dentro como fuera del establecimiento (ver Gráfico 26). Un aspecto relevante, en este punto, dice relación con la brecha según dependencia: el año 2007 los establecimientos municipales alcanzaban un 51% de presencia de droga en su interior mientras que los privados sólo reportaban un 32%, es decir, una brecha de aproximadamente 20 puntos porcentuales. Tal diferencia convierte en prioritaria la elaboración de estrategias focalizadas en escuelas vulnerables.

Gráfico 26: Percepción de uso, porte y tráfico de drogas en el colegio
Proporción de respuestas afirmativas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



Desde el año 2005, se incorporó un indicador más exigente de uso y tráfico de drogas en población escolar. Éste consulta a los alumnos si han visto personalmente alumnos usando o pasando droga al interior de los colegios o en sus alrededores. Como se aprecia en el Gráfico 27, los testimonios de uso y porte aumentan en aproximadamente 10 puntos porcentuales entre el año 2005 y 2007. Se confirma además la brecha según dependencia: durante el año 2007 el 35% de los alumnos de colegios municipales declaran haber visto a un alumno vendiendo o pasando drogas, mientras que tal porcentaje llega a un 20% en colegios privados; el 44% de colegios municipales declara haber visto a un alumno consumiendo drogas, porcentaje que sólo llega a un 22% en los colegios particulares. Esta disparidad, da cuenta, nuevamente de la necesidad de implementar estrategias de intervención que aborden a la escuela sistémicamente y no sólo promuevan una prevención de carácter individual.

Gráfico 27: Percepción de uso, porte y tráfico de drogas en el colegio
Proporción de respuestas afirmativas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar



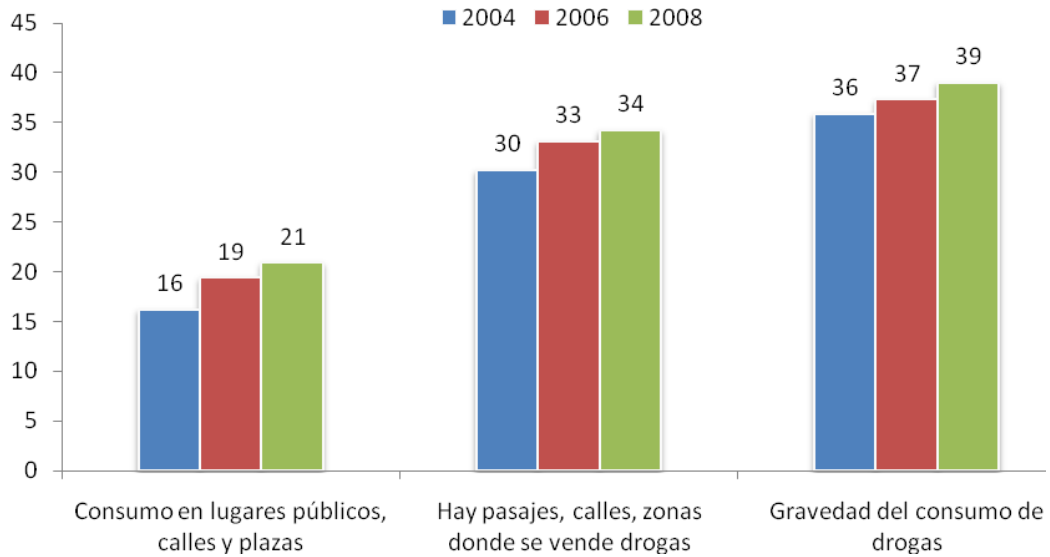
B.3 Barrio

Se dispone de tres indicadores de control a nivel de comuna o barrio: percepción de consumo en lugares públicos, plazas o calles del barrio; identificación de lugares en barrio donde se vende droga; y percepción de la gravedad del consumo de drogas. Se observa, en general, una tendencia general de empeoramiento del tráfico y consumo en los barrios (ver

Gráfico 28). Este empeoramiento, aunque leve (bordea los 4 y 5 puntos porcentuales durante el período 2004-2008) da cuenta de cierta tendencia.

Al igual que en el caso de población escolar, se observa una fuerte brecha por nivel socioeconómico: el año 2008 un 29% de los entrevistados de nivel bajo señalaron que había consumo en lugares públicos de su barrio, versus el 9% del nivel alto. En relación a la gravedad del consumo las diferencias alcanzan hasta 30 puntos, mientras que el tráfico presenta diferencias cercanas a los 20 puntos porcentuales. Nuevamente se confirma la necesidad de focalizar las acciones de intervención a nivel de barrio o comuna.

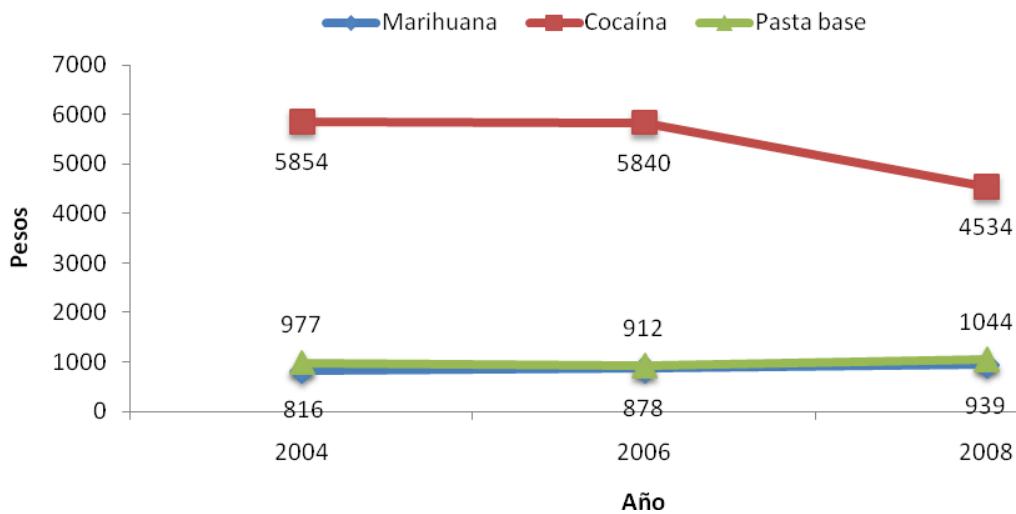
Gráfico 28: Percepción de gravedad de consumo y tráfico en el lugar donde se vive
Proporción de respuestas afirmativas y “graves”
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



B.4 Precio

Un indicador importante de control, dice relación con la evolución de los precios de las drogas. Lo que se espera es que el costo de la droga aumente con el tiempo, de modo que existan mayores barreras de entrada y acceso. En el Gráfico 29 se aprecia un leve aumento de los precios de la marihuana y pasta base, y una caída en el precio de la cocaína, posiblemente debido a la venta de droga de menor calidad.

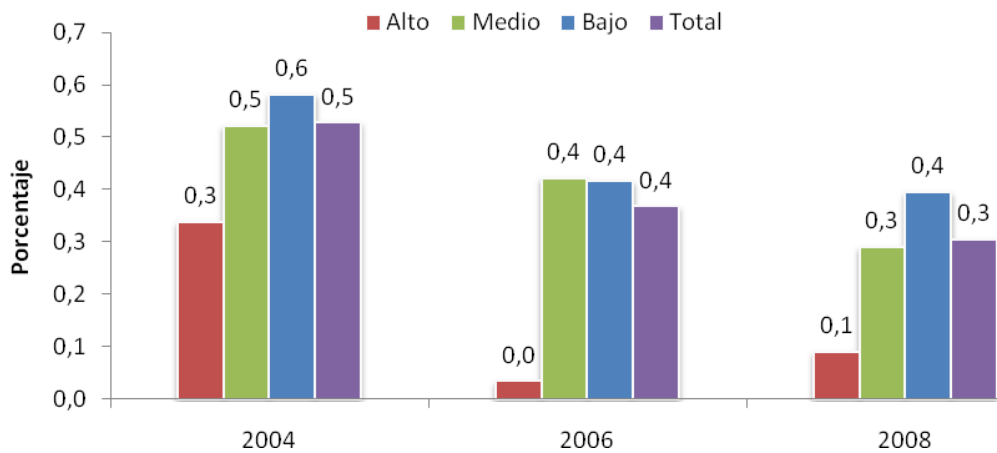
Gráfico 29: Precio promedio papelillo de marihuana y cocaína
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



C. REHABILITACIÓN

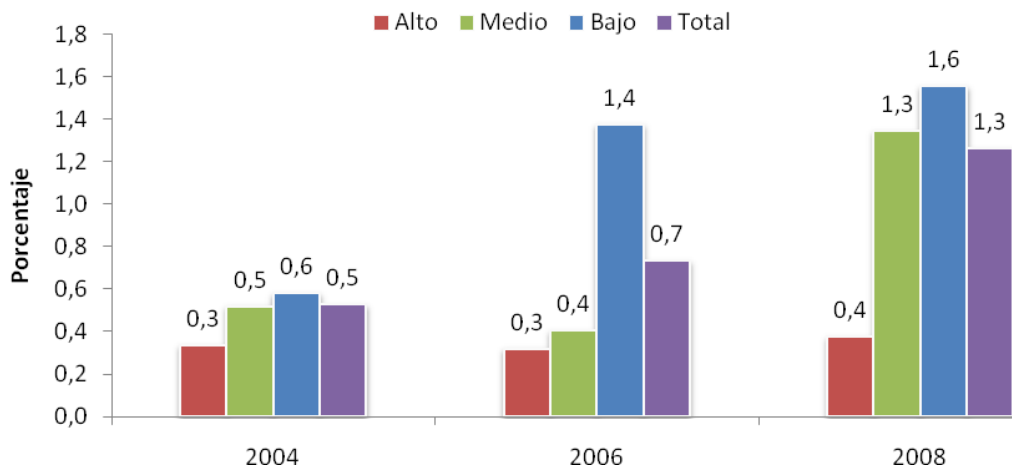
El último componente incluido en este informe es el de rehabilitación, en el que se incluyen indicadores de tratamiento, declaración de necesidad de tratamiento y cobertura en población con abuso. En primer lugar se aprecia que las coberturas de tratamiento de alcohol y drogas para el último año, presentan porcentajes muy bajos, y no alcanzan ni un 1% (ver Gráfico 30). El comportamiento según nivel socioeconómico no es del todo claro y en general tiene a favorecer a los niveles medios y bajos.

Gráfico 30: Acceso a tratamiento de alcohol y drogas en el último año
Proporción de respuestas afirmativas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



La declaración de necesidad de tratamiento de alcohol y drogas presenta un comportamiento ascendente entre el año 2004 y 2008, alcanzando una cima de 1,3% (ver Gráfico 31). La declaración de necesidad de tratamiento tiende a favorecer levemente a los niveles más bajos.

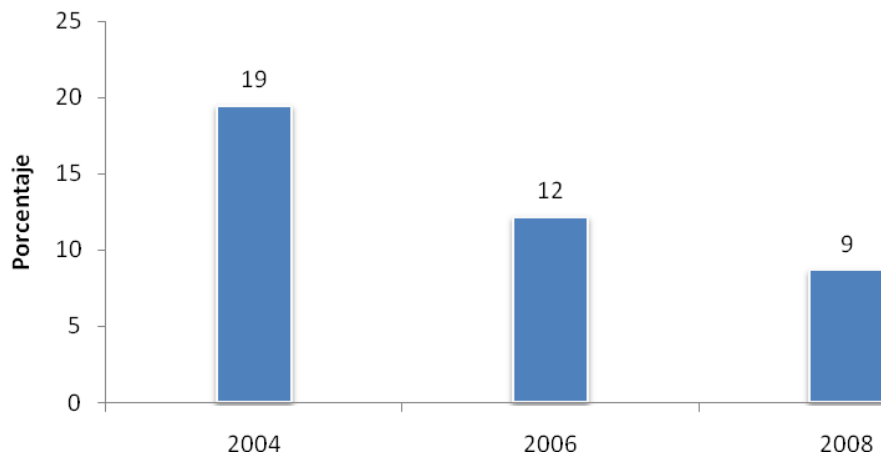
Gráfico 31: Declaración de necesidad de tratamiento de alcohol y drogas en el último año
Proporción de respuestas afirmativas
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



Se realizó el ejercicio de calcular la proporción de entrevistados que declaraba tener una necesidad de tratamiento y que había accedido a él durante ese año. El año 2008, el 6% de las personas que declaraban necesidad de tratamiento, lo recibieron. El año 2004 dicho valor fue de un 4%. Se aprecia de este modo, un leve mejoramiento en la cobertura de persona que demandan tratamiento.

Finalmente, se utiliza un indicador más preciso para estimar la cobertura de tratamiento en población de interés. La población de interés fue definida como aquella que presentaba al menos dos situaciones de abuso asociadas a marihuana, cocaína o pasta base. De este modo, se calculó la proporción de individuos con abuso de alguna droga que han recibido tratamiento en el último año. Finalmente se decidió sólo utilizar el criterio de abuso, por tratarse de un criterio más laxo y menos exigente desde el punto de vista fisiológico. En el Gráfico 32 se aprecia que los porcentajes van de entre un 20% y un 9%, observándose una sistemática caída durante el período 2004-2008. Las diferencias según nivel socioeconómico no son sistemáticas y se no observan patrones claros.

Gráfico 32: Porcentaje con abuso en marihuana, cocaína o pasta base que accede a tratamiento en el último año
Fuente: Estudio Nacional de Drogas en Población General



CONCLUSIONES

La solicitud que da origen este informe, es decir, la identificación de indicadores que permita una evaluación a nivel de propósito de la parrilla programática de Conace, requiere de una reflexión sobre algunos aspectos claves de los programas, que ayude decidir si es pertinente utilizar algunos de los indicadores nacionales propuestos en este informe.

La tendencia más clara y negativa de los indicadores expuestos corresponde a la creciente aprobación del uso de marihuana en adolescentes junto con el progreso del consumo de marihuana en jóvenes mayores de 18 años (Población General). Entre las tendencias positivas destaca la relativa estabilización de la precocidad. La pregunta que cabe hacerse ante tal resultado, es aquella que se interroga por el impacto esperado de la oferta programática de Conace y si éste es consistente con el uso y análisis de resultados a nivel nacional. Bajo esta lógica, se debe poner énfasis en tres aspectos claves a la hora de analizar la oferta programática y su vinculación con indicadores:

- 1) *Temporalidad*: este aspecto apunta a la fase de desarrollo o implementación de una intervención. Esta variable no puede dejarse de lado al interrogar por resultados finales: dependerá de la fase de desarrollo, si es o no pertinente evaluar resultados a nivel de propósito. A esto se suma, que la generación de una institucionalidad preventiva también requiere de fases y etapas. El énfasis en la prevención secundaria, cobra sentido cuando existe una institucionalidad preventiva de carácter primaria relativamente instalada. La pregunta por la *temporalidad* no evade la necesidad de generar líneas base que permitan realizar un seguimiento y evaluación rigurosa de los programas: la definición, construcción y levantamiento de indicadores de resultados finales o eficacia es ineludible, y pueden ser, dependiendo de las características de la intervención, consistentes con los indicadores expuestos en este informe, sin embargo, se requerirán de otro conjunto de indicadores vinculados a las intervenciones particulares orientados a la evaluación de resultados finales y eficacia, a la escala que corresponda a cada programa o proyecto.
- 2) *Escala*: esta dimensión apunta a la magnitud del impacto que se espera de la intervención. En otras palabras, no se puede exigir a una parrilla programática limitada (en términos de cobertura, de horas invertidas) efectos significativos a nivel nacional (como lo hacen y consignan las encuestas de población general y escolar). En el caso específico de Conace, por ejemplo, sería ingenuo exigir un impacto *nacional* a las intervenciones preventivas familiares que poseen una cobertura y regularidad limitada. En este sentido, se deberá revisar con precaución el alcance esperado verificando si es pertinente atribuir impactos nacionales y globales, y no sólo marginales. Esto no implica que no se incluya la definición de indicadores de resultado final, sino que se adecuen a la escala de la intervención. Se debe tener en cuenta, además, la evidencia internacional respecto al impacto esperado de las actividades preventivas, que si bien tienen un relativo bajo costo, poseen un impacto moderado. Esto hace que las medidas preventivas sean consideradas costo-efectivas.
- 3) *Calidad*: esta dimensión apunta a la calidad de la intervención que se realiza, aspecto que no sólo se relaciona con la capacidad médica o profesional de los equipos, sino también con los procesos y características propias de las intervenciones en droga y del trabajo con población en riesgo (abandono frecuente de tratamientos). En este sentido, se debe procurar un mejoramiento sistemático de la oferta de programas, poniendo énfasis en el seguimiento de la eficacia de lo realizado, una vez habiendo superado la fase de implementación inicial. Por ejemplo, la labor preventiva educativa debe mejorar sus sistemas de seguimiento y supervisión, no puede descansar enteramente en la buena voluntad de los colegios y profesores, no necesariamente por falta de voluntad para ejecutarlos, sino por falta de tiempo o exceso de carga horaria que habitualmente declaran los actores del sistema educativo. De este modo, es poco probable que la prevención tenga un impacto significativo en las condiciones actuales de aplicación. Sin embargo ésta se podría mejorar, por ejemplo, a través de la focalización en prevención selectiva, especialmente en escuelas de alta vulnerabilidad, con programas diseñados y aplicados de manera más especializada.

En síntesis, y en términos de la definición de indicadores, la preocupación debe estar centrada en la elaboración de sistemas de evaluación de eficacia o resultados de los programas y proyectos específicos, lo que requiere de un conocimiento de sus componentes y actividades. Las encuestas nacionales otorgan una gran cantidad de información útil desde el punto de vista del seguimiento y evaluación de la *Estrategia Nacional*, y efectivamente han sido útiles para definir focos y áreas de intervención. Estos indicadores pueden ser útiles también para evaluar los programas de Conoce, pero pueden no ser pertinentes ni adecuados, dados los puntos y aspectos ya discutidos.

Propuesta de Nuevos Indicadores

Las encuestas nacionales cuentan con adecuados y numerosos indicadores a nivel de propósito, sobre todo para evaluar la *Estrategia Nacional de Droga*. Ambos cuestionarios son extensos y cuentan con un conjunto importante de preguntas comparables en el tiempo y que obedecen a criterios internacionales. El perfeccionamiento de dichas preguntas debe estar a cargo de los equipos técnicos a cargo de estas encuestas nacionales, ponderando criterios académicos, de interés en políticas públicas, y comparabilidad interna e internacional. En este sentido no se propone la inclusión de nuevos indicadores a nivel de propósito, pues están en su mayoría cubiertos por los instrumentos ya existentes.

La inclusión de indicadores, debe estar orientada, más bien, a la evaluación de resultados de los programas de intervención de Conace. Se trata por ende de instrumentos y diseños específicos, especialmente elaborados de acuerdo a las características particulares de cada proyecto. La inclusión de preguntas en las encuestas nacionales relacionadas con los programas de Conoce, puede ser contraproducente, considerando la extensión actual los cuestionarios. En este sentido, se sugiere más bien, elaborar estudios de resultados finales para las intervenciones específicas.

INFORME FINAL
ESTUDIO COMPLEMENTARIO
PROCESOS DE GESTIÓN TERRITORIAL
CONACE PREVIENE EN LA COMUNA

CONSEJO NACIONAL
PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES
CONACE
MINISTERIO DEL INTERIOR

PROFESIONALES A CARGO:
PAULA ASÚN INOSTROZA
BÁRBARA CERDA VILLANUEVA

ABRIL 2009

ÍNDICE

- I. Introducción
- II. Aspectos Metodológicos del Estudio
- III. Antecedentes Sociodemográficos de las Comunas
 - Peñalolén
 - Pudahuel
 - Melipilla
- IV. Modelo Genérico de Intervención Territorial
 - Equipo Previene
 - Procesos de Gestión del Modelo Genérico
 - Proceso de Diagnóstico
 - Proceso de Planificación
 - Proceso de Gestión e Implementación Comunal
 - Prevención
 - Tratamiento y Rehabilitación
 - Control
 - Actores y Redes vinculados a la Gestión
 - Cuadro resumen Instancias de Articulación
 - Proceso de Evaluación
- V. Principales Diferencias y Similitudes de la Implementación
 - Definición Operacional de las Categorías
 - Cuadro Comparativo Resumen
 - Análisis Comparativo Comunal
- VI. Flujogramas Generales y Específicos
 - Flujograma General CONACE Previene en la Comuna según Modelo de Intervención diseñado por CONACE
 - Flujograma General CONACE Previene en la Comuna a nivel Territorial
 - Flujograma CONACE Previene en la Comuna de Pudahuel
 - Flujograma CONACE Previene en la Comuna de Peñalolén
 - Flujograma CONACE Previene en la Comuna de Melipilla
- VII. Conclusiones
 - Observaciones y Recomendaciones Específicas
- VIII. Referencias
- IX. Anexo: Reporte General de Actividades Desarrolladas

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, se está desarrollando, en el marco de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), la evaluación de la propuesta programática del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes del Ministerio del Interior (CONACE), constituida por los Programas de prevención, de tratamiento y rehabilitación; y de prevención a nivel comunal. Dicha evaluación ha sido encargada por la División de Control y Gestión de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (DIPRES) al Panel de Evaluación.

Como parte del referido estudio, es necesario conocer los procesos involucrados en los programas, considerando las distintas etapas, duración y los roles que deben cumplir cada uno de los actores participantes. De manera específica, el programa CONACE Previene en la, consiste en una estrategia de implementación a nivel local para trabajar, en conjunto con la comunidad, la prevención del consumo y el tráfico de drogas. Dicho programa, por su carácter participativo y por los diversos ámbitos que involucra (salud, familia, educación, trabajo, vulnerabilidad social, juventud), lleva implícito un complejo conjunto de procesos, los cuales, no necesariamente, se manifiestan de igual manera en las distintas comunas donde el programa se aplica (140 comunas en 2008 que corresponden a más de el 80% de la población nacional).

En este sentido, CONACE Previene en la Comuna constituye la estrategia principal a través de la cual CONACE inserta su oferta programática nacional a nivel comunal, relevando a su vez el rol de la localidad en el diseño e implementación de planes y acciones destinadas a la prevención y control del consumo y tráfico de drogas. Por este motivo, uno de los principios orientadores de este programa es la territorialidad y la focalización de las intervenciones en grupos prioritarios y vulnerables.

Así, CONACE Previene en la Comuna constituye una apuesta institucional por generar líneas de acción con pertinencia territorial y focalizadas, en donde la comuna se visualiza como un espacio de trabajo óptimo para el fortalecimiento de un tejido social sensibilizado con el problema de las drogas, dado el contacto directo que se logra con la comunidad, con las distintas instituciones locales y con la gestión municipal, todo lo cual posibilita potenciar prácticas de participación ciudadana en instancias preventivas, de tratamiento y control.

En este contexto, el Panel de Evaluación junto con las contrapartes correspondientes de CONACE y DIPRES, han acordado contratar un Estudio Complementario para analizar los distintos procesos que se identifican al interior del Programa CONACE Previene en la Comuna y comprobar su implementación en tres comunas de la Región Metropolitana que aborden problemáticas diferentes respecto al tema de las drogas; asignándose dicho estudio al equipo formado por las profesionales Paula Asún y Bárbara Cerda.

Las comunas seleccionadas para el estudio corresponden a Pudahuel, Melipilla y Peñalolén. Ellas poseen características que las hacen interesantes de explorar en sus estilos de gestión: tienen períodos de implementación del Programa CONACE Previene en la Comuna de 8 años; pertenecen a zonas distintas de la Región Metropolitana donde el problema de la droga se manifiesta de distintas formas; Melipilla posee características rurales, lo que implica un estilo distinto y necesario de visibilizar; y aunque poseen características de gestión municipal disímiles, de igual manera contribuyen a una adecuada gestión preventiva frente al consumo de las drogas.

De este modo, se espera que el Estudio Complementario en desarrollo, permita dilucidar los procesos que constituyen el Modelo de Gestión genérico del Programa CONACE Previene en la Comuna, dar cuenta de la especificidad que representa cada una de las comunas mencionadas en cuanto a sus estilos de gestión y procesos prácticos, reconocer sus particularidades y similitudes, analizándolas comparativamente y decantando en la configuración de los flujogramas correspondientes.

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL ESTUDIO

A grandes rasgos, el objeto del presente estudio consistió en identificar y analizar los procesos y roles intervinientes en el modelo genérico del programa CONACE Previene en la Comuna, así como las principales diferencias y similitudes de su instalación en tres comunas de la Región Metropolitana: Peñalolén, Pudahuel y Melipilla.

En este contexto, se desarrolló un estudio de carácter cualitativo-descriptivo que incorporó la revisión de documentos y principalmente un levantamiento de información a través de entrevistas a sujetos clave, tanto de CONACE como de cada una de las comunas seleccionadas.

Es importante señalar que las comunas fueron seleccionadas por CONACE pues constituían escenarios diferentes en los cuales el programa CONACE Previene en la Comuna se ha logrado instalar exitosamente, vale decir, en donde se ha logrado generar una estructura institucional y social sensibilizada con la problemática de consumo y tráfico de drogas y en donde se ha logrado instalar la oferta programática nacional respecto a este tema.

Una primera parte del estudio consistió en la revisión de documentos respecto al modelo general de instalación del programa, con el objeto de pesquisar los temas más relevantes a tratar en la fase del levantamiento de información en terreno, la cual se llevó a cabo a través de ocho entrevistas en profundidad a actores involucrados directamente en la instalación del programa en las comunas (coordinadores y contraparte municipal principalmente)¹⁶⁸.

Posteriormente, se procedió a analizar la información recogida, identificando los principales procesos y roles involucrados en la implementación del programa y las principales similitudes y diferencias entre las comunas y el modelo genérico, todo lo cual llevó a la construcción de cuadros comparativos respecto a las distintas instancias de articulación y principales características de la implementación del CONACE Previene en la Comuna en cada comuna.

Finalmente, el análisis e identificación de los procesos y roles principales permitió diseñar cinco diagramas de flujos, el primero referido al modelo definido por CONACE, el segundo, al modelo empírico identificado, el tercero, al modelo aplicado en la comuna de Pudahuel, el cuarto, al modelo aplicado en la comuna de Peñalolén y el quinto, referido al modelo aplicado en la comuna de Melipilla.

III. ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LAS COMUNAS

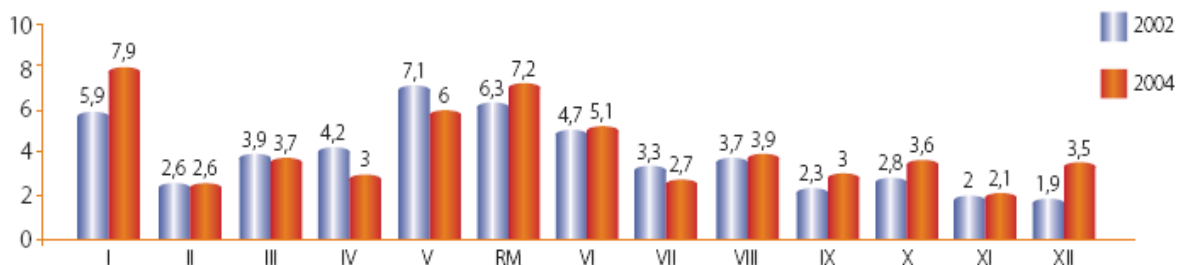
Con el fin de contextualizar el análisis posterior del proceso de instalación de la estrategia CONACE Previene en la Comuna en Peñalolén, Pudahuel y Melipilla, se presenta una descripción general de la población de cada una de estas comunas, considerando los datos entregados por el Censo 2002 y las publicaciones de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, en relación a la distribución por sexo, grupos de edad y población rural.

No obstante, si consideramos que la concepción de vulnerabilidad social ha ido cobrando relevancia en el diseño e implementación de los programas y políticas públicas nacionales, es importante tener en consideración otro tipo de variables sociodemográficas.

En este sentido, entendemos que la vulnerabilidad constituye una condición multicausal que tiene que ver con carencias o elementos propios del territorio y que afectan directamente a las familias que lo habitan¹⁶⁹. Se hace imprescindible, entonces, abordar otros elementos que podrían arrojar ciertas luces respecto a las condiciones sociales generales en las cuales viven los habitantes de estas tres comunas en que se inserta el Previene.

No obstante, antes de caracterizar a cada una de las comunas, es relevante presentar cómo ha ido evolucionando el consumo de drogas en los últimos años, para lo cual presentamos el siguiente gráfico, extraído del Informe Anual de la Situación de Drogas en Chile 2006, CONACE, y en donde se puede apreciar con claridad cómo ha ido aumentando esta problemática en varias regiones del país, entre ellas la región metropolitana, donde para el año 2004 se ubicó como la segunda región del país en consumo de drogas ilícitas.

Tendencia del consumo drogas ilícitas (marihuana y/o cocaína y/o pasta base), según prevalencia de último año, por regiones



¹⁶⁸ Las diferentes etapas del estudio se encuentran anexadas en el Reporte de Actividades Generales.

¹⁶⁹ www.mideplan.cl

1. PEÑALOLÉN



La comuna de Peñalolén se localiza al oriente de la provincia de Santiago, en la Región Metropolitana. Según los datos del Censo, para el año 2002 Peñalolén contaba con un total de 216.060 habitantes, con una densidad de 4.001,11 hab./km². En términos de la distribución de sus habitantes, para ese mismo año, un 48,8% correspondía a población masculina y un 51,2% a población femenina. Para el año 2010 se proyecta un total de 247.181 habitantes en la comuna.

Peñalolén es una comuna urbana, y relativamente joven, considerando que para el 2002 el 94,4% de su población tenía menos de 65 años de edad. En este sentido, había un total de 63.014 habitantes menores de 16 años y 141.012 personas que tenían entre 16 y 64 años de edad.

Según los datos comunales con que cuenta la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile¹⁷⁰, en el año 2006 la comuna tenía un 8,7% de personas bajo la línea de la pobreza y un promedio de 9,9 años de escolaridad para la población general, situándose por debajo del promedio nacional (10,1). Así también, para el mismo año, había un 6,5% de la población que se encontraba desocupada. Sumado a esto, y a partir del Mapa de Distribución Socioeconómica elaborado en el 2004 por Adimark¹⁷¹, es importante señalar que para ese año, la comuna presentaba la siguiente distribución: 11,1% ABC1; 14% C2; 21,3% C3; 41,1% D; y 12,5% E.

¹⁷⁰ www.bcn.cl

¹⁷¹ www.adimark.cl (este mapa se elaboró a partir de los datos del Censo 2002)

En relación a las viviendas, se puede decir que para el año 2006 un 82,5% de éstas se consideraron buenas o aceptables en cuanto a la materialidad de las mismas. Sumado a esto, es importante señalar que sólo había un 2% de hacinamiento en la comuna.

Por otro lado, en relación a los hogares, un 33,5% tenían jefatura femenina en el año 2002 y para el total de hogares (56.738) había un 41,3% en los cuales el jefe de hogar tenía 8 o menos años de escolaridad.

2. PUDAHUEL



Esta comuna se ubica en el sector poniente de la provincia de Santiago, en la Región Metropolitana. Para el año 2002, la comuna contaba con una población de 195.653 habitantes, con una densidad de 993,7 hab./km². Para el año 2010 se espera que la comuna alcance un total aproximado de 262.793 habitantes. En la siguiente tabla se caracteriza a esta población según datos del Censo 2002.

Tabla 1

AREA URBANA - RURAL	SEXO		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total comuna	195.653	96.328	99.325
Urbana	192.258	94.529	97.729
Rural	3.395	1.799	1.596

En relación a la distribución por edad en esta comuna, para el año 2002 el 30,1% de sus habitantes tenía 15 años o menos, un 65% tenía entre 16 y 64 años y un 4,9% tenía una edad superior.

Por otro lado, para el año 2006, esta comuna contaba con un 7,1% de población bajo la línea de la pobreza y un promedio de 10,3 años de escolaridad, valor ligeramente superior al nacional para ese mismo año. Añadido a esto, un 6,1% de sus habitantes se encontraban desocupados según datos de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Sumado a esto, para el año 2004 la comuna se distribuía de la siguiente manera: 2,8% ABC1; 14,5% C2; 28,4% C3; 43% D; y 11,3% E.

En cuanto a la calidad de la materialidad de las viviendas, se puede decir que para ese año, había un 88,2% que fueron consideradas buenas o aceptables y sólo había un 1,4% de hacinamiento presente en la comuna.

Según el Censo 2002, de las 51.056 viviendas de Pudahuel, un 29,7% tenían jefatura femenina y un 38,9% de los jefes de hogar tenían 8 o menos años de escolaridad.

3. MELIPILLA



La comuna de Melipilla se ubica dentro de la Región Metropolitana, en la provincia de Melipilla, al poniente de Santiago.

Para el año 2010 se espera que esta comuna alcance un total aproximado de 106.726 habitantes. En la tabla 2 se describe la población de esta comuna según los datos del Censo 2002.

Tabla 2

AREA URBANA - RURAL	SEXO		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total comuna	94.540	47.603	46.937
Urbana	60.898	29.917	30.981
Rural	33.642	17.686	15.956

Como se observa, de las tres comunas, Melipilla es la que posee una mayor proporción de habitantes ubicados en zonas rurales de la comuna, constituyendo el 35,6% del total de su población. Por otro lado, para el año 2002, la comuna alcanzaba una densidad de 70,3 hab./km².

Un 28,9% de la población total de esta comuna tenía, en el 2002, menos de 16 años de edad. Un 63,4% estaba en el rango entre los 16 y los 64 años de edad. Y un 7,7% de su población tenía 65 años o más.

Por otro lado, en el año 2006 un 9,8% de los habitantes de esta comuna estaba ubicado bajo la línea de la pobreza y un 4,6% se encontraba desocupado. El promedio de años de escolaridad para ese año era de 9,2, valor ligeramente inferior al nacional de 10,1 años en promedio de escolaridad. Sumado a esto, y a partir de la distribución de grupos socioeconómicos que ha elaborado la consultora Collect¹⁷², para el año 2008 la comuna tenía la siguiente distribución: 3,0% ABC1; 10,2% C2; 18,4% C3; 45,8% D; y 22,6% E.

Un 75,8% de las viviendas fueron consideradas en el año 2006 como buenas o aceptables en cuanto a su materialidad y había un 0,8% de hacinamiento en la comuna.

Finalmente, y en relación a los jefes de hogar, se puede decir que en el año 2002 había un 29,9% de los hogares con jefatura femenina y un 53,3% de los jefes de hogar tenían 8 o menos años de escolaridad.

IV. MODELO GENÉRICO DE INTERVENCIÓN TERRITORIAL

PRESENTACIÓN

Si bien se reconoce un Modelo de Intervención Territorial diseñado por CONACE, en el trabajo cotidiano de los CONACE Previene en la Comuna se ha requerido incorporar algunas adaptaciones, herramientas de trabajo y metodologías que posibiliten un mejor manejo y acercamiento a la realidad local.

En nuestro intento por describir el modelo de gestión e intervención del programa CONACE Previene en la Comuna, y cómo se plasma éste en términos efectivos en el territorio, resulta ineludible la necesidad de identificar los procesos y componentes involucrados, develando la forma en que se desarrollan e implementan. A su vez, resulta útil identificar a los actores que confluyen en el proceso de acción y gestión territorial, intentando dar cuenta del modo en que se vinculan, el rol que le compete a cada uno de ellos, y las instancias que les convoca y que permite su interacción a nivel local.

En el contexto así descrito, identificamos procesos regulares conformados por etapas distintivas, que pese a las particularidades en su aplicación comunal, se constituyen como procesos genéricos standard, estos son:

¹⁷² www.collect.cl (esta distribución se elaboró a partir de los datos del Censo 2002)

1. Proceso de Diagnóstico
2. Proceso de Planificación
3. Proceso de Gestión e Implementación Comunal
4. Proceso de Evaluación

Cada uno de estos procesos, pese a que se implementan de modo sistémico y que, en algunos casos se encuentran un tanto difusos, resultan distintivos y requieren confluir de modo regular para proporcionar herramientas y ayudar a la toma de decisiones que posibiliten una adecuada implementación. Como bien se señaló en párrafos anteriores, también se identifican actores o agentes, e instancias de interlocución que permiten que se lleven a efecto dichos procesos y, que resultan determinantes a la hora de la implementación del CONACE Previene en la Comuna dada la preeminencia que adquiere el factor coordinación intersectorial y cooperación a nivel local.

En cuanto a los actores o agentes que se logran identificar a partir de nuestro levantamiento de información, resulta relevante destacar que en términos más globales cuentan con elementos que les hace equivalentes entre sí al comparar entre una y otra comuna, pese a su denominación o configuración distintiva.

Entre los actores se encuentran los siguientes:

- a) Equipo CONACE Previene en la Comuna
- b) Municipio
- c) Otros Agentes Sectoriales / Gubernamentales
- d) Agentes de Tipo Social - Comunitario

Por último, en cuanto a las instancias de articulación e interlocución identificadas, éstas van en una lógica similar a la referida a los actores o agentes, y se refieren a las siguientes:

- a) Instancias al interior del equipo CONACE Previene en la Comuna
- b) Instancias de tipo Municipal
- c) Instancias Intersectoriales
- d) Instancias a nivel Local / Comunitario

Resulta interesante dar cuenta que la doble dependencia propia de CONACE Previene en la Comuna tanto con CONACE como con el Municipio, le obliga a dar cumplimiento a las metas y exigencias programáticas, presupuestarias y procedimentales provenientes de ambas fuentes; Como contraparte, la autonomía respecto de estas mismas entidades, le proporciona la adaptabilidad y flexibilidad necesarias para operar e intentar obtener buenos resultados, generando una dinámica bastante especial.

EQUIPO CONACE PREVIENTE EN LA COMUNA

Como punto de partida, destacaremos la existencia de un equipo CONACE Previene en la Comuna compuesto por un Coordinador Comunal del programa y un conjunto de profesionales que, en su orgánica interna se constituyen en especialistas y profesionales responsables de la conducción e implementación técnica del programa en las áreas o componentes programáticos asignados, acorde a la oferta programática de CONACE.

Si bien en el Modelo de trabajo CONACE Previene en la Comuna definido por CONACE, se estima un equipo territorial compuesto por un Coordinador Comunal y cuatro o cinco profesionales, resulta relevante destacar que en el caso de las comunas observadas, dicho equipo ha ido incrementándose en el transcurso de los últimos años, fluctuando la composición del equipo entre once y quince profesionales, proyectándose por ejemplo, en el caso de Peñalolén una meta de un total de diecisiete profesionales en un futuro cercano.

Este incremento, si bien guarda relación con la ampliación de la oferta programática de CONACE, el motor principal se refiere a una real inserción del CONACE Previene en la Comuna en la dinámica municipal, a la asignación de un rol de importancia en la gestión e internación territorial con su correspondiente complejización, así como en el

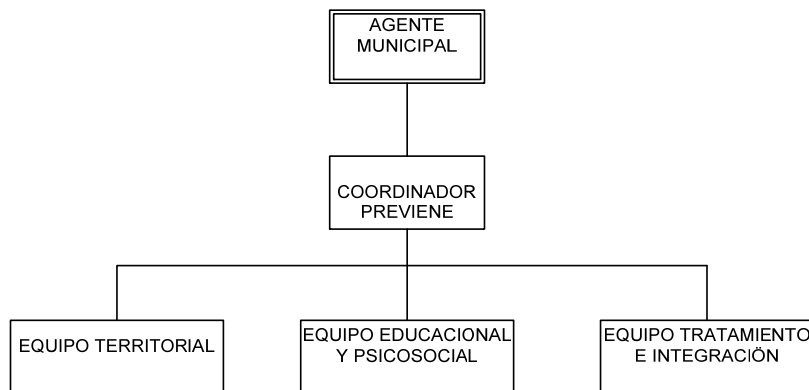
acompañamiento de la ejecución de Planes Comunales definidos por el Municipio y la obtención de nuevos recursos, gestionado esto último a partir de la iniciativa del propio CONACE Previene en la Comuna. En este sentido, se observa que el CONACE Previene en la Comuna ha pasado a ser una herramienta más en la gestión municipal y se ha constituido en parte del equipo técnico local, por ende, a su vez, ha tenido que absorber en algunos casos, la responsabilidad en la ejecución de ofertas programáticas distintas de las propias o complementarias a esta, o bien, se le ha delegado la ejecución de fondos adicionales.

En cuanto a los aspectos contractuales, cabe destacar que la totalidad de los equipos CONACE Previene en la Comuna se encuentran contratados a honorarios y que, si bien no son funcionarios ministeriales ni municipales, éstos dependen jerárquicamente de la contraparte municipal, que es quien evalúa su desempeño y define la renovación contractual.

Una experiencia particular se da en la comuna de Melipilla, donde dada la dependencia directa de la Dirección y/o Corporación de Salud Municipal, y dado el tratamiento regular que esta entidad tiene respecto de sus contratados, se implementó una fórmula ad – hoc consistente en un contrato anual a honorarios pero que, sin embargo, les permite acceder a la cancelación por parte de dicha Corporación, de los costos de tipo previsional, además de poder acceder a los beneficios establecidos para los restantes funcionarios municipales (Permisos y licencias médicas, vacaciones, pre y post natal, etc.). Adicionalmente, esta fórmula contractual le posibilita al equipo Previene, contar de modo regular con el pago de los honorarios profesionales correspondientes. Todo lo anterior, redundando en una baja rotación al interior del equipo CONACE Previene en la Comuna de Melipilla y en un mejor aprovechamiento de sus capacidades, al poder acceder a capacitaciones municipales.

Una característica común es que implementan una división del trabajo de tipo operativo que sería básicamente la siguiente:

ORGANIGRAMA ESTRUCTURA INTERNA CONACE PREVIENE EN LA COMUNA



El equipo CONACE Previene en la Comuna ha diseñado un conjunto de instancias internas de articulación que favorezcan el trabajo continuo y sistémico. Es así como se han coordinado instancias al interior de cada equipo o sub – equipo, esto es, entre jefe sub – equipo y profesionales a cargo; instancias entre jefaturas de cada sub – equipo con la o el coordinador de Previene; e instancias de tipo global – vinculante, en el que participa la totalidad del equipo.

Rol CONACE Previene en la Comuna

En la concreción de la labor, el equipo CONACE Previene en la Comuna hace efectivo el reconocimiento de su rol como agente sensibilizador y generador de vínculos directos con la comunidad, así mismo, reconocen la importancia que se les asigna en el fomento de la participación de los actores organizacionales y redes locales para enfrentar la prevención y el consumo de drogas en el territorio asignado.

En términos más específicos, aparece la distinción de dos roles principales delegados por CONACE, como son:

1. Velar por la prevención del consumo de drogas a nivel local.
2. Ejecutar la oferta programática de CONACE y sus lineamientos de trabajo.

Adicionalmente, el equipo se asigna como rol:

1. Instalarse en la Gestión Local
2. Colaborar en el acercamiento entre la comunidad, y el municipio en aquellas actividades que promuevan la integración de la comunidad, su organización y la reducción de los factores de riesgo y/o promoción de los factores preventivos del consumo y tráfico de drogas.
3. Sintonizar y generar acuerdos de trabajo con otros programas que operen a nivel local, ya sea provenientes del municipio, como de otras entidades de gobierno.
4. Ser puente de recursos desde otras unidades

Para poder dar cumplimiento a todo ello, el equipo CONACE Previene en la Comuna debe generar un permanente acercamiento con la comunidad, incorporar estrategias de intervención ad-hoc a la particularidad del territorio, asimilar una cercanía e interlocución sistemática con el municipio, sintonizar y coordinar el trabajo con otros programas que se encuentren vigentes en el territorio.

PROCESOS DE GESTIÓN DEL MODELO GENÉRICO

1. PROCESO DE DIAGNÓSTICO

En el Proceso de Diagnóstico que se desarrolla a finales de cada año calendario, el vínculo de tipo municipal es imprescindible. El municipio cumple un rol protagónico y fundamental, determinando no sólo lo que le es propio, como es la gestión de lo local, sino también determinando las orientaciones programáticas del CONACE Previene en la Comuna y, en gran medida, el desarrollo de su potencial como estrategia de intervención.

Algunos aspectos que caracterizan a los CONACE Previene en la Comuna de los municipios observados, es el compromiso y buena disposición que tienen éstos para con el programa. Dichos municipios asumen que la problemática de la droga se encuentra presente en su territorio, que siendo un problema multicausal requiere de la integración de distintas miradas al tratamiento del problema, que para ello requieren de una importante fuente de recursos financieros y técnicos.....es allí justamente donde entra a jugar un importante rol el CONACE Previene en la Comuna.

El Municipio, por su parte, hace una concreción efectiva de su compromiso mediante del aporte financiero, infraestructura, gastos de mantención y los denominados "recursos valorizados". En las comunas observadas, el aporte financiero ha ido en un ascenso progresivo igualando y, en algunos casos superando al propio apoyo financiero recibido desde CONACE; otra manera en que se concreta el compromiso, es instalando una dinámica efectiva de interlocución, que observamos se da de dos maneras:

- a) Interlocución Programática
- b) Interlocución Administrativa

Estos tipos de interlocución forman parte integrante de la agenda de trabajo resultante de la incorporación paulatina del CONACE Previene en la Comuna en la planificación y gestión municipal mediante la incorporación de las metas, dinámica y metodologías de trabajo de CONACE Previene en la Comuna en los Planes Comunales diseñados por cada Municipio

a) Interlocución Programática:

La Interlocución Programática, posibilita la actualización anual del "*Diagnóstico Comunal*", lo que a su vez, ha permitido ir actualizando el trabajo y focalización tanto del Municipio como del CONACE Previene en la Comuna en el territorio, desarrollando una "*agenda de trabajo*".

En el *Diagnóstico Comunal* (para cuya generación confluyen junto a CONACE Previene en la Comuna otras entidades y programas que operan a nivel local), se posiciona la identificación de los principales problemas y

dificultades que enfrenta la comuna, la relevancia y condición de posibilidad de superar cada una de ellas, se procede a identificar la magnitud de la población afectada, se logran definir puntos de trabajo común para el año próximo y se definen las prioridades programáticas a seguir. También cabe señalar que en este proceso (que se desarrolla aproximadamente entre octubre y diciembre de cada año), se posibilita el ajuste Municipio – CONACE, que se plasma en la firma del Convenio con dicha entidad y en los compromisos y propuestas municipales asumidos por el Municipio en la planificación de metas CONACE que finaliza en Marzo de cada año.

En el contexto así descrito, para el municipio, el CONACE Previene en la Comuna otorga la posibilidad de enfrentar de un modo más especializado la problemática de la droga, al contar con un equipo profesional que integra una mirada psicosocial, territorial y comunitaria del problema; adicionalmente, permite acceder a recursos financieros que costean en gran medida a dichos profesionales que son el recurso técnico con que no cuenta el municipio por si solo, y posibilita acceder a recursos financieros para costear en alguna medida las diversas intervenciones territoriales orientadas en la lógica de CONACE Previene en la Comuna y que sintonicen con las prioridades definidas por el municipio.

b) Interlocución Administrativa:

Aquí nos referimos a la interlocución entre el agente municipal que dirige CONACE Previene en la Comuna (generalmente representada por Dideco, a excepción de Melipilla, cuya contraparte es la Dirección de Salud Municipal) y el Coordinador Comunal responsable de la conducción de CONACE Previene en la Comuna. Observamos en nuestro proceso de levantamiento de información que ésta se produce principalmente teniendo tres objetivos a la vista:

1. Seguimiento de implementación programática y presupuestaria
2. Coordinación del trabajo conjunto o con otras entidades
3. Para tomar decisiones o medidas específicas o extraordinarias.

Para ello, se han diseñado instancias específicas que permiten dicha interacción e interlocución y que son las siguientes:

- a. Generación de instancias al interior del municipio, donde convergen diversos programas que se encuentran a cargo del agente municipal y que tiene carácter técnico.
- b. Reuniones de Jefatura para coordinación y seguimiento administrativo.
- c. Reuniones periódicas entre el Agente Municipal y el Coordinador Comunal CONACE Previene en la Comuna para temas específicos.

Esta interlocución permite fomentar y verificar la sistematicidad en la ejecución del CONACE Previene en la Comuna, en la implementación de los acuerdos tomados, la ejecución presupuestaria y en los logros programáticos definidos.

2. PROCESO DE PLANIFICACIÓN

A partir del trabajo de diagnóstico CONACE Previene en la Comuna– Municipio – Intersectorialidad, resulta lo que denominamos *Diagnóstico Comunal* y *Agenda de Trabajo*, pero también aparece como producto adicional la *“Sectorialización y Operacionalización Territorial”*, que pasa a constituirse en una práctica herramienta de trabajo que posibilita la planificación y coordinación concreta del trabajo a implementar en el territorio.

Esta *sectorialización*, subdivide el territorio comunal en sectores a intervenir y permite configurar metas propias y diferenciadas en cada uno de ellos.

En algunos casos, se ha procedido a subdividir el territorio según áreas geográficas e identitarias, en otras, según problemáticas sociales comunes y, en todos los casos, todo ello se ha complementado con datos respecto a vulnerabilidad, nivel de riesgo, tipo de exposición en cuanto a consumo y/o tráfico de drogas, tipo de delito, niveles socioeconómicos y educativos, calidad de vivienda y hacinamiento, etc.

En la planificación se trabajan metas, focos temáticos, planificación por programa, delimitación de acciones y competencias y, en nuestro caso específico, se incorpora la planificación propia de CONACE.

También se produce una *Planificación Presupuestaria* del municipio con Previene, que se produce entre Agosto y Septiembre de cada año. Entre Octubre y Noviembre se produce la aprobación por parte del Concejo Municipal, donde se aprueba el presupuesto municipal CONACE Previene en la Comuna inclusive.

3. PROCESO DE GESTIÓN E IMPLEMENTACIÓN COMUNAL

En este proceso se plasman dos componentes principales, que son:

- a) Gestión e implementación financiero – presupuestaria
- b) Gestión e implementación programática.

a) Gestión e Implementación Financiero – Presupuestaria:

En el proceso de ejecución, se hace manifiesta la necesidad permanente de actualizar de modo periódico el avance en la implementación de los recursos financieros, humanos y técnicos. Todo ello se encuentra vinculado permanentemente a una ejecución de tipo programático, que resulta fiscalizado por el nivel Regional y Central principalmente desde un punto de vista cuantitativo y que va íntimamente ligado con la liberación de fondos asociados a los honorarios profesionales del equipo CONACE Previene en la Comuna y de los recursos técnicos, presupuestarios y administrativos necesarios de incorporar para la gestión global de CONACE Previene en la Comuna.

En cuanto al proceso de liberación de recursos, se identifica la existencia de cuatro *remesas* de recursos desde el nivel regional – central; que paralelo a ello existe una rendición mensual y periódica de tipo contable, a la que se adjunta una bitácora de las actividades desarrolladas individualmente y en conjunto por el equipo CONACE Previene en la Comuna, y que posibilita la cancelación efectiva de sus honorarios profesionales, así como el control y fiscalización de la efectiva realización de las actividades comprometidas y de la utilización de los presupuestos asignados para ello.

b) Gestión e Implementación Programática:

En lo referido al seguimiento de avances programáticos, se evidencia la existencia y utilización del sistema computacional COLABORA, que posibilita la actualización periódica de la implementación programática comprometida y que permite el reconocimiento de ajustes y orientaciones necesarios de incorporar. Adicionalmente posibilita la interlocución constante entre los niveles local, regional y nacional vinculados a CONACE Previene en la Comuna.

Se reconoce la existencia de una oferta programática regular de CONACE en sus lineamientos de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación, y Control, que tiene ámbitos de intervención familiar, laboral, comunitario y educacional (todo ello desarrollado con mayor detalle por el Panel Evaluador), y cuya implementación se focaliza de acuerdo a las especificidades comunales, las prioridades municipales y las características de consumo de drogas en el territorio.

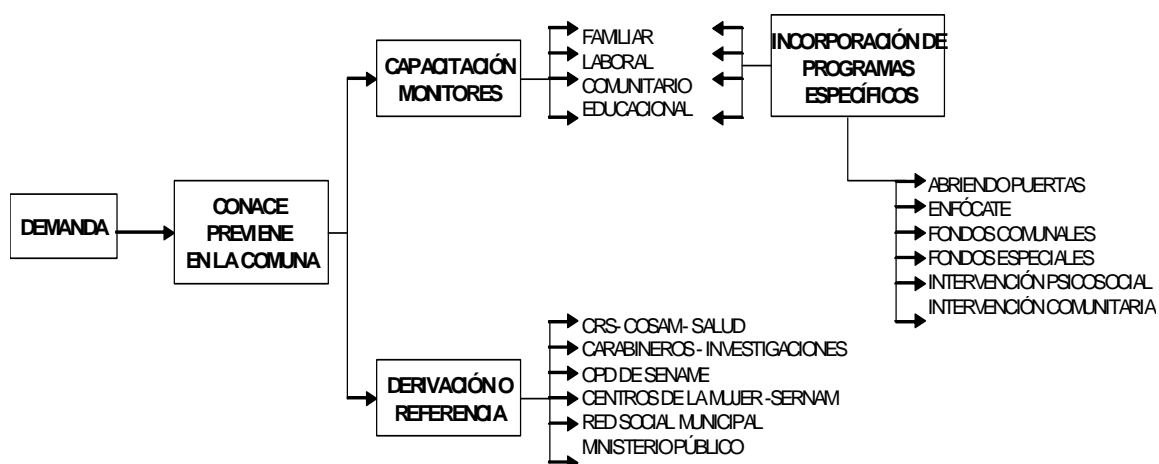
Adicionalmente a la oferta explícita manifestada en el documento titulado “Modelo de Intervención Territorial” diseñado por CONACE y a las herramientas a las que allí se hace mención (Programas de prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, Programa de tratamiento para personas con problemas derivados del consumo de drogas, etc.), se reconoce la incorporación de herramientas de trabajo que se configuran como ofertas transversales y que han sido desarrolladas en el transcurso de la gestión institucional y de acuerdo a las necesidades de intervención territorial y/o con grupos específicos. Algunas de estas ofertas programáticas son:

- Programa Abriendo Puertas
- Programa Enfócate
- Intervención de tipo Psicosocial
- Intervención de tipo Comunitaria
- Fondos Concursables
- Fondos Especiales

Consecuentemente con lo anterior, CONACE Previene en la Comuna, orienta su trabajo principalmente a una oferta de tipo Universal mediante el Continuo Preventivo y no de tipo Selectiva, por lo que el rol principal de las ofertas transversales mencionadas con anterioridad es justamente fortalecer la selectividad del trabajo de CONACE Previene en la Comuna. Dicha oferta selectiva, según los propios entrevistados, es una de las principales debilidades de CONACE Previene en la Comuna, dado que señalan, aún no contar con herramientas concretas suficientes que les posibilite no sólo abordar tipos de vulnerabilidad y riesgo más específico, sino además contar con herramientas e instrumentos metodológico – técnicos para abordar tipos de consumo más básicos o más especializados de cada territorio, como por ejemplo lo referido al consumo de alcohol y de pasta base.

En términos generales, podemos señalar que CONACE Previene en la Comuna no se constituye únicamente en *Agente Ejecutor* sino también parte de su oferta programática le constituye como un importante *Agente Articulador*, ello tanto a nivel comunitario como a nivel intersectorial, lo que podemos observar en la lógica de trabajo que desarrollan:

DIAGRAMA FUNCIONAMIENTO GENÉRICO – OPERATIVO CONACE PREVIEENE EN LA COMUNA



Resulta importante destacar que CONACE Previene en la Comuna ha desarrollado sus lineamientos de trabajo enfocándose principalmente a la *Prevención Universal* y, que en el caso de algunas de las comunas observadas, se logra un aporte más significativo en lo referido al *Tratamiento* de la problemática de la drogadicción.

En relación a la oferta programática y acciones concretas que los equipos deben llevar a cabo anualmente, ésta puede agruparse en función de los focos principales de intervención de CONACE:

- Prevención**
- Tratamiento y rehabilitación**
- Control del consumo y tráfico de drogas**

PREVENCIÓN

Dentro de la oferta programática preventiva estándar que ejecutan los equipos CONACE Previene en la Comuna se encuentra el programa Prevenir en Familia, el Continuo Preventivo en Educación, el programa Trabajar con Calidad de Vida y el Enfócate, programa focalizado en jóvenes de la comuna. En este contexto, se espera que los equipos sean capaces de generar las instancias necesarias para **facilitar el acceso** de esta oferta programática a las entidades o actores comunales correspondientes, ya sea mediante los canales informativos que están presentes en la comuna o generando los flujos informativos requeridos para traspasar esta oferta a la comunidad.

Esta primera etapa de carácter informativa fluctúa entre la visibilidad de los programas en las instancias municipales hasta la bajada in situ a la comunidad. Así, los equipos observados transparentan esta oferta en las mismas dependencias municipales formales, pero además, desarrollan un trabajo mediático constante en terreno, participando en ferias comunales o instancias de coordinación con juntas vecinales o agrupaciones juveniles, entre otras. De la misma forma, también se hace sistemático su acercamiento a las escuelas, instituciones y empresas (públicas o privadas) con el fin de ofrecer las distintas alternativas preventivas con que cuentan.

En este sentido, la labor que realizan en los colegios municipales y particulares subvencionados se hace relevante, pues en los liceos es donde se ejecuta los programas de prevención del consumo de alcohol y drogas, pero además, se incorpora el programa Prevenir en Familia a partir del trabajo con los apoderados y sus familias, y el programa Enfócate en razón de la captación de futuros monitores comunitarios.

Otro escenario relevante lo constituyen las instituciones y empresas, públicas o privadas, donde se ejecuta el programa Trabajar con Calidad de Vida, pero donde además en algunos casos se incorpora el Prevenir en Familia a raíz de la demanda espontánea de los funcionarios.

De esta manera, los equipos deben ser capaces de acercar la gama programática de CONACE a instituciones educacionales, empresas, jóvenes, familias, grupos comunales organizados, entre otros. Si bien la oferta programática tiene carácter universal, esto es, dirigida a toda la población de la comuna, se desarrolla principalmente a través de instancias específicas que se han identificado como escenarios con factores protectores relevantes, como son los centros educacionales de las comunas, enfatizándose el trabajo de fortalecimiento de estos factores y el carácter preventivo de los programas.

Más allá de esto, se observó en las comunas analizadas que la oferta tiende a focalizarse también en sectores o grupos vulnerables, en razón de las mismas necesidades que posee la comuna y que han sido identificadas como prioritarias dentro de la gestión y objetivos municipales, pues constituyen escenarios con mayores problemáticas sociales y con menos factores protectores.

En este sentido, en las tres comunas existían sectores vulnerables identificados y en los cuales se focalizaba la acción de CONACE Previene en la Comuna y del municipio en general. El carácter de vulnerabilidad está definido principalmente a partir de los diagnósticos comunales que los equipos elaboran anualmente, y están referidos, a grandes rasgos, a datos generales delictuales de violencia y de consumo y tráfico de drogas, y a otros antecedentes sociales, tales como pobreza, hacinamiento y calidad de las viviendas.

A partir de estas mismas herramientas se ha contemplado también la necesidad de elaborar acciones específicas con jóvenes que presentan mayores factores de riesgo, esto es, que ya estén consumiendo y que posean menos factores protectores. En este sentido, la población joven que consume, y no mantiene una ocupación estable, ya sea por deserción escolar o cesantía, sería la menos protegida frente a la problemática del consumo de drogas y constituiría la población en donde la mayor parte de los equipos observados concentra su accionar y, a su vez, donde se concentra la gama programática municipal.

En la comuna de Pudahuel, a modo de ejemplo, implementan en los colegios más vulnerables no sólo el Continuo Preventivo, sino además las acciones sensibilizadoras para familias y algunas de aquellas dirigidas al control del consumo, coordinando en estas instituciones las charlas informativas que realiza el Centro Jurídico en torno a esta problemática. De la misma forma, las sensibilizaciones del Enfócate, también se realizan de manera prioritaria en estos colegios, de manera tal que gran parte de los monitores de este programa son captados en estas instituciones educacionales.

Junto con transparentar la gama programática, el equipo tiene por objeto, **captar actores comunales** que serán posteriormente capacitados por ellos, con el fin de que el traspaso del discurso preventivo lleve consigo la pertinencia de la realidad local. Se intenta de esta forma, empoderar a la misma población, de modo que sean ellos mismos quienes asuman la responsabilidad de trabajar con su comunidad más cercana en el tema de la prevención.

No obstante la ejecución de los programas quedaría entonces en manos de los monitores capacitados por CONACE Previene en la Comuna, los equipos deben desarrollar seguimiento y **asesoría técnica** constante a estos monitores. En este sentido, el equipo pasa a constituir el ente técnico especializado tras la ejecución general de estos programas en la localidad.

De la mano con estas iniciativas preventivas, existe otra instancia de prevención que baja desde CONACE y que a su vez refleja el énfasis descentralizador y territorial que subyace al programa Previene. Se trata de los **Proyectos Comunitarios**, fondos anuales concursables que enfatizan el ámbito comunitario de intervención. Son concursos abiertos a la comunidad organizada, donde el requisito más formal es tener personalidad jurídica al día.

En este contexto, la labor de los equipos CONACE Previene en la Comuna es informar a la comunidad respecto de las postulaciones, vincular a las instituciones o agrupaciones que deseen postular, capacitarlos y posteriormente hacer seguimiento a los proyectos seleccionados. Si bien, la administración de estos fondos recae directamente en los grupos seleccionados, los equipos CONACE Previene en la Comuna se incorporan en el proceso como entes técnicos y fiscalizadores de estos proyectos.

A esto se añaden lo que son los **Fondos Especiales** que se generan a partir de los decomisos de drogas y que están destinados a la prevención y tratamiento del consumo de drogas (Ley 20.000). Son fondos concursables y que están destinados a trabajar con jóvenes de sectores específicos caracterizados por el consumo, tráfico y microtráfico de drogas, para lo cual se contrata profesionales que se relacionen y trabajen directamente con esta población. Constituyen así, una alternativa para el trabajo preventivo selectivo que CONACE ha comenzado a desarrollar desde el año 2008 a modo de experiencia piloto y que se espera institucionalizar en los años venideros.

No obstante existe una población prioritaria a la que se dirigen estos últimos fondos, la manera de implementar sus acciones es bastante flexible, dejándose la responsabilidad a los equipos CONACE Previene en la Comuna de generar la estrategia más adecuada para ejecutar un plan de acción pertinente y dirigida a esta población en sus comunas. Al momento de este informe, tanto Peñalolén como Pudahuel contaban con estos fondos, pero en el caso de Peñalolén se hace relevante mencionar que se venía ejecutando desde hace un tiempo una intervención psicosocial específica con jóvenes en el sector de Lo Hermida, tanto con el aporte de estos fondos, como con los recursos que el municipio les ha entregado.

En esta perspectiva, se hace fundamental contemplar la relevancia del aporte municipal en la capacidad de los equipos CONACE Previene en la Comuna para gestionar e instalar iniciativas preventivas no contempladas necesariamente por el modelo inicial. De la misma manera, se releva la capacidad de los equipos para gestionar nuevos recursos añadidos a los propiamente CONACE y/o Municipales. Éste es un rasgo que caracterizó a las tres comunas observadas y que constituye un elemento fundamental pues en general estos recursos añadidos son dirigidos a la **intervención selectiva**.

Respecto de lo anterior, se puede señalar que en la comuna de Pudahuel el equipo CONACE Previene en la Comuna manejaba un total de cuatro fondos para prevención, el fondo CONACE, el fondo Municipal, el Fondo Especial y un Microfondo Laboral que habían ganado recientemente. Por su parte, el equipo de Peñalolén además de los fondos CONACE, de los fondos municipales y el fondo especial, había logrado gestionar la contratación de territorialistas, lo cual les permitiría tener una presencia más sólida en los sectores menos vulnerables y ejecutar los programas en las escuelas con un grado mayor de acompañamiento y asesoría permanente y constante. Asimismo, contaban con un programa anexo, el programa EU LAC que se constituye a partir de la alianza entre la Unión Europea y la CICAD (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (OEA)).

En relación a Melipilla, se puede señalar que hasta 2008 el equipo CONACE Previene en la Comuna era el ente encargado de administrar el programa Habilidades para la Vida que baja desde la JUNAEB y que básicamente consistía en realizar una intervención psicosocial en niños de 4º básico, con el objeto de fortalecer los factores protectores ante la problemática de la droga. De la misma manera habían administrado un Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) para trabajar con jóvenes con un enfoque cultural; y actualmente manejan un Fondo de

Apoyo a la Gestión Municipal (FAGM), que es parte de los fondos de Seguridad Pública Comunal y que han destinado a realizar prevención selectiva en sectores vulnerables.

Considerando lo anterior, cabe señalar que si bien CONACE entrega lineamientos respecto de la labor preventiva a nivel comunal, resulta esencial la capacidad que se instale en los equipos CONACE Previene en la Comuna de gestionar recursos añadidos sobre todo en lo referido a ejecutar acciones preventivas selectivas.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

En cuanto al tratamiento y rehabilitación se puede señalar que la labor fundamental de los equipos CONACE Previene en la Comuna está dirigida a fomentar y facilitar el acceso de la comunidad a las instancias formales de tratamiento.

En este sentido, CONACE Previene en la Comuna constituye la principal instancia a la que se dirige la población afectada por problemas de consumo de drogas y su labor inicial es fundamentalmente dar acogida a estas personas. En estricto rigor los equipos CONACE Previene en la Comuna, realizan una primera contención de la consulta espontánea por consumo problemático de familiares o personas directas, y refieren a las instancias de salud pertinentes de manera de realizar el proceso diagnóstico de consumo. Para esto, se realiza, primeramente, una entrevista general y luego se genera la vinculación con los centros de tratamiento.

En las comunas observadas se recalcó la importancia de esta primera entrevista en razón de que en muchos casos no existía un problema de adicción que para ellos fuera prioritario de abordar mediante tratamientos formales de rehabilitación y donde cobraba relevancia la dinámica relacional al interior de las familias principalmente, lo cual requería otro tipo de abordaje, más referido a intervenciones de tipo psicosocial. De la misma manera, se comentó la necesidad de esta primera instancia para detectar problemáticas prioritarias, esto es, donde si bien existiese un problema de consumo de drogas, se develasen otras carencias o problemáticas de mayor urgencia, como es por ejemplo, la violencia intrafamiliar o el abuso a menores. En este contexto, se daba primacía a la vinculación con otras instancias presentes en la comuna, como es por ejemplo la Oficina de Protección y Derechos de la Infancia y Adolescencia (OPD).

Por otra parte, la entrevista inicial también tiene por objeto informar de las distintas alternativas que existen en la comuna respecto del acceso al tratamiento y motivar a las personas que tienen efectivamente un problema de adicción, a acudir a estas instancias. La vinculación con éstas se concretiza en que son los mismos profesionales quienes piden una cita para los habitantes de la comuna. No obstante, en el caso de que la persona que acude a solicitar ayuda al CONACE Previene en la Comuna no está directamente afectada por un problema de consumo de drogas, si no que más bien, consulta respecto de un tercero, los integrantes del equipo se encargan fundamentalmente de acoger y dar toda la información requerida.

Es relevante dejar constancia que, a diferencia de lo que ocurre en la intervención de carácter preventiva, en este caso la labor operativa de los equipos se desarrolla de manera más formal y pauteada. Sin embargo, pese a que la labor de los equipos en este sentido, está referida básicamente a la contención y vinculación con los centros de tratamiento, se pudo observar en las tres comunas que una vez iniciado el tratamiento el equipo no se desvincula totalmente, de forma tal que cada seis meses se hace un seguimiento respecto de la evolución de los pacientes y que a grandes rasgos consiste en estar al tanto de la continuidad de los tratamientos de los sujetos que ellos han vinculado en una primera instancia.

No obstante, en la comuna de Pudahuel se releva este proceso en el sentido de que en caso de existir deserción se inician acciones tendientes a reestablecer la motivación del sujeto afectado. De la misma manera, en esta comuna se han generado instancias espontáneas de indagación de las percepciones de los pacientes respecto de la atención y/o tratamientos brindados en los distintos centros de salud, hecho que se espera poder formalizar a futuro en vistas de la importancia que para ellos tiene el desarrollo de un seguimiento formal de los pacientes referidos, en razón de fortalecer los mecanismos de coordinación y a la larga, la evolución de los pacientes (disminuyendo por ejemplo, la proporción de pacientes desertores de los programas de tratamiento).

Por otro lado, en la comuna de Peñalolén se pudo constatar la relevancia que ha cobrado la integración socio-ocupacional de las personas en proceso de rehabilitación. En este sentido, el equipo CONACE Previene en la Comuna ha logrado añadir en su dinámica operacional acciones e iniciativas tendientes a fomentar y facilitar esta

integración a través de la incorporación del programa de CONACE denominado Abriendo Puertas, que se enfoca fundamentalmente a sensibilizar a las comunidades terapéuticas en torno al tema de la integración ocupacional. Para esto se contrata profesionales del área psicosocial que trabajan directamente con las personas que están terminando su tratamiento, elaborando para cada una un perfil socio-ocupacional y un programa de integración acorde a éste.

CONTROL

En relación al control del consumo y tráfico, la labor operativa de los equipos consiste básicamente en buscar las instancias para capacitar, habilitar y empoderar a la población para que ella misma instale las denuncias en las entidades correspondientes.

En este sentido, los equipos se encargan de informar y capacitar a los miembros de la comunidad general respecto de los mecanismos formales de denuncia y a la vez se encargan de capacitar a distintos grupos de la comunidad respecto de la ley 20.000, tales como carabineros o juntas de vecinos. Sin embargo, es importante señalar que si bien existen instancias formales en que los equipos pueden llevar a cabo esta labor de difusión, como son por ejemplo las ferias de seguridad o los diálogos ciudadanos; hay una proporción importante de charlas informativas que se desarrollan a raíz de demandas de la población o de instituciones.

Más allá de informar y empoderar a la comunidad respecto de los procesos e instancias de denuncia, los equipos se encargan de fomentar la vinculación y articulación entre las instituciones de seguridad (carabineros e investigaciones) y la comunidad. En este contexto, es relevante destacar la coordinación constante que existe en la comuna de Pudahuel entre el CONACE Previene en la Comuna y el Centro Jurídico, en donde el equipo acoge las demandas de la comunidad y coordinan y gestionan las instancias de reunión entre el centro y la comunidad. Así también, en muchos casos se encargan de hacer seguimiento a la evolución de las denuncias que estampa la población.

En este sentido, es necesario precisar que el Centro Jurídico es una instancia de carácter metropolitano y que en un proyecto conjunto con CONACE, se constituye en una instancia que permite hacer frente al problema de tráfico permitiendo que los vecinos puedan denunciar anónimamente a las policías y tribunales las conductas de microtráfico que ocurran en sus comunidades asumiendo el Centro Jurídico la denuncia en los tribunal de justicia. No obstante, a través del levantamiento de información se pudo observar que es en la comuna de Pudahuel en donde se ha generado mayor coordinación y vinculación con esta instancia.

Como puede observarse, en la labor cotidiana de CONACE Previene en la Comuna se genera un conjunto de vínculos, colaboraciones y asociatividades con agentes que operan a nivel local, y cuya participación y articulación incide en los logros territoriales obtenidos tanto por CONACE Previene en la Comuna, como por otras entidades.

ACTORES Y REDES VINCULADOS A LA GESTIÓN DE CONACE PREVIENE EN LA COMUNA CONACE PREVIENE EN LA COMUNA- MUNICIPIO

Como ya se manifestó en su momento, el compromiso y vínculo CONACE Previene en la Comuna– Municipio adquiere un carácter esencial en la instalación en el territorio, donde una de las maneras en que se traduce es en el aporte concreto y valorizado desde la entidad municipal.

La existencia de una real confluencia o sintonía entre CONACE Previene en la Comuna y Municipio, se materializa además en la incorporación de las metas, dinámica y metodologías de trabajo CONACE Previene en la Comuna en los Planes Comunales (PLADECOS) diseñados por cada Municipio. Ello permite una real inserción en el territorio, en la medida que las metas CONACE – Previene, son capaces de ser absorbidas y re-orientadas a nivel local, dando cuenta a su vez de la flexibilidad propia de Previene, al contar con instancias de ajuste en que cada municipio propone metas específicas para su territorio en el contexto del trabajo CONACE-Previene.

Esta misma flexibilidad a la que hacemos mención, permite la absorción de perfiles u orientaciones diversas en cada municipio (estrategia vinculada a la seguridad ciudadana, perspectiva de salud, etc.), y que está dado en gran medida, por la visión que tenga el municipio respecto al tratamiento de la problemática de drogas, la visibilización del conjunto de problemas comunales y a las prioridades definidas, lo que se evidencia en el tratamiento programático; sin embargo, el perfil asignado a CONACE Previene en la Comuna en cada comuna se hace con el objeto de aprovechar la cualidad comunitaria que caracteriza a Previene, enriqueciéndolo, potenciándolo, focalizándolo y, al mismo tiempo, acercándolo a la realidad local.

Ejemplo de ello, es la particularidad que otorga vincular el CONACE Previene en la Comuna con una perspectiva de Salud como ocurre en Melipilla, que permite no sólo que la comunidad se acerque de modo voluntario a los servicios de salud, sino que produce un acercamiento de la salud a la comunidad, tanto en términos preventivos, como en términos de diagnóstico social, levantamiento de necesidad e incorporación al sistema (Ej.: tratamiento médico de adicción o apoyo psicológico); en este sentido, se produce una relación sistémica que fomenta la concientización preventiva, el autodiagnóstico y la captación de casos a ser tratados por el sistema de salud, haciendo uso del convenio CONACE – Ministerio de Salud.

CONACE PREVIENE EN LA COMUNA– INTERSECTORIALIDAD

La coordinación e interlocución con otros agentes gubernamentales que se encuentren vigentes en el territorio, no sólo se constituye en una herramienta de trabajo útil, sino además se convierte en un requisito para la obtención de logros significativos, ya que ello permite el perfeccionamiento del trabajo a nivel local, complementar las ofertas programáticas, metodologías, metas, procedimientos, generar ajustes, etc.

Como se explicó en su momento, a partir del trabajo de diagnóstico CONACE Previene en la Comuna– Municipio – Intersectorialidad resulta un *“Diagnóstico Comunal”*, una *Agenda de Trabajo* y una *“Sectorialización y Operacionalización Territorial”*.

Pues bien, esta herramienta resulta de la interlocución con otros programas que también funcionan a nivel local y que corresponden a otros órganos del Estado, tales como OPD de SENAME; Centros de la Mujer y VIF de SERNAM; Seguridad Ciudadana y Plan Comuna Segura del Ministerio del Interior; Comisarías y Plan Cuadrante de Carabineros de Chile; Centro Jurídico de Drogas; PDI; CRS y COSAM del Ministerio de Salud; Programa Chile Solidario y Puente de MIDEPLAN, etc. Ello posibilita la legitimidad de la *“Sectorialización y Operacionalización Territorial”* elaborada en el proceso de diagnóstico, y su utilización como herramienta de trabajo por cada entidad en su autonomía y, en su conjunto, pasando a ser el mejor ejemplo de la concentración de fuerzas.

Lo anteriormente descrito, sin embargo, no obsta la necesidad de una coordinación regular entre dichos programas y entidades, las que confluyen en instancias de articulación diseñadas para dicho objeto. En este sentido, podemos mencionar la denominada *“Mesa Social”*, que son reuniones y/o jornadas de carácter mensual en que DIDECO convoca a todos los directores de programas que se implementan a nivel local y que tiene un carácter eminentemente técnico y de coordinación; adicionalmente existen las *“Reuniones con Jefaturas”*, de carácter quincenal y focalizada en temáticas administrativas y más específicas, esto es, metas, reconocimiento de nudos críticos y definición del tratamiento de los mismos; en algunos casos, este tipo de reuniones se incorporan a los *Comités Internos* de DIDECO con su equipo directo (Peñalolén) y, en el caso particular de Melipilla, se convoca a un *“Comité Local de Salud”*, compuesto por los jefes de programas, los jefes de los servicios de atención primaria y por la Directora de la Corporación de Salud Municipal. Una última instancia convocada por DIDECO es la *“Reunión Bilateral”* que se da entre este último y la jefatura de un programa específico, que tiene carácter periódico – semanal y donde se tratan temas propios de cada programa y se toman decisiones o ajustes necesarios para problemáticas particulares que se estén desarrollando.

Cabe señalar que estas instancias se dan en cada una de las comunas observadas y que, en el caso específico de Melipilla, al no contar con un vínculo directo de tipo administrativo al interior del municipio, dicho rol lo lleva a cabo la Dirección Municipal de Salud.

Como puede observarse, la entidad administrativo - municipal a cargo de Previene, asume un constante rol de liderazgo y coordinación, pero también puede observarse que la denominada *“Comisión Comunal”* definida en el Modelo de Gestión Territorial proveniente de CONACE no se lleva a efecto del modo diseñado, sino que resulta suplantada por un conjunto de instancias de articulación de tipo operativo. Al respecto, dicha Comisión sólo se llevaba a efecto en la comuna de Melipilla, donde adquiría un carácter casi simbólico, de periodicidad anual y que, según el propio entrevistado, no aporta algo significativo al proceso.

Adicionalmente se dan instancias de articulación CONACE Previene en la Comuna– Intersectorialidad autónomas del municipio de carácter bilateral y/o multilateral. Ejemplo de ello son las denominadas *“Mesas Redes”* (Pudahuel) donde mensualmente se convoca a las instituciones que estén desarrollando programas o proyectos afines; También encontramos, aunque con denominaciones diferentes, instancias de tipo bilateral convocada por las propias entidades asociadas y confluyentes, de regularidad relativa y, al parecer, que funcionan por objetivos y

coordinaciones específicas, estas son las llamadas “Mesas de Trabajo” y “Asociación por Proyecto o Actividad Específica”.

CONACE PREVIENE EN LA COMUNA- LOCALIDAD

Los Agentes Locales constituyen un apoyo fundamental, ya que son éstos los que aportan el insumo necesario para focalizar la acción territorial; a su vez, son los que promueven y facilitan la intervención proveniente de CONACE Previene en la Comuna y de otros programas que actúan a nivel local.

El principal agente comunitario claramente son las Juntas de Vecinos instauradas en el territorio y la propia comunidad, que mediante su organización y participación continua, favorecen la integración de la comunidad, la identificación de sus temas prioritarios, permiten reconocer sus vulnerabilidades, clasificar sus zonas de mayor riesgo, etc. También se reconoce, aunque no se hace mención específica, la referencia a fundaciones u ONGs que se desempeñan en el territorio.

Otro actor local de importancia, por ser agentes socializadores por excelencia, son los establecimientos educacionales, quienes al abrir sus puertas a CONACE Previene en la Comuna, permite acceder a la comunidad escolar para insertar la oferta programática, en especial lo referido a los programas de prevención asociados a los ciclos de aprendizaje.

Las iglesias y credos operantes en el territorio también son un importante apoyo y, en algunos casos, han pasado a ser protagonistas en la instauración del trabajo de previene, al constituirse en puentes, demandantes de intervención y generadores o fortalecedores del control social. Un ejemplo claro es el acontecido en la comuna de Melipilla, donde la Iglesia Evangélica se ha hecho parte de un convenio que permite un trabajo continuo con sus comunidades.

Relevante como antecedente, es que términos operativos se produce muchas veces una relación sistémica en cuanto a la oferta programática, ya que, según lo manifestado por los propios coordinadores a cargo de CONACE Previene en la Comuna, y según lo propiamente explicado en cuanto a la implementación programática por focos y ámbitos, muchas veces, en la comunidad hay padres que al saber del trabajo del equipo CONACE en su comuna, propone y solicita a éstos la posibilidad de insertarse en el establecimiento de sus pupilos, para lo cual incluso, muchas veces inician las gestiones con las autoridades del mismo. En otros casos, también ha ocurrido que en el proceso de trabajo con el establecimiento, se acercan padres, presentando sus inquietudes y, algunas veces se han incorporado al programa de familia o como monitores familiares o comunitarios.

Pues bien, la importancia de estos agentes locales necesariamente se debe traducir en instancias de participación y articulación; entre estas se encuentran las denominadas “Mesas Barriales”, “Mesas de Prevención” o “Mesas Territoriales”, que pese a sus denominaciones diferenciadas, responden a un objetivo común, cuentan con periodicidades similares (quincenales y máximo de un mes), utilizan una dinámica análoga, caracterizada principalmente por el acercamiento hacia la comunidad y destinatarios finales, incorporando como mecanismo práctico de organización la “Sectorialización y Operacionalización Territorial” desarrollada en el proceso de diagnóstico y planificación comunal. Esto es, dependiendo de la complejidad de dicha sectorialización y la cantidad de las mismas, se llevan a cabo una determinada cantidad de reuniones o jornadas. En estas mesas, participan los encargados territoriales según focos o ámbitos de responsabilidad, allí confluyen y pueden otorgar propuestas a la comunidad; en algunos casos se convoca a alguna entidad involucrada en la problemática específica del territorio particularizado o se asocia una intervención de tipo psicosocial de carácter individual o comunitario.

Cabe destacar que una instancia práctica de participación de la comunidad local organizada se da a propósito de los *fondos concursables* que promueve CONACE Previene en la Comuna y que es administrado por el Gobierno Regional; sin embargo, se debe clarificar que estamos hablando de fondos de corto alcance, esto es, de tiempo de ejecución limitado y montos relativamente bajos y que, en muchas oportunidades requieren de otros financiamientos. Aquí, el rol de CONACE Previene en la Comuna es convocar, promover y efectuar la asesoría técnica necesaria para que aquellos grupos interesados en postular cuenten con las herramientas como para llevarlo a cabo, intentando mantener y fortalecer el factor motivador y vinculante.

**CUADRO RESUMEN INSTANCIAS DE ARTICULACIÓN
CONACE PREVIENE EN LA COMUNA**

TIPO INSTANCIA	NOMBRE	CONVOCA	PERIODICIDAD	INTEGRANTES	CONTENIDOS
Equipo Previene	Reunión Jefaturas Equipo	Coord. CONACE Previene en la Comuna	Periódico/Semanal	Coord. Previene, Jefes equipos territorial, educacional/psicosocial y tratamiento e integración	Coordinación y seguimiento metodológico, presupuestario y resguardo cumplimiento de metas.
	Reunión Sub-equipo	Jefe Sub – equipo	Periódico/Semanal	Jefe cada equipo interno con profesionales a cargo	Coordinación y seguimiento, levantamiento información territorial de tipo experiencial y coordinación nuevas alianzas internas.
	Reunión Equipo completo	Coord. CONACE Previene en la Comuna	Quincenal o Mensual, según avances y puntos Críticos	La totalidad equipo CONACE Previene en la Comuna	Coordinación y seguimiento, evaluación asignación de tareas.
Previene/Municipio	Reunión Bilateral	DIDECO	Periódica, Semanal	Dideco, Jefatura programa específico	Gestión Programática; Se tratan temas propios de cada programa y se toman decisiones o ajustes necesarios para problemáticas particulares que se estén desarrollando.
Intersectorial	Reuniones de Jefatura	DIDECO	Quincenal	Dideco y todos los jefes de cada Programa	Coordinación y seguimiento Administrativo específico: seguimiento metas, presupuesto, nudos críticos y tratamiento de los mismos.
	Comités Locales de Salud (Melipilla)	Dirección de Salud Municipal	Quincenal	Dirección de Salud, Servicios de Atención Primaria y Jefes de Programas.	Se convoca a instituciones con personalidad jurídica, servicios de atención primaria entidades vinculadas a programas a nivel local que resulten pertinentes, entre éstos, Previene.
	Mesa Social	DIDECO	Mensual	DIDECO y Directores o jefes de cada Programa que opera a nivel local	Carácter Técnico, Coordinación y Articulación
	Mesa Redes (Pudahuel) (Bilateral o Multilateral)	Interinstitucional	Mensual	Instituciones afines: Previene, VIF de Sernam; OPD, Infancia – Jóvenes Sename; CONACE Previene en la Comuna– Salud, etc.	Carácter Técnico, Coordinación y Articulación de tipo Bilateral o Multilateral autónomo.
	Mesa de Trabajo (Pudahuel) (Bilateral)	CONACE Previene en la Comuna/ algún organismo prioritario Ej.: CONACE Previene	No explicitado	Instituciones afines: CONACE Previene en la Comuna/ VIF de Sernam; CONACE Previene en la Comuna/ OPD, Infancia, Jóvenes Sename;	Carácter Técnico, Coordinación y Articulación de tipo Bilateral y autónomo.

		en la Comuna-Salud		CONACE Previene en la Comuna/Salud, etc.	
	Asociación por Proyecto o Actividad Específica (Melipilla) (Bilateral)	CONACE Previene en la Comuna/ algún organismo prioritario Ej.: CONACE Previene en la Comuna-Salud	Relativo, depende del proyecto o actividad	Instituciones asociadas: Previene/Seguridad Ciudadana Previene/VIF Previene/ OPD Previene/ Organismo Internacional, etc.	Se da en las tres comunas, en términos de Trabajo Compartido; en Peñalolén se reconoce vinculación constante en ese sentido con OPD
	Comisión Comunal	DIDECO - PREVIENE	ANUAL	Dideco, Jefatura programa específico	De carácter más protocolar, limitada incidencia.
Local	Mesas Barriales	CONACE Previene en la Comuna (Peñalolén)	Quincenal	Previene, Juntas de Vecinos y, en algunos casos otros organismos Gubernamentales u ONGs.	Reunión con unidades poblacionales, constituye la bajada al territorio, se desarrolla en sedes sociales. Se definen Agendas de Barrio.
	Mesas de Prevención	CONACE Previene en la Comuna (Pudahuel)	Mensual	Previene, Juntas de Vecinos y, en algunos casos otros organismos Gubernamentales u ONGs.	También tiene carácter barrial, constituye la bajada al territorio, se desarrolla en sedes sociales.
	Mesas Territoriales	CONACE Previene en la Comuna (Melipilla)	Mensual	Previene, Juntas de Vecinos y, en algunos casos otros organismos Gubernamentales u ONGs.	Se desarrollan en Sectores más vulnerables (CONACE Previene en la Comuna reconoce tres) y constituye parte de la Gestión Territorial. También tiene carácter barrial, constituye la bajada al territorio, se desarrolla en sedes sociales y se convoca a la comunidad y sus representantes.

4. PROCESO DE EVALUACIÓN

La principal evaluación que se desarrolla desde el nivel Central y Regional es de tipo *cuantitativo*, esto es, referido al cumplimiento de metas, fechas y presupuestos asignados.

Un proceso equivalente se lleva a efecto por parte del municipio; sin embargo, este último, adicionalmente desarrolla una evaluación en cuanto al *desarrollo de tipo más cualitativo*, esto es, referido al tipo de proyectos y actividades en las que CONACE Previene en la Comuna se vio involucrado y al aporte concreto a la gestión local y de tipo comunitario.

Cabe destacar que, CONACE Previene en la Comuna y CONACE como entidad, cuentan con un indicador de tipo perceptual, que se configura como un *Indicador de Calidad*, en la medida que incorpora los elementos preceptuales emitidos desde el municipio, y aquellos de tipo comunitario. La validez de dicho indicador, está dada en la medida que dichas evaluaciones se incorporan a finales de cada ciclo anual en el proceso de mediación y de las metas a diseñar y comprometer, que eventualmente se traduciría en un incremento de las responsabilidades y atribuciones de CONACE Previene en la Comuna.

Pese a no contar con una *Evaluación de Impacto* del tipo causa – efecto, dada la condición multicausal del fenómeno de la drogadicción, CONACE Previene en la Comuna logra acceder a información significativa para su funcionamiento y que se hace tangible cuando consultamos tanto a los Coordinadores Municipales de Previene, como a los encargados a nivel Municipal, respecto a la *Validez Técnica, Política y Local* que CONACE Previene en la Comuna capitaliza.

Aquí se hace mención a frases tales como: ...“CONACE Previene en la Comuna es el organismo especializado en el tratamiento de las drogas”,... “CONACE Previene en la Comuna es cercano a la gente”,... “Todo el mundo te dice que CONACE Previene en la Comuna es el organismo de Gobierno que ayuda a la gente”, etc. Y que pese a lidiar cotidianamente con la doble dependencia propia del programa, ello no constituye un invalidante en términos político – ideológico, ya que se prioriza por la significancia que adquiere contar con profesionales especializados que aporten concretamente a superar las problemáticas comunales y, entre ellas, la droga.

En cuanto a una evaluación que permita visualizar una agenda de trabajo continua para años siguientes, resulta sumamente relevante que a nivel de diagrama de flujo la salida que está compuesta por la ejecución metodológica y presupuestaria, permite una circularidad, al constituirse en feed – back de un nuevo *Diagnóstico Comunal* y de una nueva *Agenda de trabajo* como veremos más adelante en el presente documento.

V. PRINCIPALES DIFERENCIAS Y SIMILITUDES DE LA IMPLEMENTACIÓN

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA IMPLEMENTACIÓN

La implementación del Programa CONACE Previene en la Comuna tiene su origen en 1999, año en el cual se instala en 55 comunas del país, entre ellas Melipilla, Peñalolén y Pudahuel, el Sistema Comunal de Prevención (SISCOPE) con un fuerte énfasis comunitario y con su administración en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). No obstante, es en el año 2001 cuando se comienza a institucionalizar este programa como CONACE Previene en la Comuna propiamente tal, traspasándose la gestión y administración a los municipios correspondientes. De esta forma, la implementación comunal del programa se entiende como una evolución de la institucionalización de la gestión territorial a nivel comunal.

En el caso de la comuna de Peñalolén, si bien el CONACE Previene en la Comuna se instala en el 2001, es recién en el año 2004 cuando comienza a incorporarse dentro de la gestión técnica municipal, a raíz del compromiso que asume el alcalde electo, don Claudio Orrego, con el desarrollo comunitario de la comuna. Es importante señalar, además, que el coordinador del equipo CONACE Previene en la Comuna se incorpora como profesional en el año 2001, asumiendo como coordinador en el 2003.

En la comuna de Pudahuel, por otro lado, en el año 2001 el CONACE Previene en la Comuna se implementa en coordinación con el programa municipal Seguridad Ciudadana y el programa ministerial Comuna Segura, actualmente Seguridad Pública. Es en el año 2008 cuando se crea formalmente la Unidad de Seguridad y Prevención, instancia que reúne física, estratégica y administrativamente a estas tres entidades. En este caso, la

coordinadora actual del equipo, lleva dos años asumiendo este rol, sin embargo, ha estado a cargo de otros equipos del país desde el 2002.

Finalmente, en el año 2001 se implementa el CONACE Previene en la Comuna como tal en la comuna de Melipilla, en donde a raíz del acceso a recursos técnicos, infraestructura y coordinación con otras entidades y programas, se decide incorporar al programa, física y administrativamente, dentro de la Corporación Municipal, directamente bajo el alero del Departamento de Salud. El coordinador, en este caso, desempeña esta función desde los inicios del programa.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS CATEGORÍAS DE COMPARACIÓN

a) Implementación del programa CONACE Previene en la Comuna

Las categorías se han establecido en función de los procesos y características principales de la instalación del programa en las comunas observadas.

Así, la **Elaboración del Diagnóstico** aparece como el proceso inicial de la instalación y queda referido a los principales énfasis que subyacen en su elaboración anual, ya sea, sólo referido a materia de drogas en la comuna y/o a la identificación de sectores vulnerables incorporando otro tipo de variables sociales.

Si bien existen etapas y procesos estándar en la instalación del programa, para cada comuna se encuentran ciertas diferencias en cuanto a la **Dependencia Institucional** al interior de la comuna, lo cual repercute de alguna manera en los distintos **Énfasis** que asume el equipo de CONACE Previene en la Comuna. En este sentido, resulta interesante dar cuenta de que la instalación del programa dentro de la gestión institucional de la comuna, repercute de cierta manera tanto en los objetivos de implementación como en las actividades desarrolladas, lo cual ciertamente habla de la capacidad de los equipos de plasmar la realidad de sus comunas en el desarrollo de su labor. Todo lo cual se concretiza en el proceso de **Planificación de Metas y Actividades**, en donde se reconocen innovaciones y énfasis para cada comuna, más allá de existir una planificación estandarizada a todos los CONACE Previene en la Comuna.

Posteriormente, en la **Ejecución del Programa**, se distingue por un lado el tipo de **beneficiarios** de las actividades de los equipos, ya sea directa o indirectamente, y además, la forma en que estos llevan a cabo su labor al interior de las comunas, mediante el **aterrizaje de la oferta programática** de CONACE. Proceso que consta de un **Seguimiento y Evaluación** constante a lo largo del año, en donde se incorpora la rendición de cuentas financieras y de gestión, tanto hacia CONACE como hacia las contrapartes institucionales al interior de las comunas.

Finalmente, se ha incorporado la **Percepción general del programa** que se ha manifestado en los actores clave del proceso global (coordinadores y contrapartes municipales), y que permite destacar las principales **fortalezas** y **limitaciones** de la instalación y ejecución de CONACE Previene en la Comuna.

b) Actores Principales

En lo referido a los **Equipos de CONACE Previene en la Comuna**, se establece primeramente una **descripción breve de los equipos**, especificando además, las principales **tareas y roles** que deben llevar a cabo en la instalación del programa, en donde destaca el rol del **coordinador** de los equipos, en función de constituirse en agente articulador de la instalación en las comunas y en representante de los equipos hacia la contraparte municipal y hacia CONACE. Sumado a esto, se incorpora una breve descripción de la manera en que los equipos se **coordinan** para llevar a cabo estas tareas.

A pesar de no contar para este estudio, con información suficiente para indagar en la percepción que existe en la comunidad respecto de la labor de CONACE Previene en la Comuna, a partir de las impresiones de los coordinadores de cada comuna se ha podido establecer si existe la **percepción** de un reconocimiento y/o validación técnica respecto de la labor de los equipos en las comunas en materia de drogas.

Asimismo, se incorporan las percepciones generales respecto de las mayores **necesidades o desafíos** que actualmente tienen los equipos respecto del desarrollo de su labor en las comunas, así como también su

percepción acerca de las principales **fortalezas y limitantes** que han tenido para constituirse, lo cual ciertamente influye en la capacidad técnica y profesional de instalar exitosamente el programa en las comunas.

Con respecto al **Municipio**, se establece en primer lugar los principales **aportes** que entrega a los equipos, ya sea mediante recursos humanos, apoyo en su gestión y también en recursos monetarios efectivos, rasgo que ciertamente constituye la posibilidad real de gestionar mayores actividades y dar mayor alcance a las líneas de acción establecidas desde CONACE. De la misma forma, ligado al apoyo generado desde este actor comunal, se explicita brevemente los procesos programáticos y de gestión en los cuales **interviene** el municipio, así como también las principales **demandas** que establece para los equipos, en términos básicamente, de focalización en ciertos grupos y/o sectores prioritarios para la gestión municipal. Finalmente, se describe brevemente la instancia principal de **coordinación** entre los equipos de CONACE Previene en la Comuna y el aparato municipal.

En relación a la **Comunidad**, en tanto actor fundamental de la ejecución del programa, se hace una descripción breve del **patrón principal de consumo** identificado para cada comuna y se dan indicios respecto de la **concepción de vulnerabilidad** que se maneja en las comunas, en razón de que a partir de esto se han identificado sectores de complejidad para todas las comunas observadas. Por otro lado, al igual que para el Municipio, se establece la comparación entre las comunas respecto de los **procesos** en los cuales interviene, las principales **demandas o requerimientos** a los equipos de CONACE Previene en la Comuna, así como de la forma en que estas demandas se hacen llegar a los equipos (**coordinación con equipo Previene**). Finalmente, se ha establecido la categoría de **particularidades de la implementación del programa**, en donde se incorporan características fundamentales de la instalación en cada comuna.

Respecto a la **Instancia de Coordinación Local (Comisión Comunal u otra)**, se establece principalmente las instancias principales de **coordinación** con los equipos, así como también los principales **procesos** de la instalación y ejecución del programa en los cuales interviene y las principales **demandas** que se generan hacia los equipos de CONACE Previene en la Comuna.

Finalmente, se hace referencia a **Otros Actores Institucionales Relevantes**, visualizándose el trabajo intersectorial que se realiza en el proceso global de instalación y ejecución del programa. En este sentido, hemos considerado describir comparativamente el **aporte** que se ha generado desde otras instituciones hacia la labor del equipo CONACE Previene en la comuna, los **procesos** en los cuales se genera el diálogo y el trabajo entre sectores, y las principales **demandas** que surgen hacia el equipo desde estas otras instituciones colaboradoras. Finalmente se menciona para cada comuna las principales **instituciones** que colaboran en la implementación del programa.

c) Otros Fondos

Por último, se ha hecho referencia a los distintos **fondos** que manejan los equipos de CONACE Previene en la Comuna, y que ejemplifican la capacidad que han tenido los equipos de generar fondos nuevos para su gestión. En este sentido, se trata de fondos que no estarían presentes en todos los CONACE Previene en la Comuna y que son generados desde CONACE y otras instituciones y organismos a través de concursos en gran parte de los casos.

CUADRO COMPARATIVO RESÚMEN

IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA		PUDAHUEL	PEÑALOLÉN	MELIPILLA
Elaboración Diagnóstico		En materia de drogas y seguridad ciudadana	El diagnóstico se hace por sector y no es sólo por prevalencia de consumo, está enfocado a detectar nichos de trabajo por sector (vulnerabilidad).	Es anual y lo exige CONACE. Los instrumentos pueden variar, ellos usan georeferenciación con indicadores sociales de vulnerabilidad (datos que aporta Seguridad Pública y Carabineros)
Énfasis CONACE Previene en la Comuna		Se vincula principalmente a perspectiva de Seguridad Ciudadana	Asume principalmente una perspectiva de tipo comunitario y asociativo, vinculado a prevención universal	Vinculado a Dirección de Salud, por lo que asume el fortalecimiento de los lineamientos de Prevención y Tratamiento. Cuenta con importantes cupos en tratamiento intensivo e internación.
Dependencia Directa de CONACE Previene en la Comuna		DIDECO, Municipalidad de Pudahuel	DIDECO, Municipalidad de Peñalolén	Corporación de Salud, Municipalidad de Melipilla. Adicionalmente hay vínculo directo con el Alcalde.
Planificación Metas y Actividades		Las metas vienen establecidas de CONACE. Ellos pueden agregar actividades para alcanzar esas metas y añadir metas nuevas.	Se plantean prevención selectiva. La planificación estándar es universal, ellos elaboran nuevas metas dirigidas al trabajo focalizado con jóvenes que no poseen factores protectores (no asisten a escuelas por ejemplo). Hay un marco lógico, una base, pero a partir de ahí se innova y focaliza la intervención.	Hay una planificación estándar, ellos innovan en cómo alcanzar las metas, en las actividades operacionales y en los grupos de intervención.

IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA		PUDAHUEL	PEÑALOLÉN	MELIPILLA
Ejecución del programa	Aterrizaje de oferta programática	Diálogos ciudadanos en materia de drogas y seguridad. Capacitación de profesores y monitores. Luego hacen seguimiento de estos monitores y los asesoran técnicamente. El Control lo trabajan a través de carabineros (capacitación) y centro jurídico (coordinan charlas en distintas instancias locales) y hacen seguimiento a algunas denuncias. En Tratamiento siguen curso regular, entrevistar, referir y seguimiento, además existen acciones para motivar a desertores de tratamientos.	Foco en trabajo psicosocial con jóvenes con factores de riesgo y además integración ocupacional. Los programas en colegios son focalizados por sector (nichos detectados en diagnóstico). En tratamiento siguen lo habitual, entrevista, derivar y seguimiento. Informan y asesoran a los familiares que consultan por problemas de drogas de un tercero. En el caso de los colegios municipales, se vinculan a través de la corporación municipal. Para los particulares subvencionados la vinculación se hace con los directores. Para Control siguen procedimiento estándar (informativo, asesoría y coordinación en redes).	Charlas, capacitaciones en ley 20.000. Reuniones con los directores de colegios y juntas de vecinos. En tratamiento siguen lo establecido, entrevistar, referir y hacer seguimiento. Para el tema de las denuncias, lo principal es asesor y habilitar a la gente para que hagan sus denuncias en las entidades correspondientes (carabineros principalmente). También las capacitaciones en ley 20.000.
	Destinatarios directos/indirectos	Trabajan con escuelas y juntas de vecinos. Se focaliza toda la oferta en los sectores vulnerables. Lo laboral se trabaja con funcionarios municipales principalmente. También trabajan con grupos de jóvenes no organizados, capacitaciones en batucadas, teatro, etc. Los encargados de área van a terreno a ofrecer los programas y captar monitores y destinatarios.	Instalan programa de integración ocupacional en personas que están terminando rehabilitación en comunidades terapéuticas (lo adoptan del programa Abriendo Puertas).	Las actividades de prevención educacional se focalizan en algunos colegios.

IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA		PUDAHUEL	PEÑALOLÉN	MELIPILLA
Seguimiento y evaluación		Ingreso de metas y actividades en programa Colabora, se actualiza cada tres meses y ve estado de avance cuantitativo. Lo cualitativo lo entrega el asesor territorial que entrega principalmente asesoría técnica a los equipos. Informe trimestral (técnico y financiero) a CONACE y municipio. Informe de gestión mensual a ambas entidades.	Hay minutas quincenales sobre actividades para el CONACE y municipio (DIDECO). Hay una evaluación política, una formal de rendición de cuentas y una de gestión. A CONACE hay rendición de cuentas cada mes y trimestralmente informes de evaluación de metas y de gestión presupuestaria.	Mensualmente se ingresan actividades a Colabora y trimestralmente las metas. Mensualmente hay reunión con el asesor territorial. Cada tres meses hay informes de finanzas y de metas.
Percepción general del programa	Fortalezas del programa e intervención	Pertenece a Unidad de Seguridad (seguridad pública y seguridad ciudadana). Apoyo desde el alcalde y DIDECO.	Tener metas compartidas con otros programas o instituciones. Estar bien integrados a la gestión municipal. La planificación central se ha flexibilizado, ahora hay más espacio para propuestas locales.	Apoyo municipal que les permite realizar más actividades que las estandarizadas por planificación.
	Debilidades o Limitaciones en el programa	No existe comunidad terapéutica, dificultad en dar respuesta para casos que requieren internación. Se requiere programas que sean selectivos en el tipo de consumo, ahí se da consumo de drogas fuertes y la oferta universal se enfoca en la marihuana. El tema de la contabilidad lleva mucho tiempo. No hay mecanismos de fiscalización estipulados en relación al impacto.	El programa Abriendo Puertas debiera instalarse formalmente en los Previene. Para grupos focalizados de riesgo no hay oferta (jóvenes vulnerables). Más recursos. Mucha demanda de informes y rendiciones, eso quita tiempo, debiera estar en manos del asesor territorial. Programan reuniones a la misma hora.	La politización de las actividades que se da al estar bajo el alero municipal. No existe una respuesta frente al consumo problemático de alcohol. No se ha desarrollado una oferta sistemática en torno a la prevención temprana de carácter comunitario, se trabaja con niños en los colegios, pero no se ha diseñado material para trabajar con ellos a nivel de población. Falta política de recursos humanos, eso genera rotación. Hay que trabajar capital humano (capacitando sistemáticamente por ejemplo).

IMPLMENTACIÓN DEL PROGRAMA			PUDAHUEL	PEÑALOLÉN	MELIPILLA
ACTORES PRINCIPALES	EQUIPO CONACE	Descripción equipos	5 aporta CONACE, 4 el municipio y 2 el fondo especial.	Actualmente son 12 pero se espera llegar a 17 este año.	6 profesionales actualmente.
		Tareas y roles principales	Administración de fondos, rendición de cuentas a CONACE y municipio. Ofrecer programas en terreno, captar monitores, capacitarlos y monitorearlos.	Prevención selectiva en jóvenes con programa psicosocial (fondo especial). Encargados por ámbitos, pero son transversales, se encargan de más de un ámbito. Mucho trabajo comunitario, vinculación y coordinación, relaciones humanas y relaciones políticas (coordinador).	Ofrecer oferta programática en la comunidad organizada. Asesores técnicos en programas (monitores) y en proyectos comunitarios. Vincular la oferta con la comuna. Fiscalizar el trabajo de los fondos concursables (proyectos comunitarios).
		Tareas y roles principales Coordinador CONACE Previene en la Comuna	Asume responsabilidad administrativa, financiera, contable y de coordinación.	Asume responsabilidad administrativa y de coordinación. En términos financieros y contables no se logra explicitar la responsabilidad. Sin embargo, DIDECO asume un rol mucho más activo que en las otras comunas en ese sentido, por lo que se podría presumir que allí se centra.	Asume responsabilidad administrativa y de coordinación, delegando la responsabilidad contable y financiera a cada profesional del equipo, la que luego visa y aprueba.

		Desafíos Concretos que se plantea CONACE Previene en la Comuna	El principal desafío que se proponen es contar con herramientas técnicas y metodológicas que les permita abordar el consumo de alcohol y pasta base. Adicionalmente, esperan la obtención de mayores cupos para Tratamiento de drogadicción de tipo intensivo (internación) y la colaboración para la construcción de un Centro de Rehabilitación que no existe en la zona a la que pertenece la comuna.	En término más inmediato, esperan la incorporación de dos (2) territorialistas más, dado que su instalación física en Lo Hermida ha decantado en la necesidad de fortalecer el equipo destinado a otras zonas de riesgo en la comuna para reinstalar su posicionamiento. Adicionalmente, visualizan la necesidad de mayores cupos en tratamiento.	Al contar con una importante cantidad de cupos de tratamiento y tener un vínculo inmediato con la Dirección de Salud, no manifiestan desafíos en ese sentido. Si reconocen la necesidad de incorporar nuevos fondos y metodologías que permitan abordar la prevención y consumo de alcohol, ya que CONACE en la actualidad no les provee de ello.
		Coordinación al interior del equipo	Cada semana se reúnen para coordinar y resolver temas.	Hay encargados de ámbitos o áreas, se dan reuniones semanales o quincenales. Hay tres énfasis en la coordinación: coordinación territorial, en educación y en tratamiento.	Hay encargados de ámbitos. El coordinador no maneja todo, delega responsabilidades en los encargados.
		Percepción de cercanía con la comunidad	Son el ente encargado del tema drogas en la comuna. La gente en la calle les pide información o acceso a programas.	Hay respeto y validación. No hay desconfianza.	Hay validación, el equipo es reconocido como la institución que trabaja el tema drogas en la comuna. Tener autonomía del municipio fortalece la validación por parte de la comunidad, hay credibilidad. Hay alta convocatoria de gente en las actividades del equipo.
		Fortalezas del equipo	Perfil del coordinador: liderazgo, compromiso, responsabilidad, involucramiento en terreno, manejo de todas las áreas de intervención, manejo municipal. Debe ser empático y estructurado al trabajar. Tener una postura firme frente a las drogas.	Capacidad de gestionar recursos nuevos y sumarse a otras iniciativas que no son CONACE, sino que son parte de la gestión municipal. La capacidad de relacionarse políticamente. Ser innovador y rescatar demandas locales reales. El perfil de los profesionales es relevante: jóvenes comprometidos con el trabajo comunitario. Es importante la coordinación interna del equipo. Importancia de empoderar a los profesionales del equipo, delegar y comprometer.	Autonomía, poder trabajar y planificar con criterios apolíticos (Ej.: el coordinador selecciona a los profesionales). A raíz de una decisión de la directora de salud, ellos trabajan con contrato anual, el departamento de salud financia AFP y previsión. Eso genera muy poca rotación en el equipo. Es un equipo motivado y consolidado, existe capacitación constante. Validarse técnicamente, políticamente y en la comunidad. Manejo político. Liderazgo, innovación, pluralidad, tolerancia.
		Debilidades del equipo	Doble dependencia, no contar con contrato y/o beneficios como funcionarios municipales. Se produce alta rotación en los equipos, se capacita y especializa a los profesionales que luego emigran.	Doble dependencia (aunque eso también genera cierta autonomía porque "cuando todos son los responsables, no hay ni un responsable al final".	

IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA		PUDAHUEL	PEÑALOLÉN	MELIPILLA
MUNICIPIO	Aporte otorgado a Previene	18 millones de pesos añadidos, con eso se contratan monitores comunitarios y educadores. Aporta con secretaria. La acción comunitaria selectiva se hace con fondos municipales. El municipio financia cupos en comunidades terapéuticas.	Respaldo del alcalde. Aporte financiero concreto.	22 millones este año. La prevención selectiva se financia con el aporte municipal. La secretaria y otro profesional los aporta el municipio.

	Procesos en que interviene	Rendición de cuentas a DIDECO. Incorpora población beneficiaria en la planificación de actividades. Permanente coordinación con DIDECO y otros programas.	Se reúnen con otros jefes de programas y DIDECO para coordinar, planificar o tratar temas contingentes. Coordinan actividades puntuales.	Alcalde: Planificación, definir áreas sensibles, población específica de intervención. Directora de Salud es la contraparte técnica, con ella definen áreas y prioridades de intervención.
	Demandas o requerimientos a Previene	De los fondos municipales añadidos, se solicita focalizar en ciertos grupos o sectores.	Trabajar con jóvenes en riesgo. Realizar un trabajo integral entre programas, generar redes de asistencia a la población.	Eventos de difusión. Trabajar con población específica (evangélicos, scout). Capacitar a grupos que postulan a viviendas sociales.
	Coordinación con equipo Previene	Mesa social con DIDECO y todos los programas, tratan contenidos técnicos y de coordinación. Reuniones de jefatura por temas con DIDECO, básicamente para fiscalizar. Reuniones bilaterales con DIDECO.	Son parte de la gestión técnica del municipio. Se coordinan y trabajan en sintonía con otros programas municipales.	Se coordinan a través de la corporación municipal.
COMUNIDAD	Patrón de consumo	Consumo y microtráfico de drogas duras, pasta base.	Consumo es lo más presente.	Pasta base, tráfico y microtráfico (en algunos sectores urbanos principalmente). En sector rural el consumo es de alcohol.
	Concepción de Vulnerabilidad	Hay once sectores de complejidad, presencia de drogas (consumo y tráfico) y pobreza (hacinamiento principalmente). También es relevante el tema de la violencia intrafamiliar.	Hay 23 barrios focalizados, se trabajan por sectores. Vulnerabilidad referida a consumo, pero principalmente a detectar nichos de focalización psicosocial, factores de riesgo. Se insertan en Lo Hermida. Violencia también se incluye (violencia intrafamiliar y violencia por hurtos). La violencia estaría en relación con el consumo de alguna droga.	Se definen sectores a partir del diagnóstico anual. Se incorpora el tema de consumo y tráfico de drogas y además delincuencia y violencia (datos de carabineros y seguridad pública).
	Procesos en que interviene	Demandas espontáneas al equipo. Ejecución de programas al constituirse en monitores. Proyectos comunitarios, fondos para grupos organizados enfocados a la prevención focalizada.	Básicamente a través de demandas de actividades y focos de intervención (jóvenes).	Básicamente en demandas y a través de la convocatoria en actividades.
	Coordinación con equipo Previene	Espontánea en terreno o directamente en el lugar físico donde está la unidad de seguridad comunal.	Es espontánea, se vinculan con jóvenes, juntas de vecinos, directores de escuelas.	Demandas espontáneas.
	Demandas o requerimientos a Previene	Prevenir en Familia, Continuo Preventivo, Charlas del Centro Jurídico y en materia de drogas, asesoría y acompañamiento en tratamiento y denuncias.	Trabajar con jóvenes en riesgo.	Infraestructura, actividades y espacios deportivos, actividades para niños y adulto mayor, etc. Se canalizan al municipio. Charlas de prevención. Capacitación en ley 20.000 y actividades preventivas en colegios y en familias.
	Particularidades de la implementación del programa	Son parte de la Unidad de Seguridad, físicamente se instalan junto a Seguridad Ciudadana y Seguridad Pública. El foco del municipio y de la unidad de seguridad es lo comunitario.	Se instalan en sector vulnerable (Lo Hermida), piden territorialistas para no perder presencia en otros sectores, enfocados principalmente a instalar programas en colegios. También hay énfasis en Salud (Tratamiento) a través de la integración ocupacional y tratamiento psicosocial.	Están instalados física e institucionalmente en la Corporación Municipal, su contraparte es el Departamento de Salud (directora de salud). Se relacionan directamente con educación y salud, eso facilita el acceso a los beneficiarios.

COMISIÓN COMUNAL (INSTANCIA DE COORDINACIÓN LOCAL)	Procesos en que interviene	Planificación y coordinación de actividades.	Planificación de actividades prioritarias.	Se hace un plan de trabajo anual de actividades en conjunto. Las mesas territoriales se reúnen mensualmente. Hay apoyo en actividades paralelas a CONACE Previene en la Comuna y en las actividades planificadas en función de las metas CONACE.
	Demandas o requerimientos a Previene	Básicamente se demandan programas, capacitaciones, charlas, asesoría técnica (proyectos comunitarios). También focalización en sectores y jóvenes.	Acordar temas, focos y actividades relevantes. Apoyo en actividades.	Apoyo en actividades (día de la madre, navidad, etc.). Capacitación a dirigentes en ley 20.000 y mostrar oferta en torno al tratamiento del consumo de drogas en Melipilla.
	Coordinación con equipo Previene	Hay tres mesas de prevención (barriales): sector norte, sur y rural. Asisten dirigentes y representantes de organizaciones locales.	Hay mesas barriales con dirigentes y actores variados, acuerdan agenda de barrio y trabajan sobre ella.	Se relacionan a través de los dispositivos de salud principalmente. También hay tres mesas territoriales definidas por sector a través del diagnóstico anual. Hay coordinación con los comités locales de salud (complemento de los dispositivos de salud primaria).
OTROS ACTORES INSTITUCIONALES O COMUNALES RELEVANTES	Aporte otorgado a Previene	Las mesas institucionales (Ej.: red de jóvenes, de violencia) no funcionan tanto como las mesas de prevención (locales). Datos sobre delitos y seguridad para el diagnóstico anual.	Es más fácil el trabajo con organizaciones sociales que con las instituciones, hay visiones distintas, desconfianzas, competencias y el tema político. Hay actividades que financian en conjunto o existe algún aporte en recursos.	Apoyo en actividades principalmente, trabajo en redes.
	Procesos en que interviene	Con las instituciones hay relación técnica (derivar casos, redes) pero no productiva (trabajo operativo coordinado).	Las instancias son de propuestas y de acordar en conjunto (resolutivas)	Ejecución, a través del trabajo sistemático en redes.
	Demandas o requerimientos a Previene	Para Seguridad Pública capacitan mediadores comunitarios y refieren casos del programa 24 horas (infractores de ley) a la OPD y centros ambulatorios. Básicamente se enfoca en el trabajo en redes.	Más bien es un trabajo en conjunto en función de metas y focos compartidos. Apoyo para actividades puntuales, también hay apoyo en recursos (materiales y técnicos).	Derechos de infancia, violencia intrafamiliar, trabajar en redes y generar instancias informativas para la comunidad.
	Principales instituciones colaboradoras	La encargada de prevención selectiva trabaja con instituciones colaboradoras de SENAME.	Trabajan con OPD, Centro de la Mujer, programas de SENAME, Seguridad Ciudadana.	Trabajan con OPD, con el Centro de la Mujer, programas de salud mental, carabineros, investigaciones y gobernación.

	PUDAHUEL	PEÑALOLÉN	MELIPILLA
OTROS FONDOS	Fondo Especial que se trabaja con jóvenes vulnerables (factores de riesgo) en sectores focalizados de tráfico y microtráfico. Microfondo laboral.	Fondo Especial que focalizan en trabajo psicosocial con jóvenes de Lo Hermida (prevención selectiva en terreno con profesionales especiales para eso). Proyecto EU LAC (CICAD - Unión Europea).	Fondo de Apoyo a la Gestión Municipal (Seguridad Pública Municipal), ejecutan un programa psicosocial focalizado en sectores vulnerables. Fondo Nacional de Desarrollo Regional, focalizado en jóvenes. Fondo Especial dirigido a prevención selectiva. Programa Habilidades para la Vida (JUNAEB) con trabajo en factores psicosociales en niños.

ANÁLISIS COMPARATIVO COMUNAL

Como se manifestó al inicio del presente informe, se reconoce un *Modelo de Intervención Territorial diseñado por CONACE*, que distingue elementos constituyentes y actores, y que otorga lineamientos de implementación que resultan básicos para obtener un apropiado establecimiento a nivel comunal. También se manifestó que en el trabajo cotidiano de los CONACE Previene en la Comuna se ha requerido incorporar algunas adaptaciones, herramientas de trabajo y metodologías que posibiliten un mejor manejo y acercamiento a la realidad local y que, por cierto, ha requerido de una permeabilidad, adaptabilidad y flexibilidad de CONACE Previene en la Comuna y que denominamos "*Modelo Previene en la Comuna a Nivel Territorial*".

Un primer flujograma diseñado, reconoce el Modelo de Intervención definido por CONACE, que da cuenta de la existencia de procesos regulares y genéricos standard: *Diagnóstico, Planificación, Gestión e implementación Comunal y, Proceso de Evaluación*.

Aparece allí, la existencia de una articulación permanente con el *Municipio*, cuya contraparte reconocida institucionalmente pasa a ser *DIDECO* y que, a partir de dicha articulación, se logra una confluencia de información relevante que permite identificar los *Sectores Vulnerables* a nivel comunal y determinar las acciones a seguir, que se formalizan en una *Agenda de Trabajo*, en la cual se establecen objetivos y lineamientos de trabajo a mediano plazo.

Lo anterior se concentra en el proceso de Diagnóstico y Planificación que es donde precisamente se evidencia la primera de las incorporaciones al Modelo General CONACE, referida a la determinante influencia que ejerce en el proceso de instalación territorial el *Perfil* que asume el Municipio en el tratamiento y alcance de la temática de drogas. Manifestamos que ello resulta significativo, dado que en gran medida delimita el accionar de CONACE Previene en la Comuna, define la *focalización* del trabajo a desarrollar y define, a su vez, las *Alianzas e Interlocuciones* necesarias con otros organismos o programas de tipo local o gubernamental.

Otro aporte al Modelo Territorial CONACE, es que, si bien este reconoce la existencia y necesidad de un Mapa de Riesgo y de un Mapa de Recursos, en base a un análisis de factores de exposición (riesgo) y de protección respectivamente, se adiciona como producto implementado en cada uno de los territorios observados la existencia de una *Segmentación, Sectorialización y Operacionalización Territorial* que, como bien explicamos en su momento, subdivide el territorio en sectores geográficos e identitarios caracterizados por un determinado tipo de riesgo y vulnerabilidad social, cuya diferencia y cuantificación comunal pasaremos a explicitar más adelante.

En lo referente a las Instancias de Participación, si bien en el Modelo General CONACE se señala la necesidad de generar instancias de participación de tipo local y comunitario, reconociendo a su vez la intersectorialidad y el vínculo municipal permanente, el aporte del Modelo a Nivel Territorial, es que explicita la existencia y necesidad de Participación y Coordinación no sólo con la localidad, sino también a nivel interno del equipo, con el Municipio y con las entidades vinculadas intersectorialmente en el territorio, lo que a nuestro parecer, constituye un aporte en tanto procedimiento regular a establecer en aquellas comunas en las que podría eventualmente aún no implementarse en términos específicos, pese a ser reconocidas implícitamente en el Modelo General CONACE.

Algo que también se hace evidente como aporte explícito al Modelo General CONACE, es que la doble dependencia propia de CONACE Previene en la Comuna, le hace exigible no sólo la flexibilidad y adaptabilidad al programa, sino que además le obliga a una *Rendición de Gastos* y de tipo *Programático* a CONACE y a la contraparte municipal que corresponda, lo que se hace de modo periódico. Si bien ello resulta un tanto obvio, creemos resulta significativo en la medida que conlleva a procesos de tipo paralelo con ambas instancias.

Al referirnos a las especificidades producidas en cada una de las tres comunas observadas, es relevante manifestar que se hace efectiva la implementación del "*Modelo Previene en la Comuna a Nivel Territorial*" con los aportes ya señalados, que se constituye como Modelo Territorial Genérico en las comunas observadas pero que, sin embargo, se dan particularidades en la instalación y gestión del programa en cada comuna y que responden a distintas miradas y problemáticas a nivel local.

DEPENDENCIA Y PERFIL INSTITUCIONAL

Una de las diferencias más significativas que se puede observar en la instalación del programa en las comunas analizadas, está referida al tipo de dependencia institucional bajo la cual se instala el equipo comunal, lo cual repercute de alguna manera en los distintos énfasis que asume el equipo de CONACE Previene en la Comuna en su intervención y que nos han permitido identificar a lo largo de este estudio la existencia de distintos perfiles de intervención.

En este sentido, al tratarse de un programa que se instala territorialmente y al alero de los municipios, se genera una cierta adaptación de los equipos a las estrategias y necesidades de éstas, en razón de llevar a cabo una intervención coherente e integrada al aparataje institucional de la comuna.

Se reconoce la capacidad de los equipos CONACE Previene en la Comuna de coordinarse y vincularse cooperativamente dentro de la gestión municipal y en relación con los otros programas e instituciones. Así, los tres equipos comunales han logrado generar una adaptabilidad no sólo en las respectivas comunas en función de sus necesidades, sino además en el aparataje institucional, lo cual se plasma en hechos diversos, que van desde el espacio físico donde se ubican los equipos hasta el carácter o énfasis que adopta su intervención.

En este sentido, Pudahuel asume la estrategia municipal de incorporarse en la Unidad de Seguridad, compartiendo un mismo espacio físico con Seguridad Pública y Seguridad Ciudadana, lo cual permite la colaboración en función de una meta y recursos compartidos, optimizándose de esta manera la labor de intervención que lleva a cabo el equipo. Todo ello conduce a la preponderancia de un perfil asociado a seguridad ciudadana en la instalación y gestión del programa.

Por otro lado, Peñalolén se inserta en la gestión municipal, apropiándose de las metas y objetivos municipales, hecho que se concretiza en su instalación física en un sector identificado como de alta complejidad, específicamente en lo referido a la población de jóvenes del sector de Lo Hermida. En este contexto, destaca la priorización de un trabajo preventivo de índole comunitario y asociativo, en donde los procesos y acciones psicosociales de prevención y reparación han cobrado gran significancia para el equipo.

Finalmente, en la comuna de Melipilla, se asume la incorporación física y administrativa dentro de la Corporación Municipal, directamente bajo el alero del Departamento de Salud, hecho que redobla y fortalece los mecanismos de coordinación tanto en lo referido a redes de salud, como también a las redes educacionales y sociales de la comuna. Se enfatiza el trabajo en prevención y tratamiento, optimizando los recursos y accesibilidad a las instancias de salud de la comuna.

Cabe notar, en este último caso, que la generalidad de los programas que se implementan a nivel local de la comuna de Melipilla, operan históricamente bajo el alero y directriz del Departamento de Salud. Según nos han manifestado, ello se produce porque históricamente ha sido una de las instancias más formalizadas y profesionalizadas de la comuna y, por tanto, ha ido incorporando un rol preponderante; como contraparte, DIDECO, en esta comuna se focaliza principalmente en trabajos de tipo asistencialista, focalizados u organizacionales del municipio.

Esta diferencia en la instalación institucional de los equipos comunales, tal como se ha mencionado, influye directamente en la implementación del programa básicamente referido a los énfasis de intervención y a las herramientas de apoyo con que cuentan. En este sentido, y a modo de ejemplo, en el caso de Melipilla, al estar instalados en la Corporación Municipal, se facilita el acceso y colaboración con las redes de educación y salud, lo cual fortalece la labor general de intervención pues la relación con los colegios se hace a través de esta instancia.

La situación contractual de los equipos CONACE Previene en la Comuna, es otro aspecto relevante en términos de mantención y fortalecimiento de recursos humanos especializados. En el caso particular de Melipilla, el estar bajo el alero del Departamento de Salud les permite contar con contratos anuales y acceder a previsión, capacitación y beneficios, ya que se incorporan al concepto de empleados municipales, pese a mantener el carácter de honorarios. Esta característica es significativa en el sentido que la situación contractual fue explicitada en las otras comunas como una de las principales debilidades de los equipos, pues repercute en la rotación constante de los profesionales y la pérdida de un capital acumulado, hecho que no se presenta de la misma manera en la comuna de Melipilla.

Ahora bien, tal como se ha señalado, los diferentes énfasis que se visualizan en cada una de las comunas permiten identificar perfiles de intervención diferentes en la instalación y gestión del programa. No obstante, es importante señalar que los énfasis municipales y de los equipos por ende, tienen relación con la particularidad de cada comuna, en el sentido de que la problemática de drogas se manifiesta de distinta manera y con diferente intensidad.

En el caso de la comuna de Pudahuel, a la cual hemos asociado un perfil ligado a seguridad, en función de constituir la Unidad de Seguridad en la comuna, prevalece un consumo de drogas denominadas “duras”, principalmente de pasta base, además de sectores con presencia importante de microtráfico y alcoholismo juvenil. Cabe manifestar que, en observancia del contenido de las entrevistas efectuadas, al parecer esta es una comuna que presenta una mayor complejidad de consumo en relación a las otras dos comunas observadas y que, por tanto, han debido instaurar un trabajo de mayor riesgo explícito.

Bajo este contexto, en dicha comuna se han identificado 11 sectores de alta complejidad en función de una presencia importante de tráfico y consumo de drogas duras, de la mano con problemáticas añadidas como son la violencia intrafamiliar y el hacinamiento de las viviendas, lo que configura un contexto de difícil y delicado abordaje. En consideración de esta realidad, los entrevistados manifiestan la necesidad de contar con herramientas selectivas y especializadas, no tanto en cuanto a grupos específicos, si no más bien, al tipo de consumo y problemáticas que imperan en esa comuna, dado que, en algunos casos, las herramientas de prevención y tratamiento existentes pasan a ser insuficiente o inoperantes.

Por otro lado, Peñalolén, comuna en la cual identificamos un perfil asociado a la prevención y territorialización, y en donde el trabajo comunitario y psicosocial cobra relevancia, la problemática está referida básicamente a un consumo menos específico. En este contexto, se han identificado 23 barrios y las intervenciones se enfocan principalmente a generar trabajo preventivo y psicosocial en nichos o sectores que presenten factores de riesgo, en donde se releva el tema de la violencia intrafamiliar y la violencia por hurto. En este contexto, incorporándose a la estrategia municipal, el equipo CONACE Previene en la Comuna, ha asignado una preponderancia fundamental al empoderamiento de tipo asociativo y comunitario como forma de trabajo y, es allí donde identifican los denominados *nichos* de intervención, principalmente orientado a población joven con problemáticas particulares. Adicionalmente se hacen cargo de aquellos consumos cuya problemática central se refiere a apoyo emocional y/o afectivo familiar que, en casos identificados, son el motor principal del consumo problemático y, por tanto, serían a su vez el principal factor de protección.

En cuanto a Melipilla, hemos identificado un perfil asociado a salud y prevención; el patrón de consumo de drogas es básicamente de marihuana y pasta base; también se reconoce la existencia de algunos sectores urbanos con presencia de tráfico y microtráfico. En los sectores rurales, los entrevistados manifiestan la prevalencia del consumo de alcohol. Bajo este contexto, se han definido tres sectores de alto riesgo en la comuna, en razón del patrón de consumo, antecedentes delictivos y de violencia. Cabe destacar que estos tres sectores identificados se concentran en áreas urbanas de la comuna y que es allí donde se concentra el mayor esfuerzo, pese a que CONACE Previene en la Comuna se inserta en la generalidad del territorio mediante su trabajo preventivo y de tipo comunitario.

En este caso, al presentarse un patrón de consumo variado y en vistas de su densidad poblacional, el hecho de generarse vinculación directa con el Departamento de Salud constituye un elemento fortalecedor de la gestión de los equipos en cuanto al tratamiento y acceso a rehabilitación; Sin embargo, otra fortaleza de dicho alero es que, en tanto las instancias de salud guardan presencia en la totalidad del territorio, constituyen un facilitador para la visibilización e implementación de CONACE Previene en la Comuna.

Al igual que en Pudahuel, en la comuna de Melipilla se explicitó la necesidad de contar con herramientas para abordar consumos específicos, como es por ejemplo, el tema del alcohol.

ROL COORDINADOR Y ESTILO DE GESTIÓN

En otro ámbito, es importante señalar que a lo largo del estudio se han podido reconocer ciertas diferencias en cuanto a la gestión interna de los equipos comunales. En este sentido, una diferencia que se puede observar tiene relación con los roles de cada coordinador, donde si bien, se reconoce la presencia de un marcado liderazgo,

capacidad de gestión y características que los hacen aparecer semejantes en torno a un perfil definido y que cobra relevancia en la instalación exitosa del programa, existe un rasgo que los diferencia y que tiene relación con la forma de trabajo particular de cada uno.

Se reconoce una labor orientada al trabajo interinstitucional, donde la capacidad de coordinación y gestión cobran relevancia, y en donde los coordinadores asumen la responsabilidad administrativa de los equipos. No obstante, sólo en el caso de la comuna de Pudahuel se explicita una labor de tipo contable permanente, en donde se asume la responsabilidad financiera en su totalidad.

En este contexto, el coordinador no sólo está encargado de la rendición de cuentas del equipo, si no que además asume la responsabilidad de las rendiciones individuales, todo lo cual se liga a características particulares del coordinador y, al parecer, se traduciría en una sobre demanda y/o sobre exigencia del mismo. También se destaca en dicha comuna, la relevancia que tiene para el perfil de Coordinador Comunal de CONACE la capacidad de manejarse técnicamente y de empoderarse en cada uno de los ámbitos, de tal modo estar en capacidad de asumir los distintos roles si así se requiriese, lo que incide y se relaciona con la forma particular de asumir la tarea de conducción y coordinación de los equipos. Como contraparte, en el caso de Melipilla se reconoce la importancia de delegar responsabilidades en los integrantes de los equipos, en donde cada encargado de ámbito se empodere en su labor y asuma las responsabilidades correspondientes, incluyendo aquellas vinculadas a la contabilidad financiera.

Ahora bien, estas diferencias en las formas de coordinación y apropiación de los roles, parece no generar mayor influencia en el proceso general de instalación y gestión del programa, más allá de constituir características propias del trabajo en equipo.

RENDICIÓN ADMINISTRATIVA

Finalmente y tal como se ha señalado anteriormente, la dependencia a nivel municipal y las diferencias que se aprecian al respecto en las comunas, constituyen rasgos distintivos entre las comunas no sólo en su instalación física si no además en la gestión del programa, lo cual pareciera constituir más bien elementos que fortalecen y facilitan la instalación territorial coherente e integrada.

En este contexto, es importante hacer mención a que esta dependencia genera diferencias claras en cuanto a la contraparte oficial de los equipos a nivel municipal, tema que indudablemente repercute en aspectos concretos, como en el caso de Melipilla donde los profesionales poseen contratos anuales en función de decisiones internas del Departamento de Salud, tal como se señaló anteriormente.

A este hecho cabe añadir que, si bien en el proceso de seguimiento y evaluación existen etapas y procesos estipulados y sistemáticos para todos los equipos, que incluyen la rendición de finanzas por un lado, y de avance de metas y actividades por otro (todo lo cual está definido y tiene plazos estandarizados por CONACE), en el caso de la rendición a nivel municipal, está estipulado también que sea DIDECO el actor específico al cual los equipos deben rendir cuentas, lo cual se lleva a efecto tanto en Peñalolén como en Pudahuel. Pero en el caso de la comuna de Melipilla la rendición de cuentas se hace a la directora del Departamento de Salud, en razón de que el programa se ha instalado bajo su alero al interior de la Corporación Municipal.

VI. FLUJOGRAMAS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Con el objeto de graficar el Modelo de Gestión de CONACE Previene en la Comuna y de responder a los requerimientos explicitados en los términos de referencia del presente estudio, nos hemos visto en la necesidad de construir un conjunto de diagramas de flujo. En este sentido, cabe comentar que existe un *“Modelo de Intervención Territorial”* diseñado por CONACE pero que, sin embargo, al intentar identificar el *“Modelo de Gestión Genérico”* aplicado territorialmente, surgen un conjunto de procesos, tareas y vínculos adicionales a los ya estipulados y que complejizan el modelo original.

Por otro lado, pese al reconocimiento de similitudes entre los *“Modelos aplicados a nivel comunal”*, aparecen elementos distintivos en cada una de las comunas observadas, por lo que se han construido flujogramas específicos para cada una de ellas que permitan explicitar dichas particularidades.

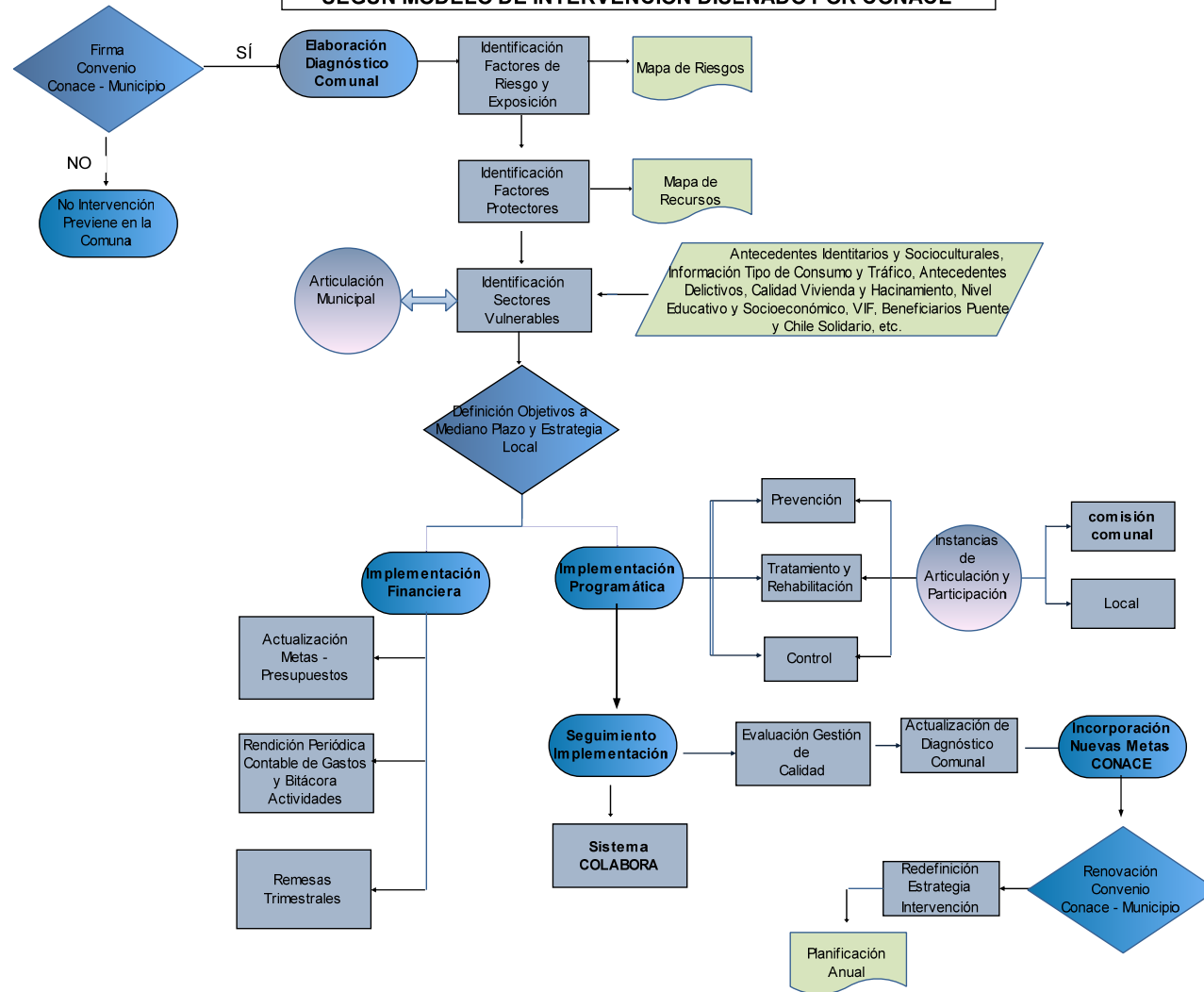
Así descrito, en el Flujograma Genérico aplicado territorialmente aparecen diferencias e incorporaciones respecto del Modelo Genérico diseñado por CONACE; mientras que en cada uno de los flujogramas comunales, devala adaptaciones específicas respecto del Modelo Genérico aplicado territorialmente.

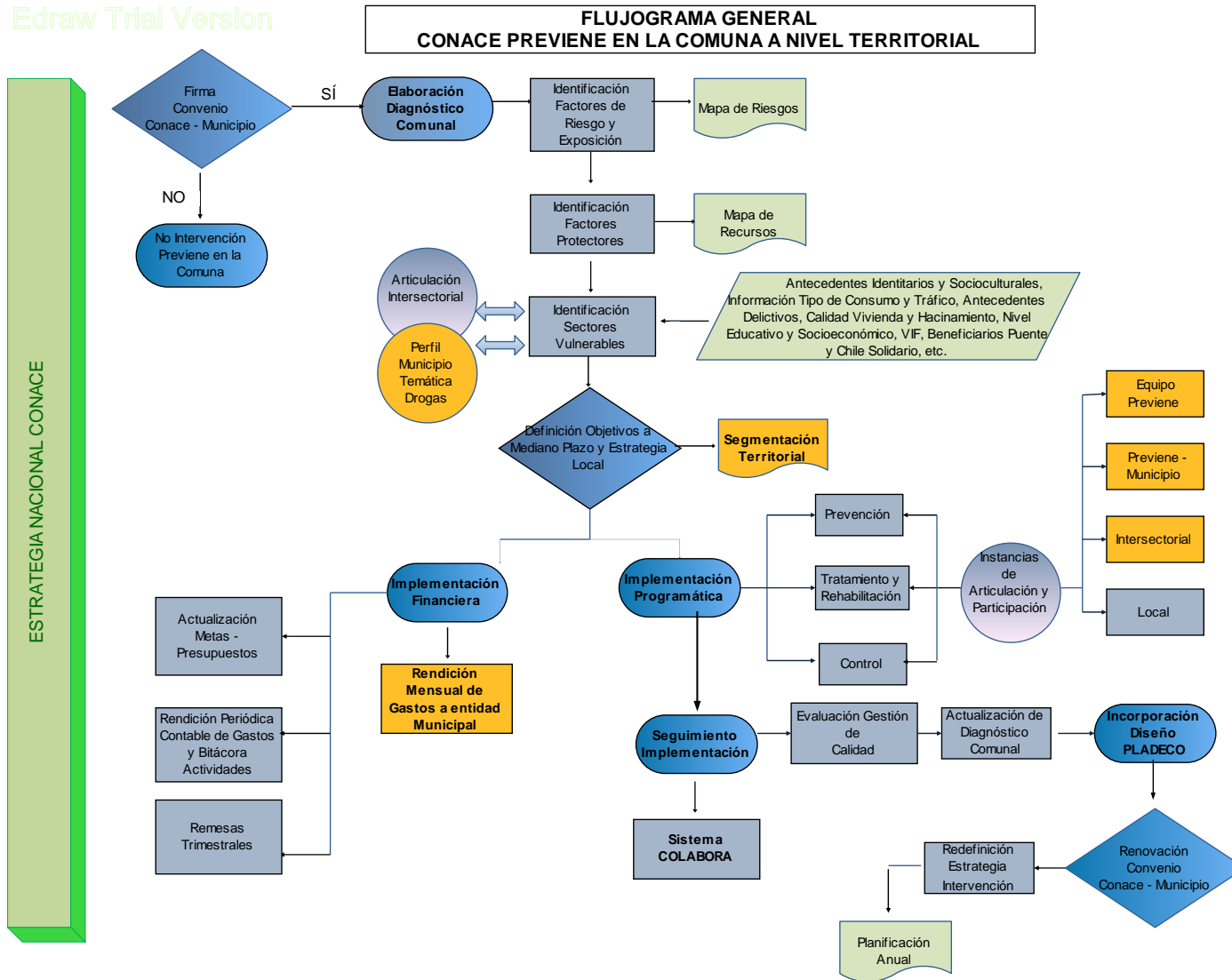
Por último, con el objeto de facilitar la lectura e interpretación de cada uno de los flujogramas, resulta útil mencionar lo siguiente:

- En color azul oscuro, se encuentran los procesos principales y los que conducen a toma de decisiones.
- En azul piedra o azul claro, aquellas tareas y elementos constituyentes de cada uno de los procesos identificados.
- En círculo la conexión con otros procesos relacionados con el proceso principal; o bien, que posibilitan información de apoyo. Cabe destacar que la “Estrategia Nacional CONACE” resulta transversal a todos los procesos.
- En verde, los productos y/o documentos específicos que resultan de un proceso o tarea determinada.
- En naranja, todos aquellos, procesos, tareas, elementos, procesos vinculados e información de apoyo que resultan distintivos de cada modelo de gestión y/o comuna; creemos que el color ayuda a su visibilización.

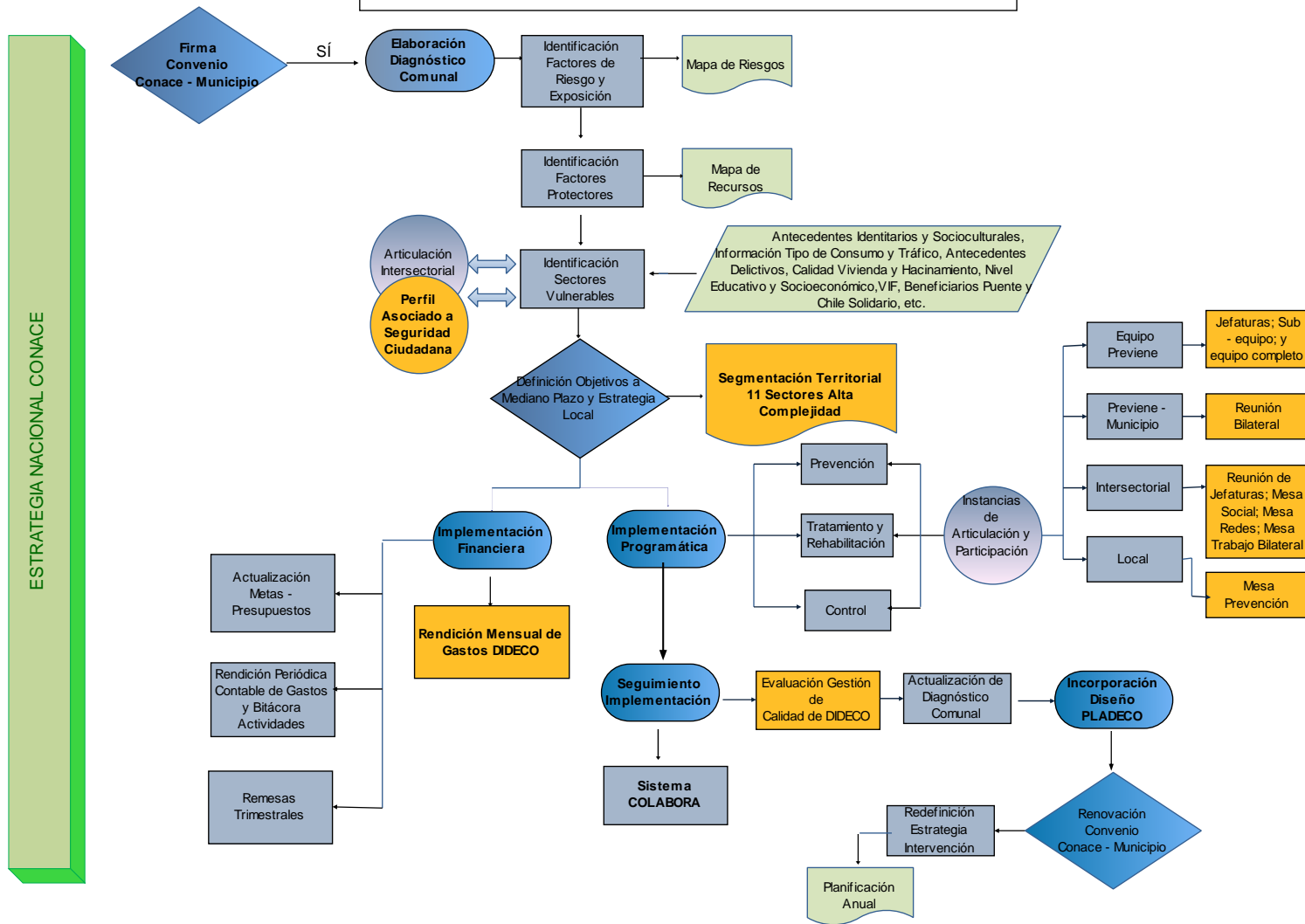
FLUJOGRAMA GENERAL CONACE PREVIENE EN LA COMUNA SEGÚN MODELO DE INTERVENCIÓN DISEÑADO POR CONACE

ESTRATEGIA NACIONAL CONACE

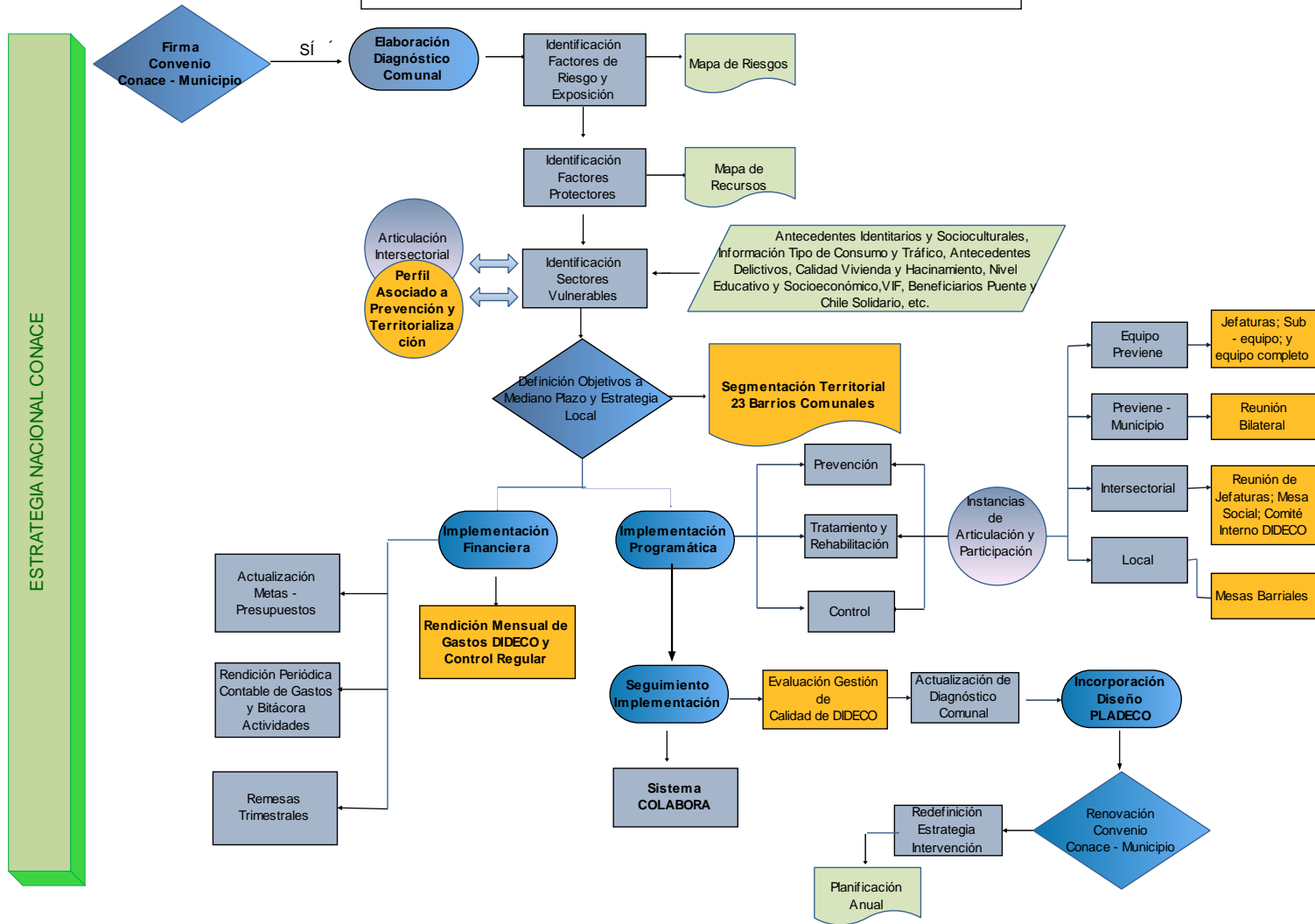




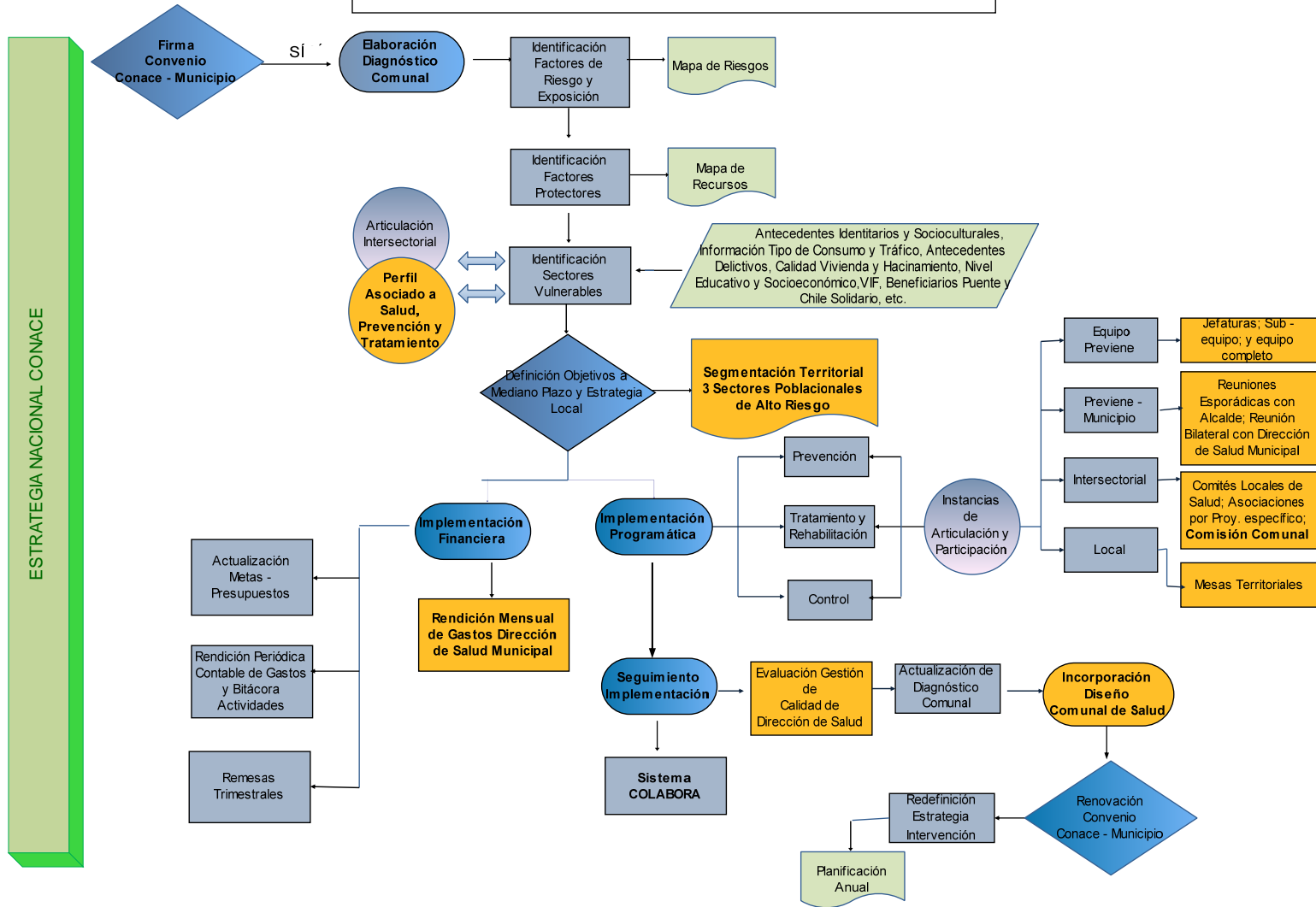
FLUJOGRAMA CONACE PREVIENTE EN LA COMUNA PUDAHUEL



FLUJOGRAMA CONACE PREVIENE EN LA COMUNA PEÑALOLÉN



FLUJOGRAMA CONCAE PREVIENE EN LA COMUNA MELIPILLA



VII. CONCLUSIONES

El presente informe es el resultado de un estudio de casos, de carácter descriptivo y basado en percepciones u observaciones de actores claves, por lo que no podemos desarrollar observaciones concluyentes; sin embargo, pese a la limitante que ello significa, sí estamos en condiciones de destacar los principales elementos que emergieron en el desarrollo del presente estudio y que constituyen factores importantes de destacar, en tanto ellas reflejan fortalezas concretas de la instalación de CONACE Previene en la Comuna o bien, dificultades importantes de develar o posicionar.

A lo largo del presente informe, se ha reconocido la existencia de un Modelo Territorial Genérico en las comunas observadas, el cual presenta ciertos rasgos que lo distinguen del modelo diseñado por CONACE, en razón básicamente del énfasis territorial del programa y de la necesidad de instalarse coherentemente en las comunas y al alero de los aparatos municipales e institucionales.

Cobra relevancia la capacidad de generar una intervención integrada a la realidad local y articular redes de colaboración interinstitucional. No obstante, esta capacidad depende en gran medida de dos actores fundamentales.

Por un lado, tenemos un municipio comprometido y colaborador, que facilita la entrada institucional del programa, y fortalece la incorporación de los equipos en los procesos de gestión y estrategias municipales, lo que se concretiza en las distintas instancias de participación y coordinación, y en la entrega de recursos efectivos a CONACE Previene en la Comuna.

Por otro lado, aparece la figura del Coordinador Comunal, que debe estar capacitado de asumir las responsabilidades de coordinación y administrativas del equipo, y que además, debe ser capaz de relacionarse con las distintas instancias comunales, más allá de que existan diferencias en las visiones, enfoques o ideologías.

En las tres comunas analizadas a lo largo de este estudio, se observó la presencia de un coordinador con alto liderazgo e iniciativa, pero además, incorporados integralmente a la gestión municipal, haciéndose parte del aparataje no sólo en cuanto a gestiones propias del programa, si no además, en cuanto a compartir metas y objetivos y generar compromiso y lealtad con la localidad y las estrategias institucionales presentes.

Este rasgo es fundamental para generar un vínculo con el municipio, ya sea, representado por el alcalde, DIDECO, u otros actores. En este sentido, en las tres contrapartes municipales se pudo observar la validación de los equipos y el reconocimiento de la gestión de los coordinadores. Más aún, al programa se le reconocía como parte de la gestión municipal, más que una iniciativa externa de parte de CONACE.

Los compromisos y lealtades de los equipos CONACE Previene en la Comuna, fortalecen el apoyo municipal y facilitan el trabajo cooperativo con otros programas e instituciones. Los equipos han logrado instalarse en las comunas con un reconocimiento y validación desde el municipio y desde la localidad al constituirse en articuladores de los procesos de intervención y en el ente técnico especializado en la problemática de drogas en cada una de las comunas.

Las tres comunas observadas han sido seleccionadas por constituir experiencias que gozan de una trayectoria significativa en el territorio y que han sido relativamente exitosas en su instalación; Consecuentemente a ello, podemos observar que tanto Melipilla, como Peñalolén y Pudahuel presentan procesos de instalación comunal concordante con las particularidades y necesidades de las respectivas comunas, hecho que no posiciona a una sobre la otra por cuanto están ligadas a una multiplicidad de variables y elementos específicos a sus respectivas comunas, pero sí las define exitosamente por cuanto se ha logrado posicionar el programa y su accionar en la gestión municipal y con pertinencia y adecuación local.

Más allá de las particularidades de la instalación en cada una de ellas, que como hemos visto las hace diferentes en sus énfasis y en algunos elementos constitutivos de los equipos, se podría decir que en las tres se ha desarrollado la instalación territorial efectiva e integral a nivel comunal, lo cual habla ciertamente de un modelo sistémico y que es capaz de adaptarse en función de las particularidades locales.

Sumada a esta observación, es relevante sistematizar los principales elementos que emergieron en el desarrollo de este estudio y que constituyen factores importantes de destacar en cuanto constituyen características concretas de la instalación del programa CONACE Previene en la Comuna.

Inicios de CONACE en Territorio Local

Las tres comunas observadas, cuentan con una permanencia en el territorio mayor a ocho años. Manifiestan que en sus inicios se denominaban SISCOP (Sistema Comunal de Prevención) y se focalizaban en la promoción y gestión de “fondos concursables” de tipo comunitario; sin embargo, en su fase de mayor maduración y aprendizaje, han ido incorporando nuevas ofertas programáticas, herramientas y asimilando un rol de mayor liderazgo e innovación en la intervención de lo local. Si bien la propia trayectoria temporal del CONACE Previene en la Comuna nivel territorial ha permitido el reconocimiento por parte de la comunidad e instancias locales, esta misma trayectoria ha otorgado al CONACE Previene en la Comuna otra de sus principales fortalezas, referida al arraigo del componente comunitario.

Trayectoria de CONACE en el Territorio

Otra característica que destaca tanto el equipo CONACE Previene en la Comuna como la contraparte municipal, se refiere a la continuidad y sistematicidad del trabajo en el territorio, que se destaca en la medida que no sólo generan un trabajo enfocado al levantamiento de necesidades a nivel local, sino que ello se complementa con un acompañamiento continuo a través del tiempo. En algunos casos, las contrapartes municipales entrevistadas destacaron aquello, en la medida que evita el fenómeno del “abandono social” hacia la población concientizada, lo que destacan les diferencia de otros programas de tipo gubernamental que operan en el territorio.

Liderazgo y Compromiso

Importantísimo rol de liderazgo desempeña tanto el alcalde de las comunas observadas, la contraparte municipal y la o el coordinador comunal de CONACE, que se plasma en la capacidad de convocatoria e iniciativa, credibilidad y validación. Ello se traduce en un incremento paulatino, pero sistemático tanto del equipo CONACE Previene en la Comuna, como de los presupuestos municipales asignados. La capacidad de iniciativa y convocatoria propia de las gestiones lideradas en cada una de las tres comunas por parte de los Coordinadores, se traduce adicionalmente en la gestión para la obtención de nuevos fondos; ejemplo de ello se produce en Peñalolén, donde han logrado incorporar fondos provenientes de programas de Naciones Unidas o de la Comunidad Europea.

Adaptabilidad de CONACE Previene en la Comuna:

Destaca la *flexibilidad y adaptabilidad* propia del programa y de los equipos CONACE Previene en la Comuna. Se observa que los equipos CONACE Previene en la Comuna, así como la oferta programática general de CONACE son permeables a los desafíos y demandas municipales y de la comunidad y que por tanto, les permite interactuar de manera sistémica con el territorio.

En la medida que surgen nuevas problemáticas o la necesidad de implementar nuevas formas de acercamiento territorial, el equipo CONACE Previene en la Comuna permite un mejor acercamiento a la población, haciendo parte de su dinámica regular la búsqueda de mecanismos innovadores de acercamiento territorial. En este sentido, cabe destacar que según los entrevistados, CONACE Previene en la Comuna cuenta con una percepción positiva y valoración técnica y humana por parte tanto del municipio como de la comunidad, siendo reconocido por su trayectoria de trabajo como “*el programa de gobierno que trabaja con la gente la problemática de drogas*”, es así como definiríamos esta imagen como uno de los *principales capitales* con que cuenta el CONACE Previene en la Comuna, que claramente se vincula a otros capitales desarrollados por el programa.

Adaptabilidad Institucional de los equipos comunales

Se reconoce la relevancia estratégica que tiene en la instalación integrada y coherente en la comuna el hecho de que los equipos sean capaces de coordinarse y vincularse cooperativamente dentro de la gestión municipal, en este contexto, las tres comunas han logrado generar una adaptabilidad no sólo en las respectivas comunas en función de sus necesidades, sino además en el aparataje institucional, lo cual se plasma en hechos diversos, que van desde el espacio físico donde se ubican los equipos hasta el carácter o énfasis que adopta su intervención.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

En Cuanto a Metodologías de Abordaje

Junto con la ineludible necesidad de mayores fondos que aducen los entrevistados, se incorpora como necesidad de carácter urgente, contar con orientaciones metodológicas y técnicas para abordar el Trabajo Selectivo en cuanto a la prevención y consumo de drogas duras como la *Pasta Base*, ya que reconocen en ello una permanente dificultad y piedra de tope, que les significa distanciarse de la realidad local propia de las zonas de mayor riesgo y vulnerabilidad. Ello se evidencia principalmente en la comuna de Pudahuel y, en menor grado en Melipilla. Dicho consumo, cuya característica es más específica y precoz en poblaciones de menor acceso económico y de tipo sociocultural, instala a CONACE como entidad una necesidad concreta de buscar nuevas alternativas de inserción territorial en dichos ámbitos de consumo y de fortalecer las actividades de prevención.

También se hace mención sistemática a la necesidad de recibir apoyo para un mejor abordaje del consumo de droga lícita, como es el *Consumo de Alcohol*, que si bien se aleja de la misión explícita de CONACE, al constituir un problema emergente y un tanto generalizado entre la población especialmente joven devela la necesidad de un tratamiento más especializado del tema.

Al respecto, cabe manifestar que, según los entrevistados, dicha problemática no deja de ser significativa y que sólo es tratada, por la totalidad de los programas que operan a nivel local, en términos de integración social pero que, carecen de metodologías más específicas, por lo que sienten la necesidad de un mayor apoyo técnico.

En Cuanto a Tratamiento

Los entrevistados de cada una de las tres comunas observadas, hacen ver la necesidad de contar con Centros Especializados de Rehabilitación en las comunas, dada la insuficiencia permanente de cupos de tratamiento intensivo y de planes residenciales. Si bien, es un hecho que no forma parte de las responsabilidades específicas de CONACE, se percibe como una necesidad importante dadas las particularidades y requerimientos de las tres comunas.

A respecto, la Comuna de Pudahuel la posiciona como una necesidad de envergadura, ya que, según explican, existen muy pocos cupos y que éstos se obtienen según zona de pertenencia, (en este caso Zona Poniente de Stgo.) y que está compuesta por varias comunas de alta complejidad social.

En el caso de Peñalolén, se posiciona como un desafío a nivel comunal – municipal y, manifiestan que están viendo el mecanismo que les posibilite la construcción de un Centro Especializado, en el que CONACE se haga parte en términos técnicos.

En el caso de Melipilla, si bien se manifiesta de modo espontáneo la necesidad de un Centro Especializado, afirman que cuentan con una cantidad significativa de cupos, por lo que no representa una necesidad urgente.

En Cuanto a Instancias de Coordinación y Participación

Se denota la necesidad de *asegurar* la existencia de instancias y mecanismos sistemáticos de Coordinación y Participación con la Localidad, a nivel interno del equipo CONACE Previene en la Comuna, con el Municipio, y de tipo Intersectorial en las comunas donde se instaura el programa, dado que se observa que ello, así como su validez, constancia y operatividad resultan fundamentales para la obtención de logros significativos no sólo para CONACE, sino también a nivel comunal.

En Cuanto a Herramientas de Articulación

Un elemento destacable y que presta utilidad práctica es la existencia de una “Sectorialización y Operacionalización Territorial” que subdivide el territorio e identifica aquellos de mayor complejidad. Esta herramienta pasa a ser prioritaria a la hora de definir el carácter de la intervención de CONACE Previene en la Comuna y de las otras entidades operantes en la comuna. Sumado a ello, permite una mejor coordinación, ajustes de agenda y focalización de recursos.

En cuanto a Medición de Impacto

Si bien existe un indicador de tipo perceptual del trabajo desarrollado por CONACE Previene en la Comuna, que se configura como *Indicador de Calidad* y, pese a la multiplicidad de factores que inciden en el NO consumo y Rehabilitación; sería de utilidad incorporar algún mecanismo de evaluación que permita conocer los resultados cualitativos obtenidos de las intervenciones más específicas y que, daría cuenta de los avances obtenidos de la instauración sistemática del programa en cada una de las comunas.

En Cuanto a Política RRHH

Se evidencia la necesidad de reforzar y/o generar algún tipo de política de recursos humanos que fomente la mantención de los profesionales en los equipos comunales y el mejoramiento de las condiciones laborales en los siguientes sentidos:

- Se visualiza la necesidad de reconocimiento de la labor desempeñada y de los logros alcanzados mediante una política de incentivos.
- Dada la importancia que adquiere la profesionalización y actualización, los entrevistados develan la necesidad de generar mecanismos que les permita acceder a mayores y más sistemáticas instancias de capacitación que les posibilite mejorar el abordaje de temáticas emergentes o de mayor especificidad.
- Dada la particularidad de la labor de los equipos CONACE Previene en la Comuna, tanto en términos de horarios de la jornada laboral, como del nivel de exposición, se observa la necesidad de: Instaurar mecanismos compensatorios (ej: días compensatorios) y, acceder a un Seguro de Vida y Accidentes como sí ocurre en labores similares en otros órganos del Estado.
- Los entrevistados manifiestan la necesidad de instaurar una Política de Retención de los Profesionales del equipo CONACE Previene en la Comuna, de modo de mantener y perfeccionar el capital acumulado.
- En términos específicos y operativos, los equipos manifiestan que no existe una *Política de Retención* del trabajo desarrollado e implementado territorialmente con grupos, asociaciones, comunidades o personas específicas, lo que implica que frente a cada nueva rotación de personal, se produce una especie de retroceso en los logros más específicos y cotidianos. Al respecto, en Pudahuel se explicita que ya se ha implementado una especie de rendición semestral y/o anual que permita actualizar los logros y actividades específicas desarrolladas.

En Cuanto a Contabilidad Financiera

Se observa la necesidad de clarificar la labor del coordinador en este aspecto y la capacitación del equipo. Adicionalmente, en el proceso de entrevistas, se evidenció la necesidad de contar con instancias alternativas y de apoyo en los temas contables y de incorporar al Especialista Financiero existente en el Nivel Regional en dicho proceso en términos concretos, dado que se mencionó que su labor se restringe principalmente a seguimiento y fiscalización y no al apoyo técnico propiamente tal, cosa que, según nos manifestaron los entrevistados, sí ocurre en regiones.

Ello cobra significancia, en la medida que los entrevistados le atribuyen una importancia especialmente en relación al tiempo involucrado para llevar a cabo este tipo de funciones y en razón de la doble dependencia institucional.

En cuanto a la Rendición de Gastos y Avances Programáticos

En coherencia con lo anteriormente señalado, referido a la doble dependencia propia de CONACE Previene en la comuna, se manifiesta que, si bien las rendiciones a CONACE y al Municipio tienen diferentes énfasis y objetivos, desde la perspectiva de los entrevistados, sería facilitador el hecho de generar algún mecanismo interinstitucional que facilite la rendición presupuestaria y la actualización programática, evitando las duplicidades.

VIII. REFERENCIAS

Modelo de Intervención Territorial para la Prevención del Consumo y Tráfico de drogas, CONACE.

Informe de Avance. Programas de Prevención CONACE, Panel Evaluador 2009.

Documentos de Planificación Anual 2009, comunas de Peñalolén, Pudahuel y Melipilla.

Convenios actualizados CONACE - Municipios de Peñalolén, Pudahuel y Melipilla.

www.ine.cl (datos Censo 2002 y proyecciones de población)

www.bcn.cl (Mi Comuna en Cifras, información estadística comunal actualizada a 2008)

www.mideplan.cl

www.adimark.cl

www.collect.cl

www.conace.cl

IX. ANEXO: REPORTE GENERAL DE ACTIVIDADES

PLAZOS	METAS	ACTIVIDADES
16 marzo - 23 marzo	Estructuración del estudio y construcción de herramientas	Revisión de documentos entregados por CONACE y del primer informe del Panel Evaluador
		Elaboración de pauta de entrevistas
	Levantamiento de información	Entrevista a Carolina Bruce (CONACE)
		Entrevista a Carlos Arriagada (Coordinador CONACE Previene en la Comuna- Peñalolén)
		Entrevista a Patricia Mardesic (DIDECO - Peñalolén)
		Entrevista a Jazmín Suazo (Coordinadora CONACE Previene en la Comuna- Pudahuel)
		Entrevista a Raquel Cornejo (DIDECO - Pudahuel)
		Entrevista a José Guerra (Coordinador CONACE Previene en la Comuna- Melipilla)
24 marzo - 29 marzo	Análisis de la información	Entrevista a Nelly Madrid (Directora del Departamento de Salud Municipal - Melipilla)
		Entrevista a Mario Gebauer (Alcalde - Melipilla)
		Construcción de matriz comparativa preliminar
30 marzo - 5 abril	Elaboración primer informe	Vaciado de las entrevistas
		Delimitación de categorías de análisis
		Análisis modelo genérico y por comuna
6 abril - 12 abril	Elaboración informe final	Desarrollo de conclusiones y flujogramas
14 abril - 21 abril	Modificaciones finales	Incorporación de observaciones y modificaciones finales

ANEXO 7: POBLACIÓN POTENCIAL y OBJETIVO

La descripción de la matrícula, según tipo de establecimientos, nivel educativo y región se presenta a continuación:

*Población Potencial Componente 2
Matrícula según región, nivel educacional y tipo de dependencia
Año 2005*

Región	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Básica/Media Part.Pagada	Básica/ Media Corporaciones	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Parvularia Part. Pagada	Junji	Integra	Total
I	46.378	60.994	2.528	458	3.614	7.394	501	6.640	2.736	131.243
II	81.181	34.413	9.788		6.310	2.891	1.803	4.618	1.818	142.822
III	47.242	17.719	2.666		4.332	999	870	4.276	1.946	80.050
IV	86.013	60.276	4.809	504	5.726	5.630	1.148	7.662	2.621	174.389
V	170.903	160.890	27.782	5.888	14.759	12.132	4.285	10.661	6.041	413.341
VI	122.737	57.156	9.965	5.035	11.295	5.306	1.371	7.161	2.591	222.617
VII	146.620	67.522	7.285	3.031	11.049	5.144	1.136	8.491	5.294	255.572
VIII	276.951	148.044	17.553	10.874	21.894	13.001	1.926	13.044	8.949	512.236
IX	103.527	108.490	5.504	2.611	7.284	8.114	722	5.344	7.094	248.690
X	165.507	90.442	11.690	350	11.894	8.178	2.674	8.300	6.165	305.200
XI	12.777	10.115		322	921	622		2.286	637	27.680
XII	20.511	9.773	2.630		1.722	785	247	3.133	1.058	39.859
XIII	485.769	751.618	149.603	27.783	43.635	50.637	19.226	10.349	23.617	1.562.237
TOTAL	1.766.116	1.577.452	251.803	56.856	144.435	120.833	35.909	91.965	70.567	4.115.936

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009.

*Población Potencial Componente 2
Matrícula según región, nivel educacional y tipo de dependencia
Año 2006*

Región	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Básica/Media Part.Pagada	Básica/ Media Corporaciones	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Parvularia Part. Pagada	Junji	Integra	Total
I	43.366	65.245	2.692	454	3.581	7.717	655	6.620	2.801	133.131
II	80.258	37.502	9.424		6.541	3.175	1.874	4.681	1.803	145.258
III	45.871	19.338	2.316		4.294	1.456	757	4.123	2.071	80.226
IV	83.380	64.725	4.525	533	6.014	6.687	1.159	8.322	3.081	178.426
V	163.540	166.094	27.559	5.846	14.683	13.352	4.542	11.118	5.942	412.676
VI	118.015	61.107	10.026	4.899	11.136	6.127	1.447	7.171	2.914	222.842
VII	141.416	71.849	7.244	3.129	11.202	6.244	1.150	8.565	6.132	256.931
VIII	266.674	153.958	17.833	10.770	21.878	14.103	2.195	12.150	9.531	509.092
IX	100.108	110.230	5.130	2.681	7.475	8.669	492	5.397	7.149	247.331
X	159.990	94.887	11.527	346	11.912	9.129	2.539	8.375	6.583	305.288
XI	12.188	10.621	330		928	842		2.191	764	27.864
XII	19.910	10.503	2.295		1.757	888	249	3.170	1.101	39.873
XIII	463.923	776.354	147.438	27.605	42.525	58.649	19.041	39.765	24.380	1.599.680
TOTAL	1.698.639	1.642.413	248.339	56.263	143.926	137.038	36.100	121.648	74.252	4.158.618

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009.

Población Potencial Componente 2

Matricula según región, nivel educacional y tipo de dependencia

Año 2007

Región	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Básica/Media Part.Pagada	Básica/ Media Corporaciones	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Parvularia Part. Pagada	Junji	Integra	Total
I	41.095	67.666	2.946	488	3.284	7.692	794	6.560	2.877	133.402
II	78.086	38.345	10.214		6.703	3.548	2.088	4.271	1.757	145.012
III	44.399	20.314	2.349		4.293	1.661	773	3.826	1.877	79.492
IV	79.106	68.699	4.485	532	5.493	7.022	1.120	8.255	3.229	177.941
V	154.616	171.057	26.938	5.676	13.784	15.580	4.199	11.533	5.826	409.209
VI	114.307	63.323	9.660	4.967	10.652	6.768	1.375	7.104	3.377	221.533
VII	135.296	75.378	6.858	3.080	10.568	6.998	1.089	9.160	6.346	254.773
VIII	254.522	162.051	17.224	10.638	20.916	15.806	1.896	11.652	9.516	504.221
IX	95.511	111.151	5.212	2.669	7.331	9.195	579	5.498	7.053	244.199
X	152.995	100.075	12.050	354	11.466	10.329	2.874	8.479	6.972	305.594
XI	11.849	10.602		292	937	929		2.347	664	27.620
XII	19.401	10.767	2.319		1.649	1.008	248	3.023	1.084	39.499
XIII	444.788	781.887	151.171	27.654	39.390	64.412	19.667	38.197	24.334	1.591.500
TOTAL	1.625.971	1.681.315	251.426	56.350	136.466	150.948	36.702	119.905	74.912	4.133.995

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009

Población Potencial Componente 2

Matricula según región, nivel educacional y tipo de dependencia

Año 2008¹⁷³

	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part. Sub	Básica/ Media Part. Pagad	Básica/ Media Corp	Otra/ Municipal	Otra /Part. Pagado	Otra/ Part.Su b.	Ot ra Co rp.	Parv. Mun.	Parvula ria Subv.	Parvula ria Part. Pagada	Junji (2007)	Integra (2000)	Total
II	67.203	32.965	8.209		4.838	318	1.944		6.069	3.914	2.009	4.271	1.757	133.497
III	38.061	16.864	1.528		1.724		2.069		3.977	1.449	740	3.826	1.877	72.115
IV	67.962	57.484	3.430	525	2.626		9.231		4.914	6.882	1.043	8.255	3.229	165.581
V	126.850	147.603	22.176	5.472	8.526	598	16.645		12.012	16.024	3.995	11.533	5.826	377.260
VI	96.229	52.534	8.220	4.984	4.021		6.394		9.425	6.942	1.305	7.104	3.377	200.535
VII	116.218	60.663	5.769	2.972	4.243	103	9.191	75	9.687	7.194	981	9.160	6.346	232.602
VIII	214.664	136.387	14.882	10.593	8.751	461	16.388		19.390	16.335	2.001	11.652	9.516	461.020
IX	80.776	97.613	4.693	2.670	3.083	48	7.522		6.715	9.073	551	5.498	7.053	225.295
X	92.154	56.559	7.288	347	2.859		7.298		7.005	7.418	2.333	8.479	6.972	198.712
XI	9.584	9.216	240	454			1.495		945	905		2.347	664	25.850
XII	16.526	9.250	2.046		1.586	55	641		1.633	968	241	3.023	1.084	37.053
XIII	373.257	657.494	128.418	26.000	27.466	2.712	68.737	46	34.090	64.045	18.198	38.197	24.334	1.462.994
XIV	40.321	29.153	1.952		1.185		2.994		3.511	3.252	541			82.909
XV	17.162	20.884	1.251		1.425		2.035		1.728	3.256	255			47.996
TOT	1.373.186	1.421.507	210.672	54.299	74.291	4.295	156.569	121	122.236	152.168	34.731	119.905	74.912	3.798.892

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009

La descripción de la población potencial según sexo, región y tipo de dependencia de los establecimientos, es la siguiente:

¹⁷³ "Para obtener los datos de población potencial y objetivo año 2008, se asumen datos enviados por MINEDUC a partir de sus bases de datos además se utilizan como referencia los datos JUNJI e INTEGRA 2007 por no encontrarse todavía disponible la información. La información respecto de las matrículas 2008, a partir de la cual se construyen ambas tablas, fueron entregadas por MINEDUC, sin embargo debemos considerar que estas pueden variar ya que los datos 2008 se publicarán en noviembre del año 2009". Fuente: CONACE, 2009

Población Potencial Componente 2
Matrícula de niños y jóvenes por dependencia administrativa según región y sexo
Año 2007

Región	Sexo	Dependencia Administrativa				Corporaciones
		Total	Municipal	Particular Subvencionada	Particular Pagada	
	Total	3.614.762	1.625.971	1.681.315	251.426	56.050
Total	Hombres	1.846.727	833.216	851.072	130.125	32.314
	Mujeres	1.768.035	792.755	830.243	121.301	23.736
I	Total	112.195	41.095	67.666	2.946	488
	Hombres	57.350	21.122	34.333	1.507	388
	Mujeres	54.845	19.973	33.333	1.439	100
II	Total	126.645	78.086	38.345	10.214	0
	Hombres	64.530	39.790	19.413	5.327	0
	Mujeres	62.115	38.296	18.932	4.887	0
III	Total	67.062	44.399	20.314	2.349	0
	Hombres	34.313	23.372	9.756	1.185	0
	Mujeres	32.749	21.027	10.558	1.164	0
IV	Total	152.822	79.106	68.699	4.485	532
	Hombres	78.055	40.970	34.392	2.297	396
	Mujeres	74.767	38.136	34.307	2.188	136
V	Total	358.287	154.616	171.057	26.938	5.676
	Hombres	182.992	78.002	87.034	13.945	4.011
	Mujeres	175.295	76.614	84.023	12.993	1.665
VI	Total	192.257	114.307	63.323	9.660	4.967
	Hombres	98.288	57.395	32.797	4.897	3.199
	Mujeres	93.969	56.912	30.526	4.763	1.768
VII	Total	220.612	135.296	75.378	6.858	3.080
	Hombres	112.823	69.075	38.010	3.478	2.260
	Mujeres	107.789	66.221	37.368	3.380	820
VIII	Total	444.435	254.522	162.051	17.224	10.638
	Hombres	226.547	127.283	84.378	9.053	5.833
	Mujeres	217.888	127.239	77.673	8.171	4.805
IX	Total	214.543	95.511	111.151	5.212	2.669
	Hombres	110.439	48.008	57.429	2.565	2.437
	Mujeres	104.104	47.503	53.722	2.647	232
X	Total	265.474	152.995	100.075	12.050	354
	Hombres	135.945	78.894	50.372	6.396	283
	Mujeres	129.529	74.101	49.703	5.654	71
XI	Total	22.743	11.849	10.602	0	292
	Hombres	11.623	6.129	5.271	0	223
	Mujeres	11.120	5.720	5.331	0	69
XII	Total	32.487	19.401	10.767	2.319	0
	Hombres	16.532	9.912	5.431	1.189	0
	Mujeres	15.955	9.489	5.336	1.130	0
R.M.	Total	1.405.200	444.788	781.887	151.171	27.354
	Hombres	717.290	233.264	392.456	78.286	13.284
	Mujeres	687.910	211.524	389.431	72.885	14.070

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, División de Planificación y Presupuesto, Ministerio de Educación.

Observaciones: Corresponde a los alumnos matriculados al 30 de abril de 2005, según informes de las Secretarías Regionales Ministeriales de Educación. No incluye establecimientos de educación parvularia dependientes de JUNJI e INTEGRA.

POBLACIÓN OBJETIVO

La población objetivo correspondiente a los estudiantes, niño/as y jóvenes que asisten a los establecimientos focalizados, se distribuye de la siguiente manera:

Población Objetivo Componente II Matricula según región, nivel educacional y tipo de dependencia Año 2005

	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Básica/ Media Corporaciones	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Junji	Integra	Total
I	46.378	60.994	458	3.614	7.394	6.640	2.736	128.214
II	81.181	34.413		6.310	2.891	4.618	1.818	131.231
III	47.242	17.719		4.332	999	4.276	1.946	76.514
IV	86.013	60.276	504	5.726	5.630	7.662	2.621	168.432
V	170.903	160.890	5.888	14.759	12.132	10.661	6.041	381.274
VI	122.737	57.156	5.035	11.295	5.306	7.161	2.591	211.281
VII	146.620	67.522	3.031	11.049	5.144	8.491	5.294	247.151
VIII	276.951	148.044	10.874	21.894	13.001	13.044	8.949	492.757
IX	103.527	108.490	2.611	7.284	8.114	5.344	7.094	242.464
X	165.507	90.442	350	11.894	8.178	8.300	6.165	290.836
XI	12.777	10.115	322	921	622	2.286	637	27.680
XII	20.511	9.773		1.722	785	3.133	1.058	36.982
XIII	485.769	751.618	27.783	43.635	50.637	10.349	23.617	1.393.408
TOTAL	1.766.116	1.577.452	56.856	144.435	120.833	91.965	70.567	3.828.224

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009.

Población Objetivo Componente 2 Matricula según región, nivel educacional y tipo de dependencia Año 2006

	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Básica/ Media Corporaciones	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Junji	Integra	Total
I	43.366	65.245	454	3.581	7.717	6.620	2.801	129.784
II	80.258	37.502		6.541	3.175	4.681	1.803	133.960
III	45.871	19.338		4.294	1.456	4.123	2.071	77.153
IV	83.380	64.725	533	6.014	6.687	8.322	3.081	172.742
V	163.540	166.094	5.846	14.683	13.352	11.118	5.942	380.575
VI	118.015	61.107	4.899	11.136	6.127	7.171	2.914	211.369
VII	141.416	71.849	3.129	11.202	6.244	8.565	6.132	248.537
VIII	266.674	153.958	10.770	21.878	14.103	12.150	9.531	489.064
IX	100.108	110.230	2.681	7.475	8.669	5.397	7.149	241.709
X	159.990	94.887	346	11.912	9.129	8.375	6.583	291.222
XI	12.188	10.621		928	842	2.191	764	27.534
XII	19.910	10.503		1.757	888	3.170	1.101	37.329
XIII	463.923	776.354	27.605	42.525	58.649	39.765	24.380	1.433.201
TOTAL	1.698.639	1.642.413	56.263	143.926	137.038	121.648	74.252	3.874.179

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009.

Población Objetivo Componente 2
Matricula según región, nivel educacional y tipo de dependencia. Año 2007

	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Básica/ Media Corporaciones	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Junji	Integra	Total
I	41.095	67.666	488	3.284	7.692	6.560	2.877	129.662
II	78.086	38.345		6.703	3.548	4.271	1.757	132.710
III	44.399	20.314		4.293	1.661	3.826	1.877	76.370
IV	79.106	68.699	532	5.493	7.022	8.255	3.229	172.336
V	154.616	171.057	5.676	13.784	15.580	11.533	5.826	378.072
VI	114.307	63.323	4.967	10.652	6.768	7.104	3.377	210.498
VII	135.296	75.378	3.080	10.568	6.998	9.160	6.346	246.826
VIII	254.522	162.051	10.638	20.916	15.806	11.652	9.516	485.101
IX	95.511	111.151	2.669	7.331	9.195	5.498	7.053	238.408
X	152.995	100.075	354	11.466	10.329	8.479	6.972	290.670
XI	11.849	10.602	292	937	929	2.347	664	27.620
XII	19.401	10.767		1.649	1.008	3.023	1.084	36.932
XIII	444.788	781.887	27.654	39.390	64.412	38.197	24.334	1.420.662
TOTAL	1.625.971	1.681.315	56.350	136.466	150.948	119.905	74.912	3.845.867

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009

Población Objetivo Componente 2
Matricula según región, nivel educacional y tipo de dependencia
Año 2008¹⁷⁴

Región	Básica/ Media Municipal	Básica/ Media Part.Sub	Otra/ unicipal	Otra Part.Sub.	Parvularia Municipal	Parvularia Subv.	Junji (2007)	Integra (2007)	Total
I	16.219	36.838	1.504	3.985	1.135	4.511	6.560	2.877	73.629
II	67.203	32.965	4.838	1.944	6.069	3.914	4.271	1.757	122.961
III	38.061	16.864	1.724	2.069	3.977	1.449	3.826	1.877	69.847
IV	67.962	57.484	2.626	9.231	4.914	6.882	8.255	3.229	160.583
V	126.850	147.603	8.526	16.645	12.012	16.024	11.533	5.826	345.019
VI	96.229	52.534	4.021	6.394	9.425	6.942	7.104	3.377	186.026
VII	116.218	60.663	4.243	9.191	9.687	7.194	9.160	6.346	222.702
VIII	214.664	136.387	8.751	16.388	19.390	16.335	11.652	9.516	433.083
IX	80.776	97.613	3.083	7.522	6.715	9.073	5.498	7.053	217.333
X	92.154	56.559	2.859	7.298	7.005	7.418	8.479	6.972	188.744
XI	9.584	9.216	454	1.495	945	905	2.347	664	25.610
XII	16.526	9.250	1.586	641	1.633	968	3.023	1.084	34.711
XIII	373.257	657.494	27.466	68.737	34.090	64.045	38.197	24.334	1.287.620
XIV	40.321	29.153	1.185	2.994	3.511	3.252			80.416
XV	17.162	20.884	1.425	2.035	1.728	3.256			46.490
TOTAL	1.373.186	1.421.507	74.291	156.569	122.236	152.168	119.905	74.912	3.494.774

Fuente: Estadísticas de la Educación 2007 MINEDUC Noviembre 2008. Referencia: CONACE, 2009

¹⁷⁴ "Para obtener los datos de población potencial y objetivo año 2008, se asumen datos enviados por MINEDUC a partir de sus bases de datos además se utilizan como referencia los datos JUNJI e INTEGRA 2007 por no encontrarse todavía disponible la información. La información respecto de las matrículas 2008, a partir de la cual se construyen ambas tablas, fueron entregadas por MINEDUC, sin embargo debemos considerar que estas pueden variar ya que los datos 2008 se publicarán en noviembre del año 2009". Fuente: CONACE, 2009

POBLACIÓN BENEFICIARIA

Población Beneficiaria Componente Tratamiento y Rehabilitación Año -2008

Distribución por Sexo					
Subcomponente Población General		Subcomponente Población Mujer		Subcomponente Infractores Jóvenes	
Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
5.755	1.372	0	756	3.062	251

Distribución por Edad											
Subcomponente Población General				Subcomponente Población Mujer			Subcomponente Infractores Jóvenes				
Rango Edad	Freq.	Percent	Cum.	Rango Edad	Freq.	Percent	Rango Edad	Freq.	Percent	Cum.	
0-19 ¹⁷⁵	338	4.74	4.74	Mayor 19 años	711	94%	13-16	1222	37%	37%	
20-25	1,721	24.16	28.90				17-19	1961	59%	96%	
26-34	2,445	34.32	63.22				Menor 20 años ¹⁷⁶	45	6%	20-25	130
35-44	1,769	24.83	88.05								
45-64	825	11.58	99.64								
65-99	26	0.36	100.00	Total	756		Total	3313			

Distribución por Región									
Región	Subcomponente Población General			Subcomponente Población Mujer		Subcomponente Infractores Jóvenes			
	Freq.	Percent %	Cum.%	Freq.	Percent %	Freq.	Percent %	Cum.%	
I	305	4.28	4.28	19	3%	119	4%	4%	
II	224	3.14	7.42	37	5%	173	5%	9%	
III	195	2.74	10.16	19	3%	75	2%	11%	
IV	309	4.34	14.49	26	3%	128	4%	15%	
V	637	8.94	23.43	55	7%	283	9%	23%	
VI	156	2.19	25.62	42	6%	217	7%	30%	
VII	280	3.93	29.55	42	6%	218	7%	37%	
VIII	595	8.35	37.90	25	3%	415	13%	49%	
IX	182	2.55	40.45	8	1%	296	9%	58%	
X	223	3.13	43.58	12	2%	158	5%	63%	
XI	76	1.07	44.65	0	0%	51	2%	64%	
XII	79	1.11	45.76	0	0%	40	1%	66%	
XIII	3,828	53.71	99.47	405	54%	1000	30%	96%	
XIV				11	1%	67	2%	98%	
XV	38	0.53	100.00	55	7%	73	2%	100%	
Total	7,127	100.00		756	3%	3313			

Fuente: CONACE

¹⁷⁵ Existen algunos casos de personas menores de 20 años, atendidas los cuales obedecen a situaciones excepcionales.

¹⁷⁶ Existen algunos casos de personas menores de 20 años, atendidas los cuales obedecen a situaciones excepcionales.

**ANEXO 8: Aportes al Componente 5 Comunas según región
Periodo 2005-2008**

Región	Comuna	2005	2006	2007	2008	Total Comuna
Arica Parinacota	Arica	6.500.000	15.000.000	8.000.000	8.000.000	37.500.000
Tarapacá	Alto Hospicio	2.241.011	7.800.000	2.241.011	2.820.911	15.102.933
Tarapacá	Iquique	15.000.000	6.500.000	18.421.812	3.960.000	43.881.812
Tarapacá	Pozo Almonte	6.500.000	2.241.011	7.000.000	9.000.000	24.741.011
Antofagasta	Antofagasta	8.877.600	19.232.704	19.715.848	11.000.000	58.826.152
Antofagasta	Calama	14.000.000	11.350.000	13.000.000	16.856.000	55.206.000
Antofagasta	Mejillones	-	-	-	0	0
Antofagasta	San Pedro de Atacama	-	-	-	0	0
Antofagasta	Tocopilla	3.646.000	2.160.000	3.000.000	6.528.816	15.334.816
Atacama	Caldera	3.600.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	18.600.000
Atacama	Chañaral	-	-	-	8.000.000	8.000.000
Atacama	Copiapó	12.500.000	12.500.000	14.000.000	15.000.000	54.000.000
Atacama	Tierra Amarilla	-	-	-	5.500.000	5.500.000
Atacama	Vallenar	6.000.000	12.000.000	12.763.812	13.000.000	43.763.812
Coquimbo	Coquimbo	9.900.000	9.900.000	9.900.000	9.900.000	39.600.000
Coquimbo	Illapel	4.200.000	5.840.000	8.280.000	13.440.000	31.760.000
Coquimbo	La Serena	8.535.653	8.535.653	8.535.653	9.495.645	35.102.604
Coquimbo	Los Vilos	-	-	-	2.030.000	2.030.000
Coquimbo	Ovalle	3.000.000	3.000.000	4.000.000	3.000.000	13.000.000
Coquimbo	Vicuña	-	-	-	3.500.000	3.500.000
Valparaíso	Cartagena	-	-	-	0	0
Valparaíso	Casablanca	-	-	-	0	0
Valparaíso	Con – Con	-	-	0	1.000.000	1.000.000
Valparaíso	La Calera	0	20.000.000	4.800.000	4.800.000	29.600.000
Valparaíso	La Ligua	-	-	0	1.074.000	1.074.000
Valparaíso	Los Andes	5.000.000	6.500.000	6.575.000	6.790.004	24.865.004
Valparaíso	Quillota	10.000.000	10.000.000	10.000.000	12.500.000	42.500.000
Valparaíso	Quilpué	5.500.000	8.500.000	8.500.000	5.000.000	27.500.000
Valparaíso	Quintero	-	-	-	0	0
Valparaíso	San Antonio	0	2.257.500	7.615.000	5.970.000	15.842.500
Valparaíso	San Felipe	4.000.000	5.600.000	5.600.000	5.603.150	20.803.150
Valparaíso	V. Alemana	3.000.000	3.200.000	3.200.000	5.000.000	14.400.000
Valparaíso	Valparaíso	6.000.000	8.000.000	8.000.000	11.000.000	33.000.000
Valparaíso	Viña del Mar	5.000.000	10.000.000	20.000.000	15.287.184	50.287.184
Valparaíso	Isla de Pascua	-	-	-	-	0
Valparaíso	Limache	2.247.000	4.507.280	-	-	6.754.280
O'Higgins	Chimbarongo	-	-	-	5.000.000	5.000.000
O'Higgins	Rancagua	2.884.000	6.981.340	7.200.000	7.000.000	24.065.340
O'Higgins	Rengo	0	3.000.000	3.380.000	3.999.993	10.379.993
O'Higgins	Requinoa	-	-	-	1.700.000	1.700.000
O'Higgins	San Fernando	4.576.000	5.389.600	5.989.600	4.133.880	20.089.080
O'Higgins	San Vicente	-	-	0	10.500.000	10.500.000
O'Higgins	Santa Cruz	-	-	-	0	0
O'Higgins	Machalí	1.800.000	128.000	-	-	1.928.000
Maule	Cauquenes	4.200.000	8.279.760	10.119.324	10.256.868	32.855.952
Maule	Constitución	8.500.000	9.175.000	10.680.000	10.680.000	39.035.000
Maule	Curicó	6.971.000	7.458.316	7.831.232	8.000.000	30.260.548
Maule	Linares	23.725.664	23.915.012	24.164.658	26.650.364	98.455.698

Región	Comuna	2005	2006	2007	2008	Total Comuna
Maule	Molina	-	S/I	5.000.000	6.000.000	11.000.000
Maule	Parral	-	-	-	1.440.000	1.440.000
Maule	San Clemente	-	-	1.240.000	2.000.000	3.240.000
Maule	San Javier	-	-	1.815.000	14.858.000	16.673.000
Maule	Talca	9.237.516	10.000.000	12.000.000	12.884.192	44.121.708
Maule	Teno	-	-	-	7.000.000	7.000.000
Bío-Bío	Arauco	-	-	-	3.229.460	3.229.460
Bío-Bío	Bulnes	-	-	-	1.964.536	1.964.536
Bío-Bío	Cañete	-	-	-	5.025.226	5.025.226
Bío-Bío	Chiguayante	7.100.000	4.510.000	8.100.000	9.650.000	29.360.000
Bío-Bío	Chillán	9.055.492	10.000.000	9.800.000	10.500.000	39.355.492
Bío-Bío	Chillán Viejo	-	-	-	3.984.992	3.984.992
Bío-Bío	Concepción	6.825.000	8.000.000	8.000.000	8.227.952	31.052.952
Bío-Bío	Coronel	5.000.000	6.000.000	6.000.000	6.000.000	23.000.000
Bío-Bío	Curanilahue	5.000.000	5.500.000	6.500.000	6.800.000	23.800.000
Bío-Bío	Hualpén	3.500.000	11.360.000	14.016.449	17.243.837	46.120.286
Bío-Bío	Lebu	-	-	1.000.000	2.000.000	3.000.000
Bío-Bío	Los Angeles	6.825.000	7.300.000	7.300.000	7.300.000	28.725.000
Bío-Bío	Lota	11.060.000	S/I	13.000.000	14.000.000	38.060.000
Bío-Bío	Mulchén	-	-	-	1.510.000	1.510.000
Bío-Bío	Nacimiento	-	-	-	3.570.820	3.570.820
Bío-Bío	Penco	3.000.000	4.500.000	4.492.000	5.730.538	17.722.538
Bío-Bío	San Carlos	18.000.000	18.000.000	18.000.000	18.008.740	72.008.740
Bío-Bío	San Pedro	8.700.000	9.857.000	9.940.319	12.864.800	41.362.119
Bío-Bío	Talcahuano	3.874.000	15.298.000	12.637.000	16.000.000	47.809.000
Bío-Bío	Tomé	5.530.000	9.076.352	10.213.152	10.867.152	35.686.656
Araucanía	Angol	2.100.000	3.000.000	4.000.000	4.000.000	13.100.000
Araucanía	Collipulli	-	-	-	0	0
Araucanía	Lautaro	-	-	-	0	0
Araucanía	Loncoche	-	-	-	0	0
Araucanía	N. Imperial	-	-	0	2.142.000	2.142.000
Araucanía	P. de las Casas	0	1.800.000	2.240.000	5.400.000	9.440.000
Araucanía	Pucón	3.780.000	4.280.000	5.000.000	5.000.000	18.060.000
Araucanía	Temuco	19.738.800	13.737.600	14.737.600	14.560.000	62.774.000
Araucanía	Victoria	-	0	2.800.000	4.648.000	7.448.000
Araucanía	Villarrica	4.140.000	4.158.820	2.880.000	4.300.000	15.478.820
Los Ríos	La Unión	-	-	3.500.000	5.000.000	8.500.000
Los Ríos	Valdivia	10.000.000	13.000.000	13.000.000	14.200.000	50.200.000
Los Lagos	Ancud	7.000.000	7.500.000	8.500.000	8.651.000	31.651.000
Los Lagos	Calbuco	-	-	-	4.500.000	4.500.000
Los Lagos	Castro	3.500.000	11.000.000	17.201.700	14.500.000	46.201.700
Los Lagos	Osorno	3.800.000	12.180.000	13.000.000	13.500.000	42.480.000
Los Lagos	Puerto Montt	12.000.000	S/I	15.000.000	17.800.000	44.800.000
Los Lagos	Puerto Varas	-	-	-	4.500.000	4.500.000
Los Lagos	Purranque	-	-	-	4.500.000	4.500.000
Los Lagos	Quellón	-	S/I	6.000.000	8.600.000	14.600.000
Aysén	Aysén	-	-	-	9.471.880	9.471.880
Aysén	Coyhaique	6.000.000	7.000.000	8.000.000	10.201.000	31.201.000
Magallanes	Puerto Natales	-	-	-	0	0
Magallanes	Punta Arenas	18.286.836	19.502.115	22.269.075	27.163.028	87.221.054
Metrop.	Buín	4.000.000	4.000.000	5.000.000	5.000.000	18.000.000

Región	Comuna	2005	2006	2007	2008	Total Comuna
Metrop.	Cerrillos	6.240.000	4.240.000	1.500.000	1.500.000	13.480.000
Metrop.	Cerro Navia	3.600.000	7.190.000	8.000.000	11.890.000	30.680.000
Metrop.	Colina	2.200.000	2.400.000	3.500.000	4.800.000	12.900.000
Metrop.	Conchalí	2.500.000	3.000.000	2.100.000	3.557.128	11.157.128
Metrop.	Curacaví	-	-	-	2.860.000	2.860.000
Metrop.	El Bosque	5.500.000	31.840.000	5.580.000	5.900.000	48.820.000
Metrop.	El Monte	-	-	2.000.000	1.800.000	3.800.000
Metrop.	Estación Central	-	-	2.500.000	2.500.000	5.000.000
Metrop.	Huechuraba	20.000.000	20.000.000	25.000.000	25.000.000	90.000.000
Metrop.	Independencia	4.000.000	6.000.000	6.500.000	8.000.000	24.500.000
Metrop.	Isla de Maipo	-	-	-	1.920.000	1.920.000
Metrop.	La Cisterna	7.200.000	7.380.000	7.970.400	9.120.000	31.670.400
Metrop.	La Florida	10.000.000	S/I	10.000.000	12.695.676	32.695.676
Metrop.	La Granja	5.094.096	S/I	7.500.000	22.189.876	34.783.972
Metrop.	La Pintana	2.783.630	3.444.000	0	3.979.004	10.206.634
Metrop.	La Reina	5.200.000	6.000.000	3.800.000	7.269.200	22.269.200
Metrop.	Lampa	1.200.000	4.000.000	5.000.000	7.000.000	17.200.000
Metrop.	Las Condes	-	-	-	1.470.000	1.470.000
Metrop.	Lo Barnechea	40.000.000	S/I	40.000.000	81.842.675	161.842.675
Metrop.	Lo Espejo	20.000.000	20.000.000	18.400.000	17.000.000	75.400.000
Metrop.	Lo Prado	5.200.000	7.000.000	7.000.000	4.452.000	23.652.000
Metrop.	Macul	4.500.000	6.014.000	6.150.000	6.617.636	23.281.636
Metrop.	Maipú	23.000.000	S/I	23.000.000	23.000.000	69.000.000
Metrop.	Melipilla	12.000.000	12.000.000	15.000.000	30.000.000	69.000.000
Metrop.	Nuñoa	2.500.000	5.000.000	7.000.000	5.000.000	19.500.000
Metrop.	P.A.C.	7.038.360	S/I	7.280.000	8.000.000	22.318.360
Metrop.	Padre Hurtado	-	S/I	2.520.000	2.400.000	4.920.000
Metrop.	Paine	-	-	0	5.700.000	5.700.000
Metrop.	Peñaflor	5.000.000	S/I	5.000.000	5.000.000	15.000.000
Metrop.	Peñalolén	9.960.000	4.560.000	4.500.000	14.400.000	33.420.000
Metrop.	Providencia	-	-	-	3.000.000	3.000.000
Metrop.	Pudahuel	20.948.000	21.047.000	21.410.000	31.214.848	94.619.848
Metrop.	Puente Alto	11.705.880	14.190.000	15.938.830	17.890.812	59.725.522
Metrop.	Quilicura	6.000.000	10.000.000	10.000.000	15.000.000	41.000.000
Metrop.	Quinta Normal	3.184.000	S/I	7.500.000	9.402.980	20.086.980
Metrop.	Recoleta	6.000.000	6.162.000	7.333.332	16.344.588	35.839.920
Metrop.	Renca	10.000.000	S/I	15.000.000	17.000.000	42.000.000
Metrop.	San Bernardo	12.000.000	12.000.000	14.447.600	14.477.620	52.925.220
Metrop.	San Joaquín	5.000.000	S/I	5.000.000	5.000.000	15.000.000
Metrop.	San Miguel	4.000.000	6.000.000	6.000.000	8.000.000	24.000.000
Metrop.	San Ramón	3.000.000	S/I	4.000.000	4.600.000	11.600.000
Metrop.	Santiago	-	-	-	10.761.156	10.761.156
Metrop.	Talagante	1.500.000	5.000.000	5.000.000	5.000.000	16.500.000
Metrop.	Vitacura	-	-	-	0	0
	Total Aporte Municipal	683.010.538	708.978.063	908.125.407	1.198.829.167	3.498.943.175
	Total CONACE	2.578.200.000	2.680.830.830	2.930.558.980	3.550.226.186	11.739.815.996
	% Municipio sobre Aporte CONACE	26,49%	26,45%	30,99%	33,77%	29,80%
		93	97	106	140	
	Casilla en Amarillo no tienen PREVIENE para ese año.					

Fuente: CONACE

ANEXO 9

MEDICIÓN DE LA DEPENDENCIA A DROGAS

DE ACUERDO A CRITERIOS DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DÉCIMA VERSIÓN, CIE 10

Dependencia es la presencia de 3 o más de los siguientes 6 criterios, enumerados en la tabla. Cuando un criterio corresponde a más de una pregunta del Estudio CONACE, debe darse por cumplido el criterio con la respuesta positiva a cualquiera de las dos preguntas formuladas.

Las preguntas deben ser formuladas a aquellas personas que han hecho uso de drogas en los últimos 12 meses.

	Criterios CIE-10	Preguntas en Cuestionario CONACE
1	Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir	1) Has sentido un deseo tan grande de usar drogas, que no pudo resistir o pensar en nada mas.
2	Disminución de la capacidad para controlar el consumo (en el comienzo, el término o la cantidad a consumir)	2) Ha consumido drogas a pesar de que tenía la intención de no hacerlo 3) Ha terminado consumiendo drogas en mayores cantidades de lo que Ud. pensó.
3	Síndrome de Abstinencia: síntomas somáticos de abstinencia.	4) Alguna vez usó drogas para eliminar problemas como éstos (tarjeta) o para evitar que se presentaran. 5) Y ha presentado problemas como éstos (misma tarjeta anterior) cuando suspendía o disminuía el consumo de drogas.
4	Presencia de Tolerancia	6) Ha observado que para obtener el mismo efecto con drogas, ha consumido mayor cantidad que antes. 7) Ha notado que la misma cantidad de drogas tiene menos efectos en Ud. que antes.
5	Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversión, o aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.	8) Ha dejado de hacer actividades de diversión o actividades que a Ud. le gustan, por el consumo de drogas. 9) Pasa más tiempo que antes para recuperarse de las drogas.
6	Persistencia en el consumo de la sustancia, a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales	10) Ha continuado consumiendo drogas a pesar de que le ocasione problemas de salud física, emocionales o nerviosos.

Fuente: CONACE, 2009

MEDICIÓN DEL ABUSO A DROGAS
DE ACUERDO A CRITERIOS DE DSM IV, 1994

Abuso es la presencia de 1 o más de los siguientes 4 criterios, enumerados en la tabla. Cuando un criterio corresponde a más de una pregunta del Estudio CONACE, debe darse por cumplido el criterio con la respuesta positiva a cualquiera de las dos preguntas formuladas.

Las preguntas deben ser formuladas a aquellas personas que han hecho uso de drogas en los últimos 12 meses

	Criterios DSM IV	Preguntas en Cuestionario CONACE
1	Uso recurrente de la sustancia, con el consiguiente fracaso en obligaciones laborales, escolares o domésticas.	1) Ha tenido algún problema serio en la casa, en el trabajo o donde estudia a causa del consumo de drogas. Como descuidar a los niños, faltar al trabajo o a clases, bajar su rendimiento en el trabajo o en el estudio, o perder el empleo.
2	Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las cuales es físicamente peligroso.	2) Le ha sucedido que a causa del consumo de drogas se haya expuesto a algún peligro contra su integridad física. Digamos ha estado a punto de chocar en auto o de sufrir cualquier otra clase de accidente.
3	Problemas legales recurrentes como consecuencia del uso de sustancias.	3) Ha hecho algo bajo los efectos de las drogas que pudiera causarle problemas con la autoridad pública o con la ley. Como conducir vehículos en ese estado, rayar paredes, destruir equipamiento público, molestar a los vecinos, robar o algo parecido.
4	Uso continuo de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales, provocados o exacerbados por la sustancia.	4) Ha tenido algún problema con la familia o los amigos a causa del consumo de drogas, Como un disgusto o discusión seria que haya resentido esa relación. 5) Se ha visto envuelto en alguna pelea a golpes o ha agredido a alguien bajo los efectos de la marihuana.

Fuente: CONACE, 2009