



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

**PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE
PROYECTOS GUBERNAMENTALES
2001**

**INFORME FINAL
TOMO III**



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

**PROGRAMA PREVENCIÓN
AL CONSUMO DE DROGAS
(PREV. DROGAS)**

**MINISTERIO DEL INTERIOR
MINISTERIO DE SALUD
MINISTERIO DE EDUCACIÓN**

JUNIO 2001

SÍNTESIS EJECUTIVA

PROGRAMA PREVENCIÓN AL
CONSUMO DE DROGAS

ELABORADA POR LA DIRECCIÓN DE
PRESUPUESTOS

JUNIO 2001

**SÍNTESIS EJECUTIVA – Nº 14 –
PROGRAMA DE PREVENCIÓN AL CONSUMO DE DROGAS
CONACE – MINISTERIO DEL INTERIOR,
MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y MINISTERIO DE SALUD**

PRESUPUESTO 2001: \$13.240 millones

1. Descripción del Programa

1.1 Fin

Contribuir a elevar la calidad de vida de los chilenos evitando, retardando y disminuyendo el consumo de drogas en el ámbito individual, familiar y social.

1.2 Propósito

Prevenir el consumo de drogas a través de acciones destinadas a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que afectan el consumo de drogas, realizadas en conjunto por el Estado y la comunidad organizada.

1.3 Población Objetivo

En los aspectos preventivos del programa, la población objetivo es toda la población del país, focalizada en los jóvenes entre 13 y 29 años escolarizados y no escolarizados. Esta población sería de 2.4 millones de jóvenes, de los cuales 750 mil habitan en comunas clasificadas por CONACE como de altos índices de consumo de drogas.

La población objetivo del componente prevención escolar corresponde a los alumnos, padres y profesores de todos los establecimientos educacionales del país, incluyendo municipales, particulares subvencionados y particular pagados. El año 2000 la matrícula total básica y media fue de 3.4 millones de alumnos.

En cuanto al componente de rehabilitación y tratamiento, la población con problemas de dependencia de drogas es estimada por el MINSAL en 68.8 mil personas. De este total el programa ha definido como población objetivo un 30%, es decir 20.6 mil personas.

1.4 Población Beneficiaria

En su conjunto los componentes que financian proyectos de prevención (prevención comunitaria, prevención escolar y rehabilitación y tratamiento) han aumentado el número de beneficiarios efectivos en un 310% durante el periodo 1997-2000, pasando de 293 mil personas a 1.3 millones de personas.

Debido a la naturaleza de los componentes: sistema nacional de información sobre drogas (SISNID), sensibilización e información a la población, planes comunales de prevención y sistema de orientación e información al público, no es posible cuantificar los beneficiarios efectivos para cada uno.

1.5 Descripción General del Diseño del Programa

El Programa es parte de la "Política y el Plan General de Prevención y Control de Drogas" y como tal se circunscribe dentro de los objetivos generales de dicha política, es articulado a través de CONACE y ejecutado por diversos agentes públicos y privados, entre los que destacan el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, Municipios, organizaciones sociales y ONGs.

Los componentes del programa son los siguientes:

Componente 1: Sistema Nacional de Información sobre Drogas (SISNID).

Consiste en estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas a nivel nacional, regional y local, que son encargados y financiados por la Secretaría Ejecutiva de CONACE. Los resultados de estos estudios son utilizados para mantener un diagnóstico actualizado del problema, a nivel global y en poblaciones específicas, lo cual permite una mejor focalización de las acciones del programa.

Componente 2. Sensibilización e información a la población respecto a los riesgos del uso de drogas.

Está a cargo de la Secretaría Ejecutiva CONACE y consiste en el diseño, contratación y evaluación de campañas a través de los medios de comunicación masivos. Adicionalmente se realizan acciones de información al público y grupos de reflexión con empresarios y otros actores sociales.

Componente 3. Programas de prevención comunitaria.

Consiste en fondos que CONACE traspasa a organizaciones sociales y ONGs para ejecutar proyectos de prevención en el ámbito comunitario, incluyendo iniciativas de difusión e información, formación de agentes comunitarios, desarrollo de actitudes positivas y recuperación de espacios públicos.

Hasta 1999 este componente utilizó la modalidad de fondo concursable. En el año 2000 se cambia a la modalidad de licitación servicios locales de promoción proporcionados por ONGs, las que se encargan de apoyar a las organizaciones comunitarias en la realización de los proyectos.

El año 2000 se licitaron 28 servicios de promoción local. Una vez adjudicado el servicio a una ONG, se traspasan los recursos mediante un convenio que contempla pagos parciales contra rendición de la cuota anterior.

Componente 4. Programas de prevención en el ámbito de educacional.

Consiste en proyectos diseñados y ejecutados por Mineduc en las escuelas del país, los cuales son financiados con aportes de CONACE y con fondos sectoriales.

Han existido distintos mecanismos para el traspaso de recursos desde CONACE a MINEDUC. En 1998 se estableció un fondo concursable para proyectos en el ámbito educacional financiado con recursos de CONACE. En 1999 se estableció la modalidad de convenios que se aplica hasta la actualidad. Mediante estos convenios, el Ministerio del Interior traspasa recursos a la División de Educación General de MINEDUC y luego internamente estos fondos son transferidos al Departamento Extraescolar y Programas Formativos Complementarios. Desde ahí son traspasados a los establecimientos educacionales, en parcialidades que van de acuerdo al tipo de proyecto,

Componente 5. Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas.

La ejecución de este componente está a cargo del MINSAL y es financiado con recursos de CONACE. Los recursos se transfieren a consultorios, comunidades terapéuticas y ONGs, mediante tres modalidades: fondo concursable, asignación directa y convenios con la Subsecretaría de Salud para la contratación de horas profesionales especializados en prevención en los Servicios de Salud y en los establecimientos de atención primaria.

Componente 6. Planes comunales de prevención del consumo de drogas.

Este componente está a cargo de la Secretaría Ejecutiva de CONACE y consiste en apoyo técnico y financiero a los municipios para la elaboración de planes comunales de prevención del consumo de drogas. Estos planes reciben el nombre de Sistemas Comunales de Prevención (SISCOP) y su implantación consta de tres fases: conformación de la comisión comunal de prevención; capacitación de los actores sociales relevantes (salud, educación, iglesias, ONGs y organizaciones sociales) y del equipo municipal; elaboración del diagnóstico de la situación comunal y del plan comunal por parte de las instancias locales participantes.

Los recursos se transfieren desde el Ministerio del Interior a los municipios mediante convenio y están destinados a pagar recursos humanos (monitores), equipamiento y gastos de operación. Los recursos se transfieren en parcialidades contra rendición de la cuota anterior.

Componente 7. Sistema de orientación e información al público acerca del problema de drogas.

Este componente es desarrollado por la Secretaría Ejecutiva de CONACE y consiste en servicios de orientación e información al público general, a través de diversos medios: página WEB, fonodrogas, impresos y material audiovisual.

1.6 Antecedentes de Gasto

Los recursos invertidos por el Estado en prevención del consumo de drogas, a través de CONACE y de los aportes sectoriales de los presupuestos de Educación y Salud, han mostrado un crecimiento de 81% en términos reales durante el período 1997-2000, alcanzando los \$10.558 millones este último año. De este total, los recursos aportados por CONACE son los que han mostrado un mayor crecimiento, pasando de \$1.414 millones en 1997 a \$5.569 millones el año 2000, lo que representa un aumento real de un 294%.

El presupuesto del programa para el año 2001, considerando recursos de CONACE, MINSAL y MINEDUC, asciende a los \$13.240 millones.

2. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

2.1 Diseño

Si bien existe consistencia del diseño del programa con los desafíos que plantea el Plan General de Prevención, se observan algunas insuficiencias en lo referente a:

- El diseño actual no incorpora explícitamente, aspectos relacionados con las consecuencias negativas que produce el consumo de drogas, lo cual limita una mejor focalización de los recursos disponibles.

- Especialmente en el último período, la velocidad de los cambios en el diseño del componente de prevención comunitaria ha sido muy acelerada, lo que no ha permitido que los agentes involucrados se adapten y que los modelos implementados se desarrollen y logren los resultados esperados. Esto genera desorientación en los actores regionales y locales.
- Las restricciones legales del ámbito de acción del programa al tema del consumo de drogas ilícitas no permiten la incorporación, en forma integrada y precoz, de otro tema fuertemente asociado a éste como es el consumo de alcohol.
- Se observa un escaso desarrollo de las acciones tendientes a la reinserción escolar, laboral y social de las personas rehabilitadas, lo cual afecta el éxito de las acciones de tratamiento.

2.2 Organización y Gestión

La principal fortaleza en este ámbito es:

- Un creciente fortalecimiento de la capacidad institucional de CONACE, especialmente a nivel de regiones, y de las instituciones asociadas (MINSAL Y MINEDUC) para llevar a cabo el programa.

Las principales debilidades dicen relación con:

- El volumen de funciones operativas asumidas por la Secretaría Ejecutiva de CONACE, especialmente en el componente de prevención comunitaria, ha ido en desmedro de las funciones normativas y estratégicas de la entidad.
- Se detectan problemas en la gestión administrativa del programa que se traducen en atrasos en la transferencia de recursos a los organismos ejecutores, lo que afecta la normal realización de los proyectos y programas locales.
- Se detectan problemas de integración a nivel de la población objetivo en el ámbito territorial, entre el componentes de prevención comunitaria y el componente planes de desarrollo comunal (SISCOP).

2.3 Eficacia y Calidad

No existe información sobre modificación de los factores de riesgo y factores de protección que permitan evaluar el logro del propósito del programa.

En cuanto a los niveles de producción y logro de los componentes éstos, en concordancia con la cantidad de recursos destinados al tema preventivo, han ido en incremento durante el período 1997-2000.

En el componente SISNID se observa un importante logro al estructurar un sistema de medición del consumo que ha ido avanzando en su nivel de representatividad y que es reconocido internacionalmente por su calidad metodológica. También se destaca la construcción del Índice de Gravedad Comunal, instrumento que permite focalizar mejor los recursos del programa. No obstante, se perciben aún insuficiencias en el análisis y uso de la información disponible.

En el componente sensibilización e información, se ha logrado implementar campañas masivas de cobertura nacional, alcanzándose parcialmente los objetivos de estas campañas. La principal

limitación en este ámbito tiene que ver con la ausencia de una política de comunicación que busque la consistencia con la política preventiva general.

La cantidad de proyectos financiados mediante el componente de prevención comunitaria ha aumentado de 146 en 1997 a 683 en 1999¹, lo que representa un incremento de un 468%. Aun así la oferta de CONACE no alcanza a cubrir la demanda de los organismos ejecutores, el porcentaje de proyectos financiados sobre los presentados ha fluctuado entre un 30% y un 57% durante el periodo.

Respecto de los logros alcanzados en el área de proyectos comunitarios, se destaca la capacidad de poner en acción a las organizaciones sociales en el tema, lo cual ayuda a consolidar las redes de apoyo. Además, se visualiza un mejoramiento en cuanto a la calidad técnica de los proyectos, aunque aún se mantienen en estándares bajos.

El componente de prevención escolar (CONACE-MINEDUC) ha aumentado de manera significativa la cantidad de beneficiarios. Entre los años 1997 y 2000 este incremento fue de un 561%, alcanzando este último año a casi 1.2 millones de beneficiarios. Cabe destacar que parte importante de este incremento se explica por la incorporación de los padres en los proyectos de prevención. La cantidad de padres beneficiados por proyectos de prevención aumentó de 34.050 en 1997 a 482.657 en el año 2000.

Del mismo modo, la cantidad de profesores capacitados ha registrado incrementos importantes durante el periodo de evaluación, pasando de 6.568 docentes en 1997 a 18.216 en el año 2000, lo que significa un aumento de un 177%.

La cantidad de personas atendidas en el componente de rehabilitación y tratamiento (CONACE-MINSAL) ha aumentado de 6.711 en 1998 a 11.645 el año 2000, lo que representa un incremento del 74%. Sin embargo, aún se observa una importante brecha en la cobertura de atención de salud. Al respecto, estimaciones disponibles muestran que la cantidad de atenciones entregadas el año 2000 equivale a un 17% de la población que presenta el problema y un 56% de la población objetivo.

La cantidad de comunas en las cuales se han implementado planes de prevención (SISCOP) ha ido en constante crecimiento durante el período. En 1997 se comenzó con 3 comunas para alcanzar el año 2000 a 76 comunas.

2.4 Economía (desempeño financiero) / Eficiencia

Economía

Los recursos destinados a proyectos de prevención (prevención comunitaria, prevención escolar, tratamiento y rehabilitación) han mostrado un crecimiento de 364% durante el periodo 1997-2000, alcanzando este último año los \$5062 millones.

La relación gasto efectivo – presupuesto asignado ha sido bastante baja en el período analizado. Entre 1997 y 1999 esta cifra es de alrededor de 50%, aumentando el año 2000 a un 60%.

El bajo cumplimiento de la ejecución presupuestaria es uno de los mayores problemas detectados, esto se explica fundamentalmente por lo engorroso de los procesos de negociación y asignación

¹ Para el año 2000 no existe dato de número de proyectos.

presupuestaria (al menos con Educación, Salud y Municipios) y porque el sistema de pagos y transferencias a los ejecutores es lento. Lo anterior ha motivado continuos cambios de estrategia en este ámbito.

No se cuenta con información de recursos y aportes de terceros entregada por CONACE, sin embargo, indirectamente, CONACE identificó importantes aportes de terceros a los proyectos del componente prevención comunitaria el año 1997 (alrededor del 50% del total de recursos).

Eficiencia

La evolución de los gastos administrativos del programa, considerando CONACE, MINEDUC y MINSAL, muestra una reducción de su participación en el total de recursos ejecutados de un 24% en 1997 a un 14.5% el año 2000.

Además, en el caso de la Secretaría Ejecutiva de CONACE, se ha notado una reducción de la participación en los gastos administrativos del nivel central acompañada de un aumento de los correspondientes a regiones, los cuales pasaron de un 1% a un 10% del gasto total. Lo anterior se explica por la creación de los CONACE regionales.

El costo medio por beneficiario en los proyectos de prevención es bastante disímil durante el período, lo cual se debe a diferencias en el tipo de intervenciones y la calidad de las mismas, a cambios de diseño y a mayor concentración de acciones por beneficiario. Específicamente los rangos son los siguientes:

- El costo medio por beneficiario en el componente prevención comunitaria ha fluctuado entre los \$7.000 y los \$17.000 anuales.
- En el componente prevención escolar el costo medio por beneficiario ha sido de entre \$330 y los \$2.260 anuales.
- En el componente de rehabilitación y tratamiento, el costo medio por beneficiario ha variado entre \$4.800 y \$10.504.

Se percibe como un problema los continuos cambios han sufrido los mecanismos de transferencia de recursos en los últimos años, situación que se ha traducido, en varios casos, en discontinuidad en el financiamiento de los proyectos.

2.5 Aspectos Innovadores

En este aspecto destacan las iniciativas del sector educación orientadas a integrar transversalmente el tema drogas en los planes y programas educativos. También se evidencia como estrategias innovadoras el desarrollo de los SISCOP como un espacio que busca lograr una mejor integración de las iniciativas a nivel local. Finalmente, el uso de compromisos o convenios de gestión entre CONACE y los Ministerios de Educación y Salud, también se considera un paso importante para ir consolidando capacidad institucional, responsabilidades y continuidad en la acción.

2.6 Principales Recomendaciones*

2.6.1 Recomendaciones que no Involucran Recursos Adicionales

1. Explicitar claramente cuáles son los factores de riesgo y protectores sobre los cuales el programa actúa, diferenciando ámbitos de acción directa y ámbitos de apoyo a iniciativas de otros sectores, así como establecer un sistema de medición y análisis de dichos factores.
2. Ampliar el propósito del programa en el área de prevención, incluyendo las consecuencias negativas del consumo de alcohol, por la fuerte vinculación que existe entre éste y el consumo de drogas.
3. Desarrollar el área de reinserción social, escolar y/o laboral de los pacientes tratados y rehabilitados de manera de asegurar el éxito real del esfuerzo en este ámbito, buscando la contribución del sector empresarial y de las instituciones públicas empleadoras.
4. Fortalecer el rol rector y coordinador de CONACE. Para ello se sugiere estimular el rol del Consejo Nacional de CONACE en materia de definición de lineamientos estratégicos, prioridades de asignación de recursos, evaluación y reorientación de políticas y estrategias fundamentales. Se recomienda revisar la composición de este Consejo de acuerdo a los avances que ha tenido la implementación de la prevención, la experiencia acumulada y la presencia de nuevos actores.
5. Fortalecer los equipos regionales de CONACE y los SISCOP y descentralizar las decisiones relativas a la ejecución de programas y proyectos específicos hacia esos niveles.
6. Desarrollar estudios orientados a la búsqueda de intervenciones más eficaces basados en la evidencia nacional e internacional, elaborar y consensuar la política comunicacional y avanzar en el diseño e implementación de un sistema de indicadores de desempeño con énfasis en resultados e impacto de los proyectos.
7. Mejorar los procedimientos administrativos para la transferencia oportuna de recursos, en lo posible utilizando las estructuras administrativo-financieras probadas del Estado. En lo referente a los convenios con MINSAL y MINEDUC, avanzar en la separación de presupuestos de continuidad de las intervenciones concordadas y presupuestos de expansión para nuevas líneas.

* La identificación de necesidades de recursos que acompaña a las recomendaciones corresponde a la efectuada por el panel evaluador. Al respecto es necesario aclarar que más allá de lo señalado por el panel, para efectos de definiciones presupuestarias, la necesidad de recursos adicionales requiere una revisión más amplia de las disponibilidades financieras y uso de recursos de las instituciones, análisis que está fuera de las posibilidades de un panel evaluador. Por tanto, lo que se propone en esta materia no es concluyente.

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

PROGRAMA PREVENCIÓN AL CONSUMO DE DROGAS

PANELISTAS:

SOLEDAD UBILLA (COORDINADORA)

JAIME ALFARO

CARMEN SEPÚLVEDA

CECILIA TORCHE

JUNIO 2001

3. INFORME FINAL

<p>NOMBRE PROGRAMA: PLAN GENERAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS. AÑO DE INICIO: 1993 MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DEL INTERIOR, MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y MINISTERIO DE SALUD SERVICIO RESPONSABLE: CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE), PROGRAMA DE PREVENCIÓN CONSUMO DROGAS ESCOLAR (MINEDUC¹), UNIDAD DE SALUD MENTAL (MINSAL²)</p>

RESUMEN EJECUTIVO

1. Descripción del Programa

El Plan General de Prevención es parte de la "Política y el Plan General de Prevención y Control de Drogas". El objetivo general de la política es desarrollar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, que posibilite la prevención y reducción de la demanda, el control de la oferta, eliminación o disminución significativa del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por drogadicción. Las políticas específicas referidas a la prevención señalan: 1) aunar esfuerzos de los servicios públicos y organizaciones privadas, con el propósito de crear y mantener espacios que mejoren la calidad de vida y eviten la demanda por drogas; 2) promover proyectos que tiendan al desarrollo pleno, sin consumo de drogas; 3) desarrollar programas de fortalecimiento de la red social que favorezca la participación y contribuya a la prevención; 4) desarrollar sistemas de información que permitan a las autoridades (nacionales, regionales y locales) elaborar diagnóstico, caracterizar grupos de riesgo, fundamentar y orientar las acciones preventivas; 5) promover la inclusión en la currícula de formación de profesionales de contenidos, métodos y técnicas relacionadas con el desarrollo pleno de las personas y la prevención específica del uso de drogas; y 6) diseñar y aplicar sistemas y técnicas de evaluación de programas y proyectos. Adicionalmente para el tratamiento y rehabilitación se agrega: 1) desarrollar sistemas de información para planificar y evaluar tratamientos; 2) desarrollo de acciones de tratamiento y rehabilitación; 3) estimular la formación profesional en el área; 4) fomentar la participación comunitaria en los programas de tratamiento; 5) desarrollar atención en recintos carcelarios y 6) incentivar la capacitación y reinserción laboral de consumidores y el tratamiento en los lugares de trabajo. En este marco el Plan General favorece acciones que se apoyan en la participación activa y creciente de la comunidad, buscando que esta asuma un papel activo en la prevención, de manera de garantizar la efectividad y continuidad del trabajo.

El año 2000, el equipo de la Secretaría Ejecutiva de Conace³ elabora y concuerda los lineamientos técnicos que actualmente sirven de guía para el trabajo y que son: 1) prevención del consumo de drogas, evitando el consumo de alcohol, tabaco y cualquier droga de inicio, especialmente marihuana, en población que aún no consume; 2) prevención del consumo precoz retardando la edad de inicio del consumo; 3) prevención del consumo abusivo de drogas evitando que estos consumidores entren en un consumo problemático; 4) prevención de la dependencia al consumo de drogas; 5) prevención del daño asociado al uso de drogas y 6) prevención del ingreso al microtráfico (línea de acción iniciada recientemente).

El marco de evaluación del presente informe se refiere a revisar, analizar y emitir un juicio respecto de la acción coordinada de tres instituciones involucradas en la prevención del consumo de drogas,

¹ Ministerio de Educación.

² Ministerio de Salud.

³ Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes.

la Secretaría Ejecutiva de CONACE, Minsal y Mineduc, para el período 1997 al 2000, así como las acciones adicionales que es posible individualizar en el campo de prevención del consumo de drogas, que realizan Minsal y Mineduc en el mismo período.

Se identifican tres fuentes que justifican el origen del programa; primero, las necesidades, problemas y requerimientos de la población y del país respecto de las consecuencias no deseadas derivadas del consumo de drogas, segundo, la experiencia y aprendizajes de las diferentes acciones implementadas para prevenir el consumo de drogas ejecutadas en años anteriores y tercero, responder a convenios internacionales bilaterales y multinacionales relacionados con la prevención del consumo de drogas ilícitas.

El fin del Programa es “Contribuir a elevar la calidad de vida de los chilenos evitando, retardando y disminuyendo el consumo de drogas en el ámbito individual, familiar y social que por ello se generan.

El propósito del Programa es prevenir el consumo de drogas a través de acciones destinadas a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que afectan el consumo de drogas realizadas en conjunto por el Estado y la comunidad organizada.

Los componentes que son sujetos de esta evaluación son: 1) estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyendo un Sistema Nacional de Información sobre Drogas, del cual es responsable la Secretaría Ejecutiva y contribuyen como asociados Minsal y Mineduc; 2) sensibilización e información a la población general respecto a los riesgos del uso de drogas, a cargo de la Secretaría Ejecutiva; 3) programas de prevención comunitaria, a cargo de la Secretaría Ejecutiva; 4) programas de prevención en el ámbito de la educación según criterios de focalización basados en indicadores de riesgo de consumo, a cargo de Mineduc; 5) programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas, a cargo de Minsal en conjunto con instituciones públicas y privadas de atención de salud; 6) planes comunales de prevención en un grupo de comunas seleccionadas, a través de la creación de sistemas comunales de prevención (SISCOP), a cargo de la Secretaría Ejecutiva y 7) sistema de orientación al público, servicio orientado a dar respuesta a consultas del público cerca del problema de drogas, a cargo de la Secretaría Ejecutiva. Estos componentes para el período evaluado han sufrido importantes transformaciones especialmente los vinculados al Fondo CONACE.

La población objetivo del programa es toda la población del país. Sin embargo dadas las características del fenómeno de las drogas y la necesidad de orientar los recursos del Estado hacia aquellos que más lo necesitan, los énfasis están puestos en los sectores de mayor vulnerabilidad según los factores de riesgo asociados al consumo y sectores de menores recursos. La prevención basada en los patrones de consumo de drogas se focaliza más específicamente en jóvenes entre 13 y 29 años escolarizados y no escolarizados. La prevención orientada a promover estilos de vida saludables y evitar que comience el consumo de drogas, se focaliza además en niños y niñas en edades más tempranas. Finalmente las familias de esos grupos constituyen otra población objetivo, porque en definitiva representan el factor protector o de riesgo de mayor importancia frente al problema.

El Plan General de Prevención del Consumo de Drogas está a cargo de CONACE, donde su Secretaría Ejecutiva, en conjunto con el Programa de Prevención del Consumo de Drogas de Mineduc y la Unidad de Salud Mental del Minsal, actúan como los principales actores institucionales de esta unidad ejecutora. La relación entre estos tres actores institucionales se produce a nivel del CONACE (Consejo interministerial) a través de la representación de los Ministros de cada cartera, al nivel de los Comités intersectoriales de prevención, tratamiento y rehabilitación donde los

representantes de Mineduc y Minsal participan en carácter de asesores a la Secretaría Ejecutiva de CONACE y finalmente a través de la ejecución de las acciones que se decide implementar.

La Secretaría Ejecutiva del CONACE en la actualidad compuesta por 7 áreas temáticas que apoyan la gestión del Consejo, que son: área Técnica de Prevención y Tratamiento, área de Control, área de Desarrollo Regional, área de Evaluación y Seguimiento, área de Estudios, área de Administración y Finanzas y un área de Comunicaciones. Además, para cumplir con sus funciones cuenta con asesoría en materias Internacionales, así como cuatro comités asesores intersectorial en: prevención, tratamiento y rehabilitación, laboral y en control. Por último en cada región existe un Conace Regional, cada uno a cargo de un Secretario Ejecutivo Regional, y asesores técnicos encargados de supervisar los programas que se desarrollan en la región.

2. Resultados de la Evaluación

2.1. Diseño

Si bien existe consistencia general del diseño del programa con los desafíos que plantea el Plan General de Prevención, que dan cuenta de un sostenido avance y mejoramiento en las estrategias de abordaje de la prevención, se observan algunas insuficiencias en lo referente a:

- 1) Relación entre el programa y el fin, requiere una mayor explicitación de los factores intervinientes sobre los cuales el programa actúa.
- 2) Especialmente en el último período, se identifica un proceso de transformación (anual) en el componente de programas comunitarios del Plan General, que a partir del 2000 cesa el financiamiento vía Fondo Concursable Comunitario, lo cual traduce falta de claridad respecto de cuales son las intervenciones más adecuadas a nivel comunitario. En el afán de mejorar la calidad, eficacia y eficiencia, la velocidad de las transformaciones no da tiempo para permitir que los agentes involucrados se adapten y los modelos implementados se desarrollen y logren los resultados esperados, esto genera desorientación en los actores responsables de la ejecución final de las acciones del Plan (niveles regionales y locales);
- 3) El diseño actual no incorpora explícitamente, aspectos relacionados con el abordaje de las consecuencias negativas que produce el consumo de drogas con igual relevancia que la medición del consumo y las estrategias para evitar, reducir o retardar el consumo de drogas lo cual no permite una mejor focalización de los recursos disponibles,
- 4) Las restricciones legales del ámbito de acción del programa referido solamente al consumo de drogas ilícitas, en la prevención, no permiten dar cuenta y perfeccionar el abordaje integral y precoz de otro tema fuertemente asociado como lo es el consumo de alcohol y
- 5) Muy escaso desarrollo de acciones tendientes a la reinserción escolar, laboral y social de las personas rehabilitadas, lo cual afecta el éxito de las acciones de tratamiento.

2.2. Organización y Gestión

Las principales fortalezas están relacionadas con un creciente fortalecimiento de la capacidad institucional de CONACE y de las instituciones asociadas (Minsal y Mineduc) para llevar a cabo el programa, así como con la disponibilidad creciente de recursos para abordar estos temas, que permite tener recursos protegidos para impulsar temas emergentes o que no son prioridad en el cúmulo de otros temas de igual o mayor envergadura a nivel de cada sector.

Las principales debilidades dicen relación con insuficiencias importantes en:

- 1) Desequilibrio entre funciones normativas y estratégicas respecto de funciones operativas de la Secretaría Ejecutiva como entidad responsable del programa .
- 2) La gestión administrativa del programa que impide la transferencia oportuna de los recursos disponibles, afecta el logro de los proyectos y programas locales,
- 3) El fortalecimiento de los equipos técnicos de los niveles subnacionales (Conace regionales y Siscop) para que los esfuerzos intersectoriales en definitiva se integren en la población objetivo del programa en los espacios territoriales concretos (barrios); y
- 4) La ausencia de una política de desarrollo de recursos humanos dirigida a consolidar y profesionalizar equipos nacionales y subnacionales, que trasciendan los períodos de gobierno y se constituyan en una sólida contraparte técnica especializada en un tema que en sí mismo es muy complejo para ser capaz de orientar las acciones del resto de los sectores y actores de la comunidad en el tema.

No se diferencian las funciones de desarrollo de una política comunicacional, relaciones públicas de la institución y campañas comunicacionales preventivas ni está claro donde radica la toma de decisiones al respecto.

La ausencia de un procedimiento formal de acreditación de organizaciones e instituciones que postulan a financiamiento del Conace, es un elemento que conspira contra la transparencia en la asignación de recursos públicos.

Con relación a la coordinación se observan debilidades, especialmente a nivel de las autoridades involucradas. El Consejo de Conace no incorpora a todas las instituciones y actores que participan activamente en el plan. Se evidencia imprecisiones respecto del compromiso político de las autoridades de salud y educación respecto de la prioridad sectorial que tiene el tema de drogas.

2.3. Eficacia y Calidad

La eficacia del programa respecto los indicadores definidos en su propósito, no es posible evaluarla porque no se cuenta con información para determinar los grados en que efectivamente se lograron modificar factores de riesgo y factores de protección, así como en términos específicos se modifican creencia y actitudes respecto de las drogas. Respecto del avance en los indicadores de logro considerados en cada componente se concluye que:

En cuanto a los niveles de producción y logro de los componentes éstos, en concordancia con la cantidad de recursos destinados al tema preventivo, han ido en incremento durante el periodo 1997-2000.

1) En el componente SISNID se observa un importante logro al estructurar un sistema de medición del consumo que ha ido avanzando en su nivel de representatividad y que es reconocido internacionalmente por su calidad metodológica. También se destaca la construcción del Índice de Gravedad Comunal, instrumento que permite focalizar mejor los recursos del programa. No obstante, se perciben aún insuficiencias en el análisis y uso de la información disponible.

2) En el componente sensibilización e información, se ha logrado efectivamente implementar campañas masivas de cobertura nacional, y se alcanzan parcialmente sus objetivos particulares. La principal limitación en este ámbito tiene que ver con la ausencia de una política de comunicación que busque la consistencia con la política preventiva general.

3) La cantidad de proyectos financiados mediante el componente de prevención comunitaria ha aumentado de 146 en 1997 a 683 en 1999, lo que representa un incremento de un 468%. Aun así la oferta de CONACE no alcanza a cubrir la demanda de los organismos ejecutores, puesto que el porcentaje de proyectos financiados sobre los presentados ha fluctuado entre un 30% y un 57% durante el periodo.

Respecto de los logros alcanzados en el área de proyectos comunitarios, se destaca la capacidad de poner en acción a las organizaciones sociales en el tema, lo cual ayuda a consolidar las redes de apoyo. Además, se visualiza un mejoramiento en cuanto a la calidad técnica de los proyectos, aunque aún se mantienen en estándares bajos.

4) El componente de prevención escolar ha aumentado de manera significativa la cantidad de beneficiarios, con un 561% de incremento entre 1997 y 2000, alcanzando este último año a casi 1.2 millones de beneficiarios. Cabe destacar que parte importante de este incremento se explica por la incorporación de los padres en los proyectos de prevención. El porcentaje de padres respecto del total de beneficiarios aumentó de un 20% a un 14% entre 1997 y 2000.

Del mismo modo, la cantidad de profesores capacitados ha registrado incrementos importantes durante el periodo de evaluación, pasando de 6.568 docentes en 1997 a 18.216 en el año 2000, lo que significa un aumento de un 177%.

5) Los beneficiarios efectivos del componente de prevención comunitaria crecieron un 124% entre 1997 y 1999, llegando a las 110 mil personas y los beneficiarios del componente rehabilitación y tratamiento pasaron de 6.711 en 1998 a 11.645 el año 2000,

6) El componente de rehabilitación y tratamiento, la cantidad de personas con problemas de dependencia de drogas ha aumentado de 6.711 en 1998 a 11.645 en el año 2000, lo que representa un incremento del 74%. Sin embargo, aún se observa una importante brecha en la cobertura de atención de salud, puesto que la cantidad de atenciones entregadas el año 2000 equivale a un 17% la población que presenta el problema y un 57% de la población objetivo.

7) La cantidad de comunas en las cuales se han implementado planes de prevención (SISCOP) ha ido en constante crecimiento durante el periodo. En 1997 se comenzó con 3 comunas para alcanzar el año 2000 a las 76 comunas con este sistema.

2.4. Eficiencia y Economía

La evolución de los gastos administrativos del programa, considerando, CONACE, MINEDUC y MINSAL, muestra una reducción de su participación en el total de recursos ejecutados de un 24% en 1997 a un 14.5% el año 2000. Lo anterior se explica fundamentalmente por un incremento de los recursos destinados a proyectos de prevención que ha provocado que los costos administrativos reduzcan su peso dentro del total.

Además, en el caso de la Secretaría Ejecutiva de CONACE, se ha notado una reducción de la participación en los gastos administrativos del nivel central acompañada de un aumento de los correspondientes a regiones, los cuales pasaron de un 1% a un 10% del gasto total. Lo anterior se explica por la creación de los CONACE regionales.

La disminución en el porcentaje de gastos administrativos ha permitido incrementar el aporte a los componentes. Ha mejorado la relación gasto efectivo / presupuesto asignado, aunque puede continuar mejorando.

La relación gasto efectivo – presupuesto asignado ha sido bastante baja en el periodo analizado, entre 1997 y 1999 esta cifra bordea el 50% y solo a contar del año 2000 muestra un incremento a niveles del 60%.

El bajo cumplimiento de la ejecución presupuestaria, es uno de los mayores problemas detectados, esto se explica fundamentalmente por lo engorroso de los procesos de negociación y asignación presupuestaria (al menos con Educación, Salud y Municipios) y porque el sistema de pagos y transferencias a los ejecutores vía Ministerio del Interior, hace que la gestión sea lenta y no se puedan concretar los presupuestos a pesar de los esfuerzos realizados (incorporación de pago a través de PNUD⁴).

Las variaciones observadas en los costos unitarios son importantes para algunos componentes. El costo medio por beneficiario en el componente prevención comunitaria a fluctuado entre los \$7.000 y los 17.000 anuales. En el componente prevención escolar este indicador ha arrojado cifras entre \$330 y los \$2.260 anuales, en tanto que en el componente de rehabilitación y tratamiento, éstos valores han variado entre \$4.800 y los \$10.504. Esto refleja el cambio en el tipo de intervenciones, el número, calidad y competencia de los ejecutores de los proyectos (para el caso comunitario), el cambio en los esfuerzos de diseño y multiplicación de acciones (para el caso de la prevención escolar) y una mejor definición del modelo de atención y mayor concentración de acciones por paciente (en el caso de tratamiento y rehabilitación), sin embargo no se cuenta con información objetiva para emitir un juicio fundado al respecto.

No se cuenta con información de recursos y aportes de terceros, entregada por CONACE, sin embargo indirectamente se identifican importantes aportes de terceros a los proyectos del Concurso CONACE 1997 (alrededor del 50% del total de recursos)⁵.

2.5. Análisis sobre el logro del Fin

Chile que no se escapa a la tendencia mundial, también presenta un aumento en el consumo de drogas y disminución en la edad de inicio (especial preocupación debe tener el consumo de alcohol y marihuana). Si bien resulta difícil inferir que los resultados obtenidos respecto de la prevalencia del consumo sean atribuibles al programa (ya que el consumo está influido por un conjunto de factores externos al campo de acción del programa), al menos en el corto tiempo de comparación usado (1998-2000) si evidencia una reducción en la velocidad de crecimiento, en las comunas donde ha desarrollado una mayor intervención y por lo tanto se puede esperar que en el futuro impacte en modificar las tendencias nacionales.

2.6. Justificación de la Continuidad

En opinión del panel los argumentos que justificaron la creación del programa se mantienen e incluso se evidencia un crecimiento del problema, razón por la cual es pertinente su continuidad.

2.7. Sostenibilidad del Programa

De acuerdo a la revisión de antecedentes la sostenibilidad del programa está fuertemente ligado a la voluntad política de las autoridades de gobierno en términos de asegurar la provisión de recursos financieros, dado que la gran mayoría de las acciones que se realizan depende de este

⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

⁵ Fuente: CIMA Consultores, evaluación Concurso CONACE 1997.

financiamiento. El creciente fortalecimiento de las capacidades institucionales del programa constituye una fortaleza en esta materia.

A pesar de la importancia que la opinión pública le asigna al tema, se ha desarrollado aún en forma insuficiente, la búsqueda de otros aliados estratégicos en esta tarea, particularmente la participación del sector privado y medios de comunicación de masas.

Las estrategias de desarrollo de sistemas comunales de prevención (Siscop) orientadas al desarrollo de competencias en el campo de redes sociales que aborden especialmente a grupos de jóvenes que no están en las escuelas, se espera que sean en el futuro una opción favorable para una mayor participación de otros actores en el tema, siempre que las autoridades municipales le den prioridad a este problema por sobre otros, especialmente ahora que el personal depende directamente de la administración municipal. Su reciente implementación no permite emitir un juicio fundado al respecto.

El esfuerzo creciente tanto en educación como en salud de grupos comprometidos con el tema permite vislumbrar la generación de una masa crítica razonable que posibilite el desarrollo de los componentes que son de su responsabilidad. Particularmente el trabajo realizado en el sector educación orientado a incluir el tema en los contenidos educativos transversales de las escuelas y a fortalecer la creación de espacios saludables (escuelas) capaces de generar condiciones favorables para reducir el consumo de drogas, son argumentos que permiten asegurar la sostenibilidad en el largo plazo de las iniciativas tendientes a la prevención escolar ya que crecientemente se institucionaliza el programa al interior de la reforma educacional. Los cambios recientemente implementados en el ámbito de proyectos comunitarios, que modifican sustantivamente el campo de acción de Conace (los recursos asignados a proyectos de organizaciones sociales en 1999 se destinan a ONGs que apoyan organizaciones sociales en el 2000), no dan claridad respecto del desarrollo de competencias en el campo de las redes sociales locales, como actores que aseguren la sostenibilidad del programa.

2.8. Aspectos Innovadores

En este aspecto destacan las iniciativas del sector educación orientadas con una visión de largo plazo, consistente con el proceso de reforma en marcha que tiende a integrar transversalmente el tema en su los planes, programas educativos y en el quehacer habitual de las escuelas. También se evidencia como estrategias innovadoras el desarrollo de los SISCOP como el espacio en que en la práctica se logre la integralidad que se pretende dar al programa. Finalmente el uso de compromisos o convenios de gestión entre CONACE y las instituciones ejecutoras también se considera un paso importante para ir consolidando capacidad institucional, responsabilidades y continuidad en la acción con miras a obtener resultados en el mediano y largo plazo.

2.9. Principales Recomendaciones

A partir del análisis del Plan General de Prevención realizado por el panel se propone la siguiente priorización de recomendaciones:

1. Profundizar el análisis y explicitar claramente cuales son los factores de riesgo y protectores sobre los cuales el programa actúa, diferenciando ámbitos de acción directa y ámbitos de apoyo a iniciativas de otros sectores o de otras políticas públicas.
2. Ampliar el propósito del programa en el área de prevención, a las consecuencias negativas y al consumo de alcohol por las razones indicadas en las recomendaciones al diseño del programa.

3. Continuar intensionando las acciones de focalización del programa que permitan con los recursos disponibles mayor cobertura de poblaciones de mayor riesgo y consumidores en problema y desarrollar acciones específicas dirigidas a la prevención diferenciando el tipo de droga consumida. Para ello es necesario un sistema de medición y análisis de factores de riesgo y protectores y una mejor identificación de la población objetivo que presenta características de mayor vulnerabilidad, continuando en la línea de elaboración colectiva de los mapas de riesgo comunales.

4. Desarrollar el área de reinserción social, escolar y/o laboral de los pacientes tratados y rehabilitados de manera de asegurar el éxito real del esfuerzo del sector salud buscando la contribución del sector empresarial privado y también de las instituciones públicas empleadoras.

5. Para el Minsal, se recomienda continuar con los esfuerzos para aumentar cobertura, mejorar la calidad de las intervenciones mediante las estrategias de estandarización de planes de atención, protocolos y modelos de atención basados en la evidencia, que apunten a los problemas de salud específicos derivados del consumo de las diferentes drogas ilícitas.

6. Para el Mineduc, el panel recomienda continuar con los esfuerzos tendientes mejorar coberturas de las intervenciones de demostrada eficacia (participación en los Siscop, uso alternativo de la escuela como espacio comunitario, monitores alumnos, etc.) de redes de apoyo e incorporar la prevención al consumo de drogas como parte de los objetivos fundamentales transversales y los programas educativos que forman parte de la reforma educacional. Adicionalmente es necesario desarrollar estrategias y materiales educativos, que se orienten con más claridad a al consumo de drogas diversas (el abordaje de la prevención del consumo de pasta base y cocaína no es igual que el de consumo de marihuana).

7. Avanzar en el fortalecimiento institucional orientándose a:

a) Fortalecer el rol rector y coordinador de CONACE en la política de prevención del consumo de drogas. Para ello se sugiere estimular el rol del Consejo Nacional de Conace en lo referente a definir los lineamientos estratégicos, prioridades de asignación de recursos, evaluación y reorientación de políticas y estrategias fundamentales, acción concertada sobre políticas públicas que están vinculadas al tema y el fortalecimiento de alianzas estratégicas (tanto públicas como privadas). Se recomienda revisar la composición del Consejo Nacional de acuerdo a los avances que ha tenido la implementación de esta política, la experiencia acumulada y la presencia de actores activos que en el presente resultan claves para el Plan General de Prevención.

b) Fortalecer los equipos de los Conace regionales y Siscop y descentralizar las decisiones relativas a la ejecución de programas y proyectos específicos (si se considera conveniente mantener el fondo concursables se recomienda externalizar las funciones operativas, de administración y asignación de recursos del Fondo CONACE hacia el Fondo de las Américas o al FNDR).

c) Fortalecer en la Secretaría Ejecutiva cinco ejes de acción: 1) continuar avanzando en la coordinación técnica en prevención y tratamiento, 2) desarrollar estudios e investigación aplicada orientada a la búsqueda de intervenciones más eficaces basado en la evidencia nacional e internacional, 3) mejorar la utilización y análisis de los datos que genera el sistema de información sobre drogas, 4) elaborar y consensuar la política comunicacional y 5) continuar avanzando en el diseño e implementación de un sistema integrado de indicadores de desempeño con énfasis en resultados e impacto y orientado a rendir cuenta respecto de los avances alcanzados.

d) Mejorar los procedimientos administrativos para la transferencia oportuna de recursos, en lo posible utilizando las estructuras administrativo-financieras probadas del Estado manteniendo la

condición de presupuestos específicos para el tema prevención para el enfrentamiento del problema y perfeccionar los mecanismos de negociación y asignación presupuestaria. En lo referente a los convenios con Minsal y Mineduc, la Secretaría Ejecutiva de avanzar en la separación de presupuestos de continuidad de las intervenciones concordadas y presupuestos de expansión para nuevas líneas, que deben tener un tratamiento y esfuerzo diferente.

e) Crear un sistema de acreditación de instituciones no gubernamentales, organizaciones y otros proveedores de servicios, como forma de garantizar la transparencia en las convocatorias a licitaciones y concursos de proyectos.

f) Avanzar en el desarrollo de una política de recursos humanos que instale sistemas de incentivo al desempeño y reconocimiento a los buenos funcionarios, profesionalizando los equipos técnicos especialmente regionales y locales, e instituyendo sistemas de concursos abiertos y públicos para la contratación de personal técnico idóneo, para la consolidación de esta política pública y sus planes de mediano y largo plazo, que trascienda los gobiernos de modo de asegurar resultados.

Lo anterior, debiera ser considerado en la propuesta actualmente en diseño de transformar a CONACE en un servicio público.

De las propuestas recomendadas, requieren recursos adicionales los esfuerzos dirigidos a implementar el diseño del sistema de indicadores de desempeño del programa orientados hacia eficacia, calidad, eficiencia, e impacto; la inclusión de nuevas acciones de prevención específica según tipo de droga, los esfuerzos orientados a dar un impulso a la reinserción de los pacientes tratados que podrían considerar cambios en la legislación laboral vigente que incentive a los empleadores (comenzando por el empleador público y siguiendo con los privados) a contratar este tipo de personas, el fortalecimiento técnico especialmente de los niveles regionales y locales de Conace y de áreas específicas.

I. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

1. Descripción del programa

A pesar de que el problema del consumo de drogas ilícitas existe desde hace muchos años en Chile, solamente a partir de la instalación del gobierno democrático del Presidente Aylwin, se incorpora como una preocupación de Estado, iniciándose los esfuerzos tendientes a configurar una institucionalidad de carácter intersectorial y de representación nacional que aborde integralmente el problema. El CONACE fue creado en 1990. Entre 1990 y 1993, si bien se realizan acciones hacia la población, su principal énfasis fue avanzar con este conjunto de actores y sectores en el diseño de las políticas y la construcción del Plan General de Prevención de Drogas.

El Plan General de Prevención es parte de la "Política y el Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas".

El objetivo general de la política es desarrollar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, que posibilite la prevención y reducción de la demanda, el control de la oferta, eliminación o disminución significativa del tráfico ilícito y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por drogadicción.

Las políticas específicas referidas a la prevención señalan: 1) aunar esfuerzos de los servicios públicos y organizaciones privadas, con el propósito de crear y mantener espacios que mejoren la calidad de vida y eviten la demanda por drogas; 2) promover proyectos que tiendan al desarrollo pleno, sin consumo de drogas; 3) desarrollar programas de fortalecimiento de la red social que favorezca la participación y contribuya a la prevención; 4) desarrollar sistemas de información que permitan a las autoridades (nacionales, regionales y locales) elaborar diagnóstico, caracterizar grupos de riesgo, fundamentar y orientar las acciones preventivas; 5) promover la inclusión en la currícula de formación de profesionales de contenidos, métodos y técnicas relacionadas con el desarrollo pleno de las personas y la prevención específica del uso de drogas; y 6) diseñar y aplicar sistemas y técnicas de evaluación de programas y proyectos. Adicionalmente para el tratamiento y rehabilitación se agrega: 1) desarrollar sistemas de información para planificar y evaluar tratamientos; 2) desarrollo de acciones de tratamiento y rehabilitación; 3) estimular la formación profesional en el área; 4) fomentar la participación comunitaria en los programas de tratamiento; 5) desarrollar atención en recintos carcelarios y 6) incentivar la capacitación y reinserción laboral de consumidores y el tratamiento en los lugares de trabajo.

En este marco el Plan General favorece acciones que se apoyan en la participación activa y creciente de la comunidad, buscando que esta asuma un papel activo en la prevención, de manera de garantizar la efectividad y continuidad del trabajo.

El año 2000, el equipo de la Secretaría Ejecutiva de Conace elabora y concuerda los lineamientos técnicos que actualmente sirven de guía del trabajo y que son⁶: 1) prevención del consumo de drogas, evitando el consumo de alcohol, tabaco y cualquier droga de inicio, especialmente marihuana, en población que aún no consume; 2) prevención del consumo precoz retardando la edad de inicio del consumo; 3) prevención del consumo abusivo de drogas evitando que estos consumidores entren en un consumo problemático; 4) prevención de la dependencia al consumo de drogas; 5) prevención del daño asociado al uso de drogas y 6) prevención del ingreso al microtráfico (línea de acción iniciada recientemente).

⁶ Lineamientos técnicos para programas, proyectos y acciones de prevención del consumo de drogas, CONACE, noviembre 2000.

Esto significa que se incluyen los tres niveles de prevención⁷ que establece el modelo de salud pública: 1) prevención primaria cuya acción se centra en evitar el consumo en la población que aún no es consumidor; 2) prevención secundaria cuya acción se focaliza en evitar las consecuencias negativas que genera el consumo de drogas tanto individuales, familiares como sociales, actuando sobre consumidores esporádicos y 3) prevención terciaria relacionada específicamente con las acciones de tratamiento y rehabilitación de poblaciones consumidoras con o sin dependencia, con el objeto de reducir las secuelas y daños asociados al consumo indebido de drogas.

Finalmente la estrategia de prevención se dirige a⁸: 1) fortalecer factores protectores que incluyen elementos de origen psicológico (autoconcepto positivo, tolerancia a la frustración, asertividad, adecuado manejo de conflictos, etc.) así como factores sociales relacionados con un adecuado sistema de relaciones familiares, calidad de las comunicaciones y expresión del afecto, existencia de límites, estilos de vida saludables y redes de apoyo social, entre otros; y 2) reducir los factores de riesgo que son conductas, situaciones o elementos de la persona y su ambiente que favorecen el consumo de drogas (inestabilidad emocional, problemas conductuales, desintegración familiar, inseguridad ciudadana, etc.). La prevención del consumo de drogas demanda anticiparse a la aparición de una conducta no deseada, aumentando la complejidad del problema en términos de la multicausalidad, las relaciones entre demanda (consumidores de droga) y oferta (tráfico de drogas ilícitas), a lo que se suma el hecho de que estos factores no poseen una relación causal con el consumo de drogas, sino más bien aumentan o disminuyen la posibilidad de consumo, ya que se asocian y se potencian entre sí.

La Secretaría Ejecutiva de CONACE⁹, de funcionamiento permanente, opera junto a los CONACE regionales como la entidad responsable hacer operativas las políticas, planes y programas relacionados con el Plan General de Prevención y actúa directamente a través de ella o mediante la acción coordinada con otros ministerios: Mineduc, Minsal, Justicia y MIDEPLAN¹⁰ a través del FOSIS, o mediante la compra de servicios externos. Participan como instituciones asociadas: SERMAN¹¹ y el INJ¹², Carabineros e Investigaciones; SENAME¹³ y el Ministerio de Defensa. El Plan se aplica en todo el país con el fin de asegurar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo tendiente a disminuir la demanda.

El marco de evaluación del presente informe se refiere a revisar, analizar y emitir un juicio respecto de la acción coordinada de tres instituciones¹⁴ involucradas en la prevención del consumo de drogas, la Secretaría Ejecutiva de CONACE, Minsal y Mineduc, para el período 1997 al 2000, así como las acciones adicionales que es posible individualizar en el campo de prevención del consumo de drogas, que realizan Minsal y Mineduc en el mismo período.

En este marco, los componentes¹⁵ que son sujetos de esta evaluación son: 1) estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyendo un Sistema Nacional de

⁷ Idem anterior.

⁸ Idem anterior.

⁹ En adelante Secretaría Ejecutiva.

¹⁰ Ministerio de Planificación.

¹¹ Servicio Nacional de la Mujer.

¹² Instituto Nacional de la Juventud.

¹³ Servicio Nacional del Menor

¹⁴ Si bien existen otras instituciones que realizan acciones en este campo (SENAME, INJ, Carabineros, etc.) representa a las principales instituciones ocupadas de este propósito.

¹⁵ Es importante señalar que el marco lógico del programa al cual pertenecen estos componentes se construye para efectos de esta evaluación (2001), por lo que no reflejan necesariamente la realidad de los años evaluados (1997 al 2000) por lo cual en la descripción detallada de los componentes se dará cuenta de esta evolución.

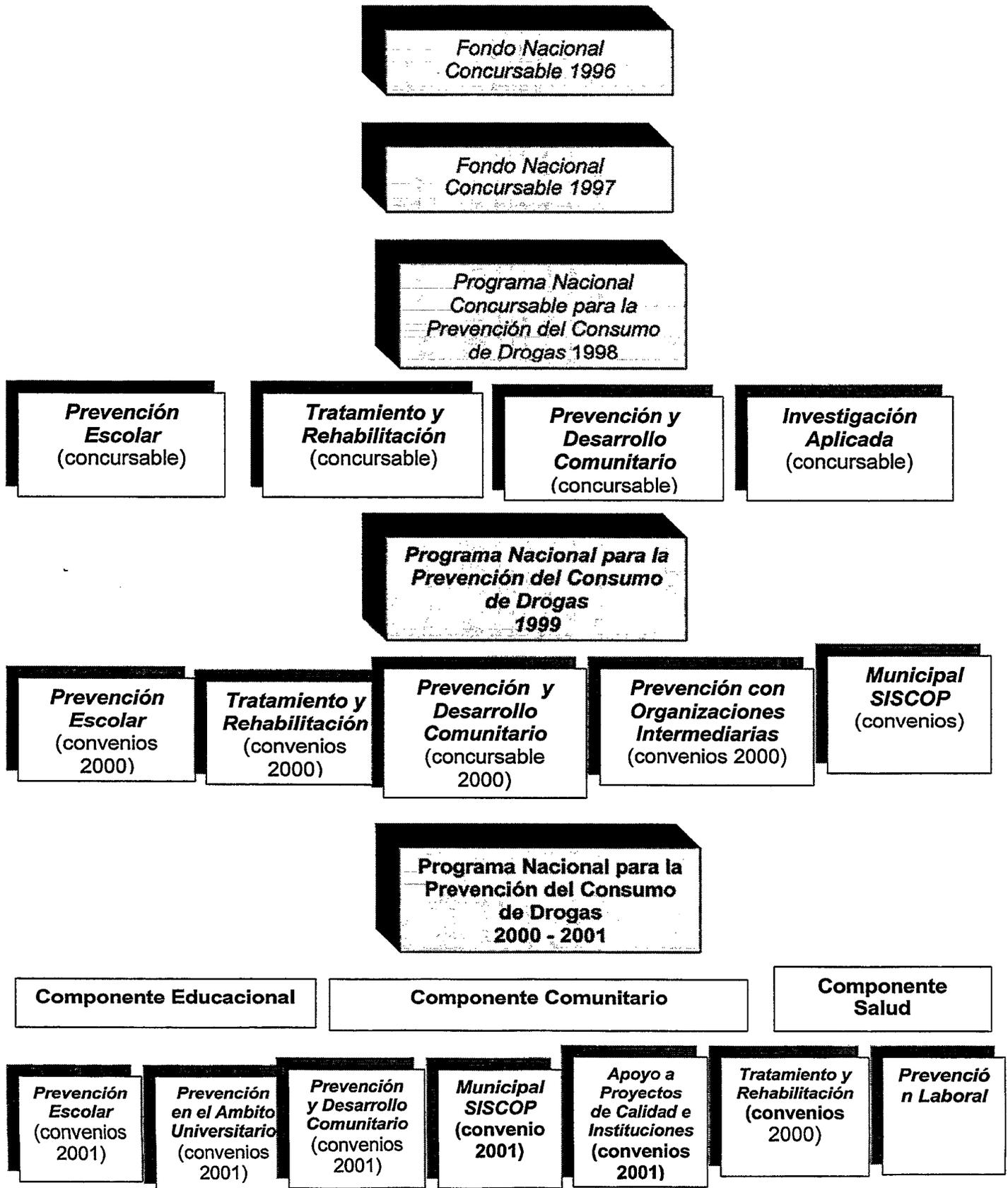
Información sobre Drogas (en adelante SISNID), del cual es responsable la Secretaría Ejecutiva y contribuyen como asociados Minsal y Mineduc; 2) sensibilización e información a la población general respecto a los riesgos del uso de drogas (en adelante Campañas), a cargo de la Secretaría Ejecutiva; 3) programas de prevención comunitaria (en adelante Programas Comunitarios), a cargo de la Secretaría Ejecutiva; 4) programas de prevención en el ámbito de la educación según criterios de focalización basados en indicadores de riesgo de consumo (en adelante Prevención Escolar), a cargo de Mineduc; 5) programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas (en adelante Programa de Tratamiento y Rehabilitación), a cargo de Minsal en conjunto con instituciones públicas y privadas de atención de salud; 6) planes comunales de prevención en un grupo de comunas seleccionadas, a través de la creación de sistemas comunales de prevención (en adelante SISCO), a cargo de la Secretaría Ejecutiva y 7) sistema de orientación al público, servicio orientado a dar respuesta a consultas del público acerca del problema de drogas, a cargo de la Secretaría Ejecutiva. Estos componentes para el período evaluado han sufrido transformaciones especialmente los vinculados al Fondo CONACE, cuya transformación se presenta en el siguiente diagrama en forma resumida.

De manera complementaria, se adjunta en Anexo N°4 una descripción resumida de los ejes de acción en el ámbito de la prevención del consumo de drogas de CONACE, que actualmente están en ejecución y que dan cuenta de un proceso de transformación importante que apunta, en opinión de sus directivos, a mejorar la cobertura, focalización, calidad y eficacia del plan nacional, los cuales son considerados en las recomendaciones que el panel entrega a partir de la evaluación realizada.

Para la consecución de los objetivos planteados en el plan de prevención, objeto de esta evaluación, se crea en 1996, el Fondo Nacional Concursable de Proyectos para la Prevención del Consumo de Drogas que se constituye en el instrumento de inversión social que opera como mecanismo de asistencia técnica y financiera que permite el cumplimiento de los objetivos que dan cuenta de la misión del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)¹⁶, cuya evolución se describe en el esquema que se presenta a continuación.

¹⁶ Informe Ejecutivo del Programa Nacional para prevención del consumo de drogas. 1996 – 2000, del Área Técnica en Prevención y Tratamiento de CONACE.

Fondo de Inversión de CONACE y Modalidad de Financiamiento
1996-2000



El Fondo se implementa para los años 1996 y 1997 como un fondo concursable indiferenciado, que financia proyectos de las áreas comunitaria, escolar, tratamiento e investigación aplicada. En 1998 se diferencian fondo para cada una de estas líneas de acción manteniéndose la modalidad concursable: escolar, tratamiento, comunitario e investigación aplicada (que desaparece al año siguiente).

En 1999, se cambia la modalidad de asignación para el componente de prevención escolar y los programas de tratamiento y rehabilitación, elaborándose convenios de gestión entre Mineduc y Minsal (respectivamente) con Conace, transfiriéndose los fondos desde Conace a ambas instituciones para la implementación de los compromisos acordados y suscritos en el convenio. El componente de programas comunitarios mantiene parte de los recursos para el financiamiento del fondo concursable de proyectos y crea una nueva modalidad de asignación de recursos vía convenio con instituciones (organismos de iglesia, organismos no gubernamentales, etc.). Adicionalmente se formalizan los Siscop mediante convenios con los municipios.

En el 2000 se producen nuevas transformaciones que dan cuenta de nuevos instrumentos de asignación y ejes de priorización. En el componente de prevención escolar se llevan a cabo convenios para la prevención en el ámbito universitario y se mantiene la modalidad de convenio con Mineduc para la prevención escolar. Se continúa con los convenios con Minsal para la ejecución del programa de tratamiento y rehabilitación. En el componente comunitario nuevamente aparece dos nuevas formas de asignar los recursos: apoyo a proyectos de calidad y servicios de promoción local, y desaparece totalmente la asignación de recursos al fondo concursable de proyectos comunitarios. Se continúa con los convenios con municipios para la implementación de los Siscop.

Las principales modificaciones se observan en el componente de programas comunitarios, donde de acuerdo a lo señalado por Conace, en los primeros años de instalación tuvieron entre sus propósitos, validar el conjunto de procesos involucrados en un concurso público, abierto e informado, de proyectos de prevención y tratamiento. La evaluación global del primer año de instalación (1996), demostró que no había igualdad de oportunidades para acceder al financiamiento (competían en un mismo plano, por ejemplo, universidades, municipios y alguna ONG todos con habilidades instaladas en la formulación de proyectos en general, con una agrupación juvenil, un Centro de Madres o una Junta de Vecinos), que el aparato público no permitía un flujo de fondos expedito y que, muchas veces más de algún proyecto tenía beneficiarios similares y hasta comunes en alguna desagregación territorial. Ello llevó a perfeccionar el Fondo, diversificando la oferta (más de un programa) y buscando un aliado estratégico que asegurara un mayor tiempo de exposición de los beneficiarios de los proyectos a sus actividades por la vía de acortar los tiempos de transferencia de recursos¹⁷.

Los componentes que hoy forman parte del programa evaluado, han ingresado formalmente en diferentes momentos, lo cual se resume a continuación para una mejor comprensión de la evolución histórica del programa:

- Primer componente (SISNID): ha formado parte del programa durante todo el período de evaluación (1996 – 2000).
- Segundo componente (Campañas): también ha formado parte del programa durante todo el período evaluado.
- Tercer componente: (Programas Comunitarios): con diferentes formas de instrumentalización, ha estado presente todo el período.

¹⁷ Ver observaciones y comentarios al preinforme final del programa de Conace.

- Cuarto componente (Prevención Escolar): se identifica formalmente por separado a partir de 1998.
- Quinto componente (Programas de Tratamiento y Rehabilitación): se identifica a partir de 1998.
- Sexto componente (Siscop): se identifica formalmente a partir de 1999, si bien se implementa como experiencias pilotos a partir de 1997.
- Séptimo componente (Sistema de información al público): aparece el 2000.

2. Justificación del programa

Se identifican tres fuentes de origen del programa; primero, las necesidades, problemas y requerimientos de la población y del país respecto de las consecuencias no deseadas derivadas del consumo de drogas, segundo, la experiencia y aprendizajes de las diferentes acciones implementadas para prevenir el consumo de drogas ejecutadas en años anteriores¹⁸ y tercero, responder a convenios internacionales bilaterales y multinacionales relacionados con la prevención del consumo de drogas ilícitas¹⁹, que se constituyen en un argumento poderoso para favorecer la implementación de acciones del Plan.

A continuación se entregan elementos que refuerzan la magnitud y evolución del problema de consumo de drogas en Chile.

Los cuatro estudios nacionales realizados por el CONACE (1994, 1996, 1998 y 2000) muestran un sostenido aumento en el consumo de drogas ilícitas (marihuana, pasta base y clorhidrato de cocaína²⁰). De acuerdo al Tercer Estudio Nacional de Consumo de Drogas (1998), 17 de cada 100 personas, de entre 12 y 64 años, reconocen haber consumido alguna vez en la vida (prevalencia de vida²¹) una de aquellas 3 drogas y 5 han consumido durante el último año. El último estudio de consumo (2000) señala que aproximadamente 480.000 personas han consumido drogas ilícitas en nuestro país²². La tendencia del consumo muestra un sostenido crecimiento a partir de 1996 hasta la fecha.

¹⁸ Desde 1970 se vienen realizando en el país acciones dirigidas a la prevención del consumo de drogas, según se señala en Estudio sobre programas y proyectos de prevención de consumo de drogas en Chile 1970 – 1998, realizado por la Corporación ANCORA.

¹⁹ Propuesta de una estrategia nacional sobre drogas. Tema: Cooperación Internacional, documento de trabajo CONACE, diciembre 2000.

²⁰ Existen otras drogas ilícitas: estimulantes, solventes volátiles, alucinógenos, chicota que no se miden en esta encuesta, pero que se incorporan en el estudio de consumo de drogas en población escolar a nivel comunal, 1999.

²¹ Prevalencia de vida indica las personas que alguna vez en la vida han consumido drogas, prevalencia del último año indica las personas que han consumido drogas el último año, prevalencia del último mes indica aquellos que han consumido en el mes anterior a la encuesta e incidencia se refiere a aquellas personas que en el último año han consumido droga por primera vez en su vida.

²² Documento de Presentación del IV Estudio Nacional de Consumo de Drogas en Chile entregada por Conace.

Tendencia del consumo de drogas (1994 – 2000)

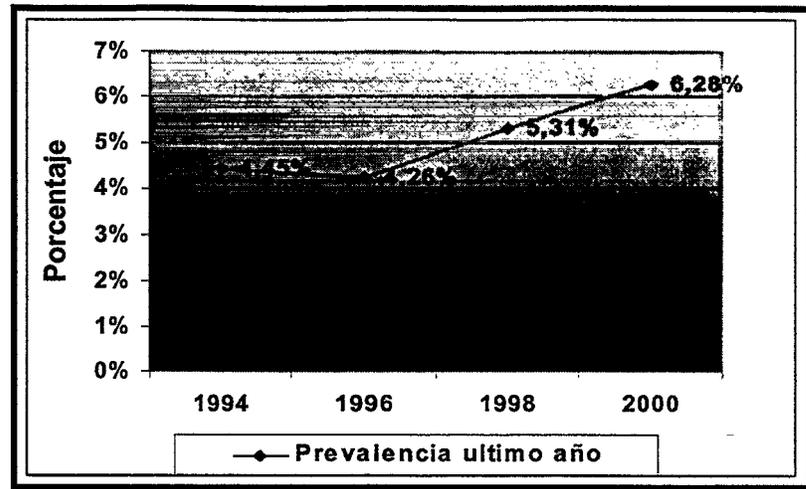


Gráfico elaborado por Conace

Asimismo, los resultados obtenidos en el último estudio de escolares (1999) señalan que entre los escolares del octavo básico a cuarto año medio la prevalencia de vida del consumo de cualquier droga ilícita (marihuana, pasta base o clorhidrato de cocaína) alcanza a un 23.6% a nivel nacional, con una edad de inicio del consumo menor de 15 años en la gran mayoría de ellos. Algunas cifras que avalan la importancia del tema se presentan a continuación²³.

Cuadro N°1: Prevalencia de consumo del último año de drogas ilícitas

Tipo droga	1994		1996		1998		2000	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Marihuana	6,5	1,8	6,2	2,2	7,46	2,41	9,1	2,9
Pasta base	1,6	0,2	1	0,3	1,47	0,24	1,3	0,2
Cocaína	1,6	0,3	1,4	0,4	2,31	0,48	2,7	0,5
Cualquiera	7,1	2,2	6,8	2,2	8,49	2,61	10,3	3,2

El crecimiento en la prevalencia de consumo de cualquier droga en términos porcentuales absolutos ha sido principalmente en los hombres, siendo el mayor crecimiento en marihuana donde en forma relativa ha aumentado más el consumo en las mujeres y seguido de la cocaína, donde su crecimiento relativo es mayor. Se observa una reducción del consumo de pasta base en los hombres y estancamiento en las mujeres, tal como se presenta en el cuadro siguiente.

²³ Los cuadros 1 al 6 fueron elaborados por el panel basándose en la información de las encuestas de consumo en hogares y en población escolar.

Cuadro N°2: Variación de la prevalencia en el consumo entre 1996 y 1998

Tipo droga	Var. % absoluta 1994 2000		Var. % relativa 1994 - 2000	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Marihuana	2,6	1,1	40,0%	61,1%
Pasta base	-0,3	0	-18,8%	0,0%
Cocaína	1,1	0,2	68,8%	66,7%
Cualquiera	3,2	1	45,1%	45,5%

El perfil del consumo de drogas indica que hoy 166.000 personas, más que en 1994, han consumido en el año del estudio drogas ilícitas, siendo mayor el crecimiento en jóvenes entre 19 y 25 años y en los estratos sociales medios bajos y medios altos, tal como lo muestra el cuadro siguiente.

Cuadro N°3 : Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en el último año

	1994	1996	1998	2000	Variación porcentual absoluta 1994 2000
Prevalencia consumo último año %	4,5	4,1	5,31	6,28	1,78
Prevalencia consumo último año (número de personas)	278.394	294.717	368.553	444.210	165.816
Relación mujer/hombre	0,31	0,32	0,31	0,31	0,00
Prevalencia según edad					
12 - 18	6,1	7,1	8,14	8,6	2,50
19 - 25	9,4	10,6	13,12	15,9	6,50
26 - 34	5,3	3,9	5,52	7,8	2,50
35 - 44	1,8	1	2	2,7	0,90
45 - 64	0,2	0,2	0,49	0,5	0,30
Prevalencia según NSE					
Alto	7,1	6,8	5,44	7,2	0,10
Medio alto	5,3	4,49	4,67	7,5	2,20
Medio	4,8	3,56	5,38	5,9	1,10
Medio bajo	3,4	4,69	5,61	6,3	2,90
Bajo	4,8	2,92	6,55	6,4	1,60

Aunque la relación mujer/hombre se mantiene en la población general, destaca el hecho de que el consumo por sexo en el grupo de 12 a 18 años es muy similar, perdiéndose el predominio del consumo en los hombres²⁴.

La incidencia²⁵ de nuevos consumidores que venía creciendo, se ha reducido para el año 2000 en todas las drogas y especialmente en marihuana, siendo siempre mayor en los hombres.

²⁴ Estudio Nacional de Consumo de Drogas 2000.

²⁵ Se refiere a las personas que consumen por primera vez en el año en estudio.

Cuadro N°4: Incidencia de nuevos consumidores de drogas ilícitas

Tipo droga	Incidencia nuevos casos por año			Variación porcentual absoluta 1996-2000
	1996	1998	2000	
Marihuana	1,76	1,85	1,5	-0,26
Pasta base	0,36	0,35	0,2	-0,16
Cocaína	0,45	0,7	0,4	-0,05
Cualquiera	2,29	1,95	1,5	-0,79

Si se analiza a la población escolar que ha consumido drogas durante el último año, se evidencia un incremento en la prevalencia de consumo en el último año muy superior a la tasa de crecimiento poblacional, estimándose una población escolar consumidora de 171.822²⁶, donde se evidencia un aumento en el consumo en todos los grupos, especialmente en los establecimientos municipales. Estos resultados confirman que la velocidad de crecimiento de la prevalencia de consumo indebido de drogas en la población escolar, es mayor que lo observado en la población en general, lo que refuerza la importancia de concentrar los esfuerzos preventivos en esta población objetivo.

Cuadro N°5: Evolución del consumo de drogas en población escolar

	1995	1997	1999	Variación % 1995 a 1999
Prevalencia consumo escolar	11,4	14,8	19,3	7,90
Prevalencia según sexo:				
Hombre	13,9	17,2	20,8	6,9
Mujer	9	12,5	17,7	8,7
Relación mujer/hombre	0,65	0,73	0,85	
Prevalencia según edad				
< 14	2	3,4	6,6	4,60
14 - 15	6,5	10,3	14,5	8,00
16 - 17	18	20,6	27,6	9,60
≥ 18	20,9	26,5	32,5	11,60
Prevalencia según establecimiento				
Municipal	9,2	12,8	18,7	9,50
Particular subvencionado	13,7	17,4	20,8	7,10
Particular	15,3	16,5	17,5	2,20

²⁶ Estudio diagnóstico de consumo de drogas en población escolar de Chile, año 1999. Mineduc.

Cuadro N°6: Prevalencia del consumo de drogas en población escolar, 1999

	Prevalencia último año %	Población escolar estimada	Prevalencia último mes %
Cualquier droga	19,3	129.557	11,5
Marihuana	18,8	127.972	7,8
Cocaína	3,3	22.492	1,8
Pasta base	2,2	14.790	1,9

3. Objetivos del programa a nivel de fin y propósito

El fin del Programa es "Contribuir a elevar la calidad de vida de los chilenos evitando, retardando y disminuyendo el consumo de drogas en el ámbito individual, familiar y social que por ello se generan²⁷".

El propósito del Programa es prevenir el consumo de drogas a través de acciones destinadas a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que afectan el consumo de drogas realizadas en conjunto por el Estado y la comunidad organizada.

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

Este programa forma parte del paquete de políticas sociales que lleva a cabo el gobierno y además responde a compromisos internacionales contraído por el país en este tema. Los principales instrumentos legales que sustentan el programa son:

- ◆ Decreto Supremo N°683 del 21 de septiembre de 1990 que crea y establece las atribuciones del CONACE
- ◆ Política y Plan Nacional de Prevención de Drogas (mayo 1993)
- ◆ Decreto Supremo N°1880 del 30 de marzo del 2000 que especifica la composición y mecanismo de funcionamiento del CONACE.

5. Descripción y cuantificación de bienes y/o servicios (componentes) del programa.

⇒ **Primer componente: Estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyendo un Sistema Nacional de Información sobre Drogas, en adelante Sistema Nacional de Información de Drogas (SNID).** En su origen (1993) el SISNID definió un sistema basado en antecedentes provistos por investigaciones y estudios, así como de estadísticas y evaluaciones, provenientes de las vertientes de prevención (que en su sentido genérico, que considera también al tratamiento, rehabilitación y reinserción) y de control, con el propósito de disponer de un diagnóstico actualizado del fenómeno de la droga en el país, en el cual Conace tuvo un rol protagónico. Inicialmente se crea un banco de datos sobre actividades de tratamiento y rehabilitación y el desarrollo de un sistema de vigilancia epidemiológica para la detección de drogas o metabolitos en fluidos corporales en servicios de urgencia y centros de detención (encuesta y testeo de drogas), orientados por la Secretaría Ejecutiva y ambos a cargo de Minsal con la colaboración de Mineduc²⁸. Posteriormente se incorpora la realización de estudios

²⁷ Del marco lógico definitivo elaborado por la Secretaría Ejecutiva de CONACE.

²⁸ Política y plan nacional de prevención y control de drogas. Ministerio del Interior – CONACE, mayo de 1993.

periódicos sobre consumo de drogas y percepción de cambio en factores de riesgo y protectores (encuestas) a nivel poblacional general (hogares)²⁹ y escolar³⁰, al cual adicionalmente se incorporan los resultados obtenidos en forma esporádica en diversos estudios descriptivos y evaluativos de tipo cuanti y cualitativos que entregan información específica. Durante el 2001 se están desarrollando otras líneas de estudio que se presentan en el Anexo N°4 y que apuntan a realizar diagnóstico de la situación del consumo de drogas en poblaciones específicas (ambiente laboral, conscriptos, reclusos, mujeres microtraficantes) además de continuar con las encuestas de consumo nacionales (hogares y escolares). Los productos generados por este componente en el período de evaluación se presentan en el cuadro siguiente.

Cuadro N°7: Productos que forman parte del Sistema de Información sobre Drogas

Productos	1997	1998	1999	2000
Encuesta sobre consumo hogares a		Se aplica en 62 comunas del país con más de 30.000 habitantes		Se aplica en 86 comunas del país con más de 30.000 habitantes
Encuesta sobre consumo escolares en	Representatividad regional. Población de 8° básico a 4° medio en ciudades de más de 5.000 habitantes. Responsabilidad Mineduc en coordinación con Minsal y CONACE		Representatividad comunal. Idem anterior en 62 comunas con más de 30.000 habitantes	
Vigilancia epidemiológica ³¹	Encuesta y testeo de droga en fluidos corporales realizado en servicios de urgencia y lugares de detención en puntos centinelas a nivel nacional.		Puntos centinelas en ³² : Servicios de salud: Valparaíso, Metropolitano Occidente y Sur-oriente, Concepción, Talcahuano y Valdivia Servicios de urgencia: H. Iquique, H. Van Buren, H. San J. De Dios y H. Valdivia.	
Estudios descriptivos específicos	Prevalencia de hallazgo de algunas sustancias psicoactivas en fallecidos peritados en el Servicio Médico Legal en 1996. Consumo de Drogas en Conductores de Locomoción Colectiva	Mapa de vulnerabilidad sobre consumo y tráfico de 63 comunas ³³		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Estudio de consumo en conductores en 21 puntos a nivel nacional. ◆ Estudio en fallecidos por traumatismos o

²⁹ Realizado en los años 1994, 1996, 1998 y 2000.

³⁰ Realizado en los años 1995, 1997 y 1999. La encuesta de 1995 de responsabilidad Mineduc en coordinación con Minsal y la Fundación Paz Ciudadana, contó con una muestra representativa de las regiones del país de alumnos entre 8° básico y 4° medio.

³¹ En Primer informe CEPAL – CONACE, se indica que en 1994 y 1995 se realiza encuesta y estudio de metabolitos en servicios de urgencia y centros de detención. En la información proporcionada por Secretaría Ejecutiva se indica que esta vigilancia se lleva a cabo en los años 1995, 1996 y 1997.

³² Informe sobre el estado de desarrollo del área tabaco, alcohol y drogas desagregado a nivel de Servicios de Salud, Minsal 2000.

³³ Informe Secretaría Ejecutiva CONACE, marzo 2000.

	Urbana, R. Metropolitana, 1997.			envenenamiento ingresados al Servicio Médico Legal de Santiago o Melipilla
Documentos disponibles	En la actualidad se cuenta con un conjunto de volúmenes de una serie de resúmenes analíticos acerca de investigaciones y proyectos de prevención, tratamiento y rehabilitación realizados por instituciones públicas y privadas y cerca de unos cuarenta documentos resultantes de las investigaciones financiadas por el Fondo CONACE.			

A partir del año 2000, ya no se concibe al SISNID, como el área o dependencia administrativa encargada de generar, por sí sola, la información sobre drogas del país, sino que dentro de éste sistema, que traspasa horizontal y verticalmente a todas las áreas de la Secretaría Ejecutiva del CONACE, se integra la información recogida por todas ellas, además de la información proveniente de los ministerios y dependencias ministeriales que manejan o requieren de información relacionada con el tema drogas. En este sentido el SISNID adquiere el carácter de ente coordinador, internamente entre las distintas áreas de la Secretaría Ejecutiva del CONACE e intersectorialmente en las diversas dependencias ministeriales, para producir, recopilar y sistematizar la información generada en Chile con relación la tema drogas.

En los compromisos, sobre generación de información relativa al tema drogas, establecidos por los Presidentes de las naciones asistentes a la Cumbre de las Américas realizada en Santiago de Chile, confirmado posteriormente por los representantes del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM), se define que los temas prioritarios de investigación para la CICAD, a partir del año 2001 son:

- Estudio en Estudiantes de Enseñanza Media
- Estudio en Jóvenes con problemas Judiciales
- Estudio en pacientes toxicómanos en Centros de Tratamiento
- Estudio en pacientes en salas e urgencia
- Estudio de Sustancias Psicoactivas en Medicina Forense
- Estudio en estudiantes de Enseñanza Superior
- Estudio en Población General

De los ocho temas de investigación citados, para fines del año 2001 se contará con la información de 5 de ellos.

⇒ **Segundo componente: Sensibilización e información a la población general respecto a los riesgos del uso de drogas en adelante Campañas,** se lleva a cabo el diseño, ejecución y evaluación de campañas masivas que para este período de evaluación han sido: *“Juégatela por tus amigos... sin drogas más libres”*, 1998, dirigido a sensibilizar a los jóvenes respecto de prevenir el consumo de drogas y resaltar la importancia de los amigos como agentes preventivos, *“Tu también... juégatela por la vida”*, 1999 - 2000 y *“La droga amenaza... conversemos”*, 2000 dirigido a persuadir a la opinión pública y especialmente a las familias, sobre la necesidad de dialogar acerca del tema. Adicionalmente se indican acciones de información al público y grupos de reflexión con empresarios, y otros actores sociales relevantes en el tema. En el cuadro siguiente se presenta en forma resumida las principales características de las campañas desarrolladas.

Cuadro N°8: Campañas masivas de comunicación sobre el tema drogas

Campaña	Objetivo	Medios	Tipo de material
Juégatala por tus amigos... ³⁴	<ol style="list-style-type: none"> 1) Prevenir el consumo 2) Generar clima social favorable a la prevención 3) Reconocer el rol preventivo de los amigos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prensa escrita (Revista Rock & Pop) ▪ Televisión (Canal Rock & Pop, TVN³⁵, UCTV) ▪ Radios (Rock & Pop, Tiempo, Carolina, Zero, Futuro y radios regionales) ▪ Vía pública (refugios y paletas) ▪ Vallas ▪ Cubos ▪ Transporte 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avisos gráficos: prensa, afiches ▪ Spot (30 segundos) ▪ Frases radiales (30 segundos) ▪ Gigantografías ▪ Vallas en buses ▪ Paletas
Juégatala por la vida... ³⁶	Difundir la noción de organización y movilización de la comunidad en torno a la prevención del consumo de drogas. Se alude a proyectos del fondo concursable.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metro ▪ Transporte público ▪ Paraderos de micro ▪ Vía pública ▪ Hogares en zonas definidas como vulnerables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Afiches ▪ Vallas ▪ Paletas ▪ Folleto desplegable
La droga amenaza.. conversemos ³⁷	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sensibilizar opinión pública sobre gravedad del problema 2) Generar conversaciones en todos los ámbitos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Televisión ▪ Radio ▪ Metro ▪ Paraderos de micro ▪ Microbuses ▪ Escuelas, centros culturales, consultorios, etc. ▪ Línea telefónica gratuita ▪ Página web 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spots ▪ Cuñas radiales ▪ Gigantografías ▪ Paletas ▪ Carteles ▪ Cartillas, videos, afiches, volantes.
<p>A partir de la última campaña, se desarrollan otras actividades locales, tales como la campaña "Fiesta de la conversa" realizada en 5 regiones en conjunto con INJ y donde participaron cerca de 30.000 jóvenes. También se han realizado convenios con empresas privadas Chilectra, Emos, Enami y Asociación de AFP, para la distribución gratuita de material de difusión sobre prevención de drogas en las respectivas boletas y cartolas que se distribuyen en todo el país.</p>			

⇒ **Tercer componente: Programas y proyectos de prevención comunitaria**, en adelante **Programas comunitarios**. Este componente inicialmente utiliza la modalidad de proyectos elegidos en un fondo concursable indiferenciado (1997). En 1998 se transforma en un fondo concursable específico para programas comunitarios (diferente al fondo para educación, salud e investigación aplicada). En 1999 se implementa el subprograma comunitario que mantiene la modalidad de fondo concursable para proyectos comunitarios, este componente incluye proyectos de difusión e información, formación de agentes comunitarios, desarrollo de actitudes positivas y recuperación de espacios públicos y se agrega la modalidad de convenios con organizaciones intermediarias dirigido a financiar proyectos de fundaciones, organizaciones no gubernamentales (ONGs) y corporaciones, que trabajan en poblaciones de riesgo, en prevención

³⁴ Información proporcionada por la Secretaría Ejecutiva directamente.

³⁵ Televisión Nacional.

³⁶ Informe de Secretaria Ejecutiva de CONACE, marzo 2000.

³⁷ Informe de evaluación de la campaña comunicacional.

del consumo de drogas y se elabora junto a Mideplan y Subdere³⁸ una metodología para la formulación y evaluación de programas que postulan en prevención del consumo de drogas³⁹, y finalmente en el año 2000 se adiciona el desarrollo de Servicios de Promoción Local que busca fortalecer a las organizaciones sociales para mejorar la calidad y pertinencia de sus programas comunitarios y asegurar su vinculación con los sistemas comunales de prevención (SISCOPE), vía la contratación de instituciones con capacidad para desarrollar intervenciones con organizaciones sociales en poblaciones vulnerables que se capaciten y diseñen y ejecuten proyectos comunitarios específicos.

En 1997 se ejecutaron 222 proyectos con un monto promedio de M\$5.243⁴⁰ ejecutados principalmente por instituciones públicas, privadas sin fines de lucro y solamente un 7% por organizaciones sociales, el número de proyectos casi se duplica al año siguiente (432 proyectos) con una leve reducción del monto promedio por proyecto. En 1999 el número de proyectos crece en un 58% respecto del año anterior y se reduce a la mitad el monto promedio por proyecto pero se destaca que la ejecución corresponde totalmente a organizaciones sociales, finalmente en el 2000 se modifica la modalidad y se financian 28 servicios de promoción local (asignados a ONGs) cubriendo todo el país (excepto la XII región) y llegando a 627 grupos sociales y desarrollando alrededor de 600 proyectos comunitarios, siendo el costo promedio por grupo de M\$751⁴¹. De acuerdo a la información entregada por Secretaría Ejecutiva los proyectos comunitarios para el 2001 ascienden a 533, donde el 40,2% se aprueban con observaciones⁴². A continuación se presenta cuadro resumen de los proyectos por año.

Cuadro N°9: Proyectos presentados y financiados en este componente para el período 1997 – 2001

	1997	1998 ⁴³	1999	2000	2001(*)
Modalidad de selección de proyectos	Fondo concursable indiferenciado	Fondo concursable diferenciados en 1) comunitario, 2) escolar, 3) tratamiento y rehabilitación, y 4) investigación aplicada	1) Proyectos de prevención y desarrollo comunitario (concurable) 2) Proyectos con organizaciones intermediarias	1) Servicios de promoción local 2) Proyectos de calidad nacional y regional	Proyectos de prevención y desarrollo comunitario
N° proyectos presentados	Total: 709 491 comunitarios 84 escolar 60 tratamiento 74 investigación	Total: 1800 Prevención escolar: 484 proyectos.	Total: 1.150 comunitarios		Total: 601 comunitarios
N° proyectos elegibles	Total: 223 proyectos 146 comunitarios 35 escolar 20 tratamiento	Prevención escolar: 435 proyectos.	Total: 679 Solamente comunitarios	Sin información	Todos los proyectos elegibles, 40% con observaciones

³⁸ Subsecretaría de desarrollo regional.

³⁹ Esta iniciativa tiene la finalidad de integrar este proceso al FNDR de manera de reorientar la inversión pública en este tema hacia la institucionalidad existente de evaluación y asignación de estas inversiones.

⁴⁰ Ver cuadro N° Anexo N°5

⁴¹ Ver cuadro N°3 de Anexo N°5.

⁴² Ver cuadro N°5 del Anexo N°5.

⁴³ Se dispone de evaluación ex – ante solo proyectos escolares de proyectos presentados y elegibles.

	22 investigación				
N° proyectos financiados	Total : 222 proyectos Monto financiamiento: M\$1.163.919	Total: 821 proyectos - 432 comunitarios - 296 escolares - 50 de tratamiento - 43 de investigación Monto financiamiento: M\$3.306.393	Total: 683 proyectos comunitarios Monto financiamiento: M\$1.512.417 32 proyectos con organizaciones intermediarias Monto financiamiento: M\$185.485	Total: 28 proyectos con instituciones a cargo del servicio de promoción local Monto financiamiento: M\$471.211 68 proyectos de calidad regional Monto financiamiento: M\$218.450 32 proyectos de calidad nacional Monto financiamiento: M\$ 287.658	Total: 533 proyectos comunitarios Monto financiamiento: M\$963.028
Tipo de institución beneficiaria	55% inst. públicas 39% (ONGs) 7% org. sociales	Idem año anterior	1) Organizaciones sociales (juntas de vecinos, clubes deportivos, etc.) 2) Fundaciones, ONGs, corporaciones privadas sin fines de lucro y organizaciones sociales	Fundaciones, ONGs, corporaciones privadas sin fines de lucro y organizaciones sociales	Organizaciones sociales

⇒ **Cuarto componente: Programas y proyectos de prevención escolar en establecimientos educacionales**, este componente también ha sufrido transformaciones durante el período de evaluación buscando responder a los desafíos en el ámbito de prevención escolar del consumo de drogas, con estrategias tendientes a insertar el tema, en los contenidos educativos de reforma educacional a través del trabajo en planes y programas y con esfuerzos aislados se ha trabajado en la inserción curricular de estos temas en las Universidades. El Mineduc viene trabajando, en forma sistemática o con directrices específicas, sobre el tema drogas desde 1992, creando el programa de prevención del consumo de drogas en el sistema escolar⁴⁴. En 1997 continúa la implementación del Fondo para Proyectos Escolares de Prevención (PEP)⁴⁵ con fondos propios del Mineduc y paralelamente se llevan a cabo algunos proyectos de prevención escolar financiados por CONACE (35 proyectos). En 1998, para no duplicar esfuerzos, se decide unificar las estrategias Mineduc y de la Secretaría Ejecutiva, desaparecen los PEP y crea un Fondo concursable para proyectos de prevención escolar que incorpora financiamiento desde Secretaría Ejecutiva, financiando proyectos entre MM\$ 1 a 1,5 si provenían de escuelas municipales o particulares subvencionadas, y hasta MM\$ 5 si provenían de departamentos o corporaciones municipales e involucraban a lo menos 5 establecimientos. En 1999 se

⁴⁴ Ver detalle de las acciones realizadas en Anexo N°6.

⁴⁵ Concurso anual, dirigido a todos los colegios municipalizados y particulares subvencionados, proyectos hasta M\$200 anuales, uso de estrategias de prevención inespecíficas con énfasis en la formación de monitores escolares.

establece la modalidad de convenio de gestión de traspaso de recursos desde la Secretaría Ejecutiva a Mineduc, para implementar las estrategias estandarizadas⁴⁶ en establecimientos municipales en 45 comunas priorizadas por vulnerabilidad frente al consumo de drogas, se inicia la línea de prevención temprana⁴⁷ en 10 comunas y se mantiene la modalidad concursable para los particulares subvencionados, modalidad que continúa en el 2000-2001, donde se aumenta la cobertura a 78 comunas focalizados en establecimientos municipales y particular subvencionados y se llega a 40 comunas con la estrategia de prevención temprana.

En cuanto a líneas de innovación se da cuenta de la creación de los sistemas escolares de prevención (SISEP), padres monitores de prevención y de estrategia conversacional sobre drogas. Respecto de acciones específicas relacionadas con la inserción del tema de drogas en los programas y planes, el 2000 se revisaron los Contenidos Mínimos de NB2 y NB4, de manera de identificar qué había ya de drogas, qué se podía intensionar, qué se podía agregar y en relación con los OFT (Objetivos fundamentales transversales) se ha buscado fundamentar las acciones de prevención en ejecución y constituirse en un puntal para la operacionalización de los OFT en las escuelas.. Este año (2001), se decide de trabajar en Planes y Programas entre 5º básico y 4º medio, para agregarles contenidos de drogas, actualmente en etapa de licitación a universidades e instituciones educativas que puedan trabajar con profesores en esta línea. Como productos concretos en esta línea, el 2000 se entrega una propuesta de contenidos para la incorporación de la temática drogas en los Planes y Programas de 7º básico y 3º medio, en los distintos subsectores de aprendizaje, y este año se espera evaluar los planes de 8º básico, donde ya han incorporado temas de drogas y requieren de opinión técnica. Asimismo, la Reforma toma este año Educación Parvularia, por lo que se está trabajando para incluir la visión preventiva a este nivel, sí en la malla curricular.

Las acciones y productos de este componente se pueden resumir en actividades de capacitación a profesores, desarrollo de materiales educativos, implementación de estrategias para su aplicación en las escuelas, difusión y socialización de los esfuerzos y evaluación periódica de lo realizado, que se pueden describen en el cuadro siguiente.

Cuadro Nº 10: Producción del componente de prevención escolar

	1997	1998	1999	2000
Modalidad de asignación recursos	Programas de prevención escolar (PEP) financiado por Mineduc Proyectos del Fondo Concursable CONACE	Desaparecen PEP Se crea Fondo de Proyectos concursable para prevención escolar	Convenio CONACE – Mineduc para apoyar líneas prioritarias concordadas ⁴⁸ .	Continúa modalidad 1999
Proyectos y programas financiados	Fondo CONACE financia 35 proyectos	Se financian 296 proyectos con fondos CONACE Monto de	Monto de financiamiento asignado desde CONACE:	Monto de financiamiento desde CONACE: MM\$ 532,7 Acciones para el período:

⁴⁶ Las estrategias estandarizadas son las siguientes: **Pasarlo Bien** (5º a 6º básico), **Ser y Crecer** (7º y 8º básico), **Vitales y libres** (1º y 2º medio) y **Cable a Tierra** (3º y 4º medio).

⁴⁷ Considera la aplicación del Manual Marori Tutibú entre 1º y 4º básico.

⁴⁸ Como consecuencia de la evaluación realizada por la Universidad de Chile respecto de los proyectos concursables.

	<p>Con costo promedio M\$4.600 Monto asignado: MM\$ 161 Se ejecutan 766 proyectos PEP</p>	<p>financiamiento: MM\$643,3 Creación y aplicación a modo de prueba de estrategias estandarizada en 3 comunas.⁴⁹: Marori y Tutibú 1° a 4° básico, "Pasarlo bien" 5° y 6° básico, "Ser y crecer" 7° y 8° básico,</p>	<p>MM\$ 430 Elaboración de manuales: "Vitales y libres" 1° y 2° medio y "Cable a tierra" 3° y 4° medio. Creación de 4 estrategias estandarizadas para colegios municipalizados y aplicación en 45 comunas para alumnos entre 1° básico y 4° medio. Para colegios subvencionados continúa fondo concursable de proyectos condicionado a la inclusión de 2 de las estrategias estandarizadas Aplicación de la estrategia de prevención temprana (1° a 4° básico) en 10 comunas</p>	<p>2000-2001: Focalización se amplía a 78 comunas . Se incluyen escuelas subvencionadas en uso de estrategias estandarizadas. Prevención temprana se amplía a 40 comunas. Uso del tiempo libre en regiones V y Metropolitana.</p>
<p>Productos complementarios</p>	<p>Capacitación profesores, alumnos y padres. Elaboración material educativo: Manual Ser y Crecer, CD Misión Vital, guía sobre prevención y transversalidad para primer ciclo básico⁵⁰. Realización 2° encuesta de consumo en escolares (DUSI)</p>	<p>Elaboración y aplicación de otros materiales. Realización de un estudio cualitativo sobre criterios de intervención frente a consumidores</p>	<p>Capacitación de profesores y alumnos. 44 personas realizan diplomado en prevención en Escuela de Psicología de U. Católica. Diseño y aplicación "Marori Tutibú". Aplicación de manual "Sin enredos", Distribución de otros materiales de apoyo (cartillas, videos, etc.). Realización 3° estudio DUSI y primer estudio comunal. Evaluación de Vitales y libres. Realización de actividades variadas de difusión y sensibilización sobre el</p>	<p>Capacitación en formulación y gestión de políticas y planes preventivos a escuelas, (se inicia capacitación a escuelas subvencionadas) Implementación capacitación a distancia vía Teleduc. Implementación proyecto Líneas innovadoras período: 2000-2001: "Ocupa tus ganas...ocupa tu escuela"⁵² (52 escuelas) Implementación estrategia de prevención secundaria en establecimientos que participan del proyecto "Liceo para todos"⁵³ (30 liceos). Implementación de pilotos Sistemas de prevención escolar (SISEP) en 12</p>

⁴⁹ Incluye capacitación a docentes, aplicación de un manual para alumnos y trabajo con la familia. Ver el detalle de lo que incluyen las estrategias actualmente definidas como estandarizadas, que incluyen prevención temprana en Anexo N°6.

⁵⁰ Fuente: Evaluación de Dipres del Programa de Prevención del Consumo de Drogas de Mineduc.

⁵¹ Realizado en conjunto con Minsal y orientado a detectar alumnos de 3° y 4° medio que presenten problemas asociados al consumo de drogas y alcohol para implementar un abordaje precoz.

⁵² Estrategia destinada a promover el uso del tiempo libre de escolares.

⁵³ Estrategia que apunta a evitar la deserción escolar.

			tema. Formulación y ejecución de proyectos regionales. Coordinación con MECE media y Enlaces para integrar contenidos sobre drogas en reforma educacional. Propuesta para incluir prevención de drogas en Programas escolares (5° básico a 4° medio) Reproducción y distribución videos "Viaje al corazón" y "El encierro" y elaboración del manual "Sin enredos" ⁵¹ Realización "2a. Etapa Estudio de Capacidad Preventiva en Establecimientos Educativos MINEDUC - U. de CHILE.	escuelas. Pilotos de estrategia conversacional sobre prevención consumo drogas (3 escuelas) Reproducción material y evaluación de Marori Tutibú Diseño prevención en educación parvularia Edición y reproducción de cassette ganadores concurso "Dile No por la Radio" Lanzamiento de Línea Editorial "Prevenir es Posible" Acciones de difusión y sensibilización (concurso de afiches). Página Web de difusión programa.
--	--	--	--	--

Se espera que en el 2001 la cobertura, a través del programa de prevención escolar llegue por lo menos al 90% de los establecimientos educacionales del país, incluidas todas las modalidades de intervención. Dentro de ese total, se proyecta intervenir en las 78 comunas identificadas con mayores índices de vulnerabilidad del país, con programas estandarizados desde 1° Básico a 4° medio, alcanzando una cobertura estimada de 1.500.000 alumnos, lo que representa el 50% de la matrícula a nivel nacional⁵⁴.

⇒ **Quinto componente: Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas** en adelante **programas de tratamiento**, considera el desarrollo de servicios e instalaciones destinadas a la atención de consumidores de drogas, apoyo de experiencias de tratamiento en instituciones privadas (ONGs); el impulso a la participación comunitaria en el tratamiento y rehabilitación; que se expresa a través del apoyo grupos de autoayuda y de apoyo técnico y financiero a programas de tratamiento comunitario; la atención de consumidores de drogas en los recintos carcelarios, y el desarrollo de mecanismos de reinserción socio laboral y el tratamiento y rehabilitación de los consumidores de drogas en los lugares de trabajo, objetivo que se espera cumplir a través de sensibilizar a directivos y ejecutivos y elaborar planes de tratamiento en industrias y empresas. Durante estos años el esfuerzo se ha centrado en aumentar cobertura de atención ambulatoria e internación, identificar y acreditar la red de centros de atención públicos que incluye, consultorios, centros comunitarios de salud mental familiar, centros de atención de salud mental y drogas (dependientes de algunos municipios), CRSs⁵⁵, CDTs⁵⁶, servicios de internación (incluidos hospitales generales y psiquiátricos) y comunidades terapéuticas; y privados que contempla un conjunto de centros especializados en

⁵⁴ Ver informe de observaciones y comentarios al preinforme final del programa entregado por Conace.

⁵⁵ Centro de Referencia en Salud.

⁵⁶ Centro Diagnóstico Terapéutico de Salud.

atención por consumo de drogas pertenecientes a fundaciones, ONGs, corporaciones sin fines de lucro, iglesias, etc.

Este componente también ha sufrido una evolución en el período estudiado, en 1997 a la red asistencial pública disponible para la atención por consumo de drogas se suma el apoyo de la Secretaría Ejecutiva a proyectos con la modalidad de concurso nacional indiferenciado, en 1998 se crea un fondo concursable específico para programas de tratamiento y rehabilitación, en 1999 se modifica la modalidad de asignación estableciéndose convenios con entidades públicas y privadas para la compra de cupos asistenciales, ésta modalidad continúa operando hasta el 2000. Se espera a partir de mediados del 2001 iniciar una nueva modalidad de asignación estableciendo convenios de compra basados en personas atendidas y sobre la base de los protocolos de atención que se han concordado con el Minsal⁵⁷. El detalle de este componente de los servicios que otorga se presenta en el cuadro siguiente⁵⁸.

Cuadro N° 11: Servicios otorgados por el componente de tratamiento y rehabilitación

	1997	1998	1999	2000
Modalidad de gestión	Fondo Concursable CONACE para proyectos de tratamiento Atención en los servicios de salud públicos y COSAM	Fondo concursable CONACE específico para tratamiento Atención con recursos sectoriales en red pública	Convenio CONACE – Minsal para garantizar un número de cupos asistenciales por año a nivel nacional Atención con recursos sectoriales en red pública	Continúa la modalidad anterior
Acciones de tratamiento	Licitación del fondo y aprobación de 20 proyectos de tratamiento por CONACE Se continúa la atención de pacientes en la red pública y en instituciones privadas con otro financiamiento	Licitación del fondo CONACE y aprobación de 50 proyectos de atención Monto asignado: MM\$419 Se continúa la atención de pacientes en la red pública con financiamiento Minsal	Firma de convenios con 108 centros para 197 cupos ambulatorios y 82 residenciales Monto asignado: MM\$ 416 Se continúa la atención de pacientes en la red pública con financiamiento Minsal	Programa de fortalecimiento de la red de atención. Firma de convenios con 96 centros para 422 cupos ambulatorios y 142 residenciales. Principal crecimiento en la R. Metrop. ⁵⁹ Monto asignado: MM\$463 Se continúa la atención de pacientes en la red pública con financiamiento Minsal
Otras acciones Minsal relacionadas con el consumo de drogas		Concurso de proyectos de promoción y prevención en tabaco, alcohol y drogas a nivel nacional, se realizaron 211 proyectos. Desarrollo de	Evaluación de capacidad preventiva en 4 Servicios de Salud (Atacama, Occidente, Sur y Bio Bio) Elaboración manual "Sin Enredos" con Mineduc Formación grupo normativo en prevención y tratamiento	Aplicación de normas de calidad y ficha única de atención de pacientes. Implementación página Web en página del Minsal Capacitación de profesionales y técnicos

⁵⁷ Ver detalle en Anexo N° 7 de los planes de tratamiento y rehabilitación en el consumo de drogas

⁵⁸ La desagregación regional se presenta en cuadros del Anexo N°8.

⁵⁹ Ver detalle por regiones en Anexo N°8.

⁶⁰ 33 comunidades acreditadas, 28 en proceso de acreditación y 4 no acreditadas en 1999.

⁶¹ Se presentaron 195 personas, se acreditaron 148 y no fueron acreditados 47 personas.

		acciones en prevención con financiamiento sectorial de campañas sanitarias.	<p>Evaluación de programas de tratamiento consumo de drogas basado en evidencia.</p> <p>Acreditación de Comunidades terapéuticas⁶⁰ (65)</p> <p>Acreditación de técnicos en rehabilitación por dependencia a drogas ⁶¹ (195).</p> <p>Diseño de normas de calidad</p> <p>Capacitación de profesionales y técnicos de comunidades terapéuticas.</p> <p>Actualización catastro de lugares de atención</p> <p>Publicación de boletines informativos</p> <p>Diseño página Web</p> <p>Desarrollo de acciones en prevención con financiamiento sectorial de campañas sanitarias en 9 servicios de salud del país.</p>	<p>de comunidades terapéuticas.</p> <p>Reporte periódico (diario) de atención de pacientes en 20 servicios de salud.</p> <p>Desarrollo de acciones en prevención con financiamiento sectorial de campañas sanitarias en 22 servicios de salud del país.</p>
--	--	---	---	---

A comienzos del año 2001, se realiza atención dirigida a consultantes por problemas asociados al consumo de alcohol y/o de drogas, en 383 establecimientos en todo el país (191 consultorios de APS⁶², 20 COSAM⁶³, 6 consultorios de especialidades, 73 hospitales, 84 comunidades terapéuticas y 9 otros centros). La complejidad de las acciones que realizan los diversos centros es muy heterogénea, oscilando entre consultas de carácter de recepción, acogida y derivación (la mayoría de los consultorios corresponden a esta categoría, hasta las que incluyen internación y terapias especializadas o rehabilitación psicosocial de 6 y más meses de duración).

Respecto de las atenciones por consumo de drogas en el 2000, se observa que un poco más del 70% del total de atenciones realizadas en la red asistencial pública corresponde al componente financiado por la Secretaría Ejecutiva⁶⁴, siendo mayor su participación en la Región Metropolitana, V y VIII región.

⇒ **Sexto componente: Plan Comunal de prevención en un grupo de comunas seleccionadas (sistemas comunales de prevención: SISCOP), en adelante SISCOP.** El programa piloto del cual surge el SISCOP, se inicia el año 1995 y tiene como resultado la elaboración de una metodología de intervención, el "Modelo Operativo". Se continúa con 3 comunas pilotos en 1997, en 1998 en 15 comunas y en 1999 se incorpora formalmente como un componente y se aplica

⁶² Atención primaria de salud.

⁶³ Centro de Salud Mental

⁶⁴ Ver cuadro N°5 y N°6 del Anexo N°8.

en 56 comunas que continúan el 2000⁶⁵. El proceso de implantación de los SISCOP contempla las siguientes fases: inserción en la estructura municipal, inserción en el espacio comunal (Conformación de la Comisión Comunal de prevención), capacitación de actores sociales relevantes y del equipo Siscop, fortalecimiento de la red social de apoyo a la prevención⁶⁶, elaboración del diagnóstico de situación de la comuna con los diversos actores participantes de la red y elaboración del Plan Comunal de prevención que debiera incluir las siguientes líneas de acción: 1) prevención, 2) tratamiento y rehabilitación, 3) reinserción social y 4) seguridad ciudadana y control. Se identifica que en la mayoría de las regiones se está en la etapa de implementación de esta estrategia, abocados a la socialización e institucionalización del tema y la generación de planes comunales de prevención. En opinión de las instancias regionales de CONACE⁶⁷ esta línea de acción se visualiza con potencialidades para coordinar los esfuerzos en el ámbito territorial en forma más integral y posibilita la incorporación más activa de actores locales en este desafío. El cuadro siguiente da cuenta del grado de implementación de este componente.

Cuadro N° 12: Descripción de productos de los SISCOP y grado de avance⁶⁸

Productos del SISCOP	Grado de avance al 2000
Inserción comunal	Programa instalado en la mayoría de las comunas priorizadas con diversidad de expresiones organizacionales (76% de logro). Los equipos técnicos del SISCOP se constituyen gradualmente en el referente temático para el municipio y la comuna.
Comisión Municipal	En proceso de construcción, 22 comunas la tienen constituida y en funcionamiento (menos del 50%).
Comisión Comunal	Existe en 43 comunas (más del 80% de los municipios que participan de esta estrategia).
Red Social	Grado de avance estimado en más del 60%, incorpora actores diversos.
Diagnóstico comunal	El 62% de las comunas se encuentra realizándolo y el 25% ya cuenta con el documento final. Uso de metodologías variadas y complementarias cuali y cuantitativas.
Plan Comunal de Prevención	13 comunas tienen plan terminado y en 7 se está elaborando, lo que permitirá focalizar los esfuerzos de prevención en líneas de acción compartidas entre diversos actores locales. Esfuerzo de priorización de inversión social comunal en el tema que se integra al Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO). Se estructura territorialmente, integra acciones de prevención para la familia, la comunidad, el ámbito escolar, laboral, salud; incluye acciones de capacitación, investigación, intervenciones territoriales, etc.

En general de acuerdo a la evaluación en curso respecto de la implementación de los SISCOP a escala nacional, se encuentran 5 comunas en la banda crítica de avance (8,9%), 18 comunas en la banda de alerta (32,1% y el resto en normalidad (41,1%) y óptimo grado de avance (17,9%)⁶⁹.

⁶⁵ Para el 2001 se contempla una expansión en 20 comunas más priorizadas por su mayor vulnerabilidad respecto del consumo de drogas.

⁶⁶ Se considera el principal soporte del Siscop y debe estar integrado por los principales actores comunales: municipio, salud, educación, iglesias, ONGs, organizaciones sociales, etc.

⁶⁷ Informes de gestión de CONACE regional 1999.

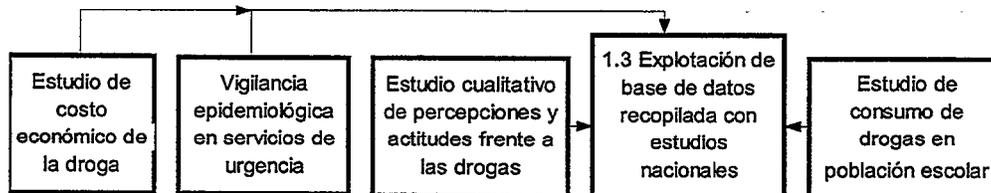
⁶⁸ Seguimiento, monitoreo y evaluación del proceso de implementación de los SISCOP, informe intermedio de septiembre del 2000. Consultora DGV.

⁶⁹ Seguimiento, monitoreo y evaluación del proceso de implementación de los SISCOP, informe intermedio de septiembre del 2000. Consultora DGV.

⇒ **Séptimo componente: Sistema de información al público en general**, se ha creado un servicio de información al público que orienta y da respuestas a consultas relacionadas con el problema de las drogas, que se refiere a un Centro de Documentación e Información con material impreso y audiovisual, una Página WEB interactiva y Fonodrogas (Línea 800 para todo el país) que en el segundo semestre 2000 recibió 5.082 llamadas con más de un 80% de llamados pertinentes⁷⁰.

6. Procesos de producción de los componentes y financiamiento

COMPONENTE 1: Estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyendo un Sistema Nacional de Información sobre Drogas



La Dirección Ejecutiva en cumplimiento a los objetivos generales del Plan de Prevención del Consumo de Estupefacientes, ha formado el Sistema Nacional de Información sobre Drogas, con el fin de generar un sistema regular de información válida y confiable y repetida en el tiempo, que permita la planificación, seguimiento y evaluación de los procesos desarrollados en materias de prevención, tratamiento y rehabilitación. Para ello, se han definido las siguientes actividades:

1. **Realización de cuatro Estudios Nacionales** sobre consumo de droga, que permiten contar con elementos de juicio que contribuyen a identificar demandas, fundamentar y focalizar acciones de investigación e identificar con la mayor precisión posible, aquellas zonas geográficas de mayor riesgo y los grupos de población más vulnerables.

Los procesos involucrados son:

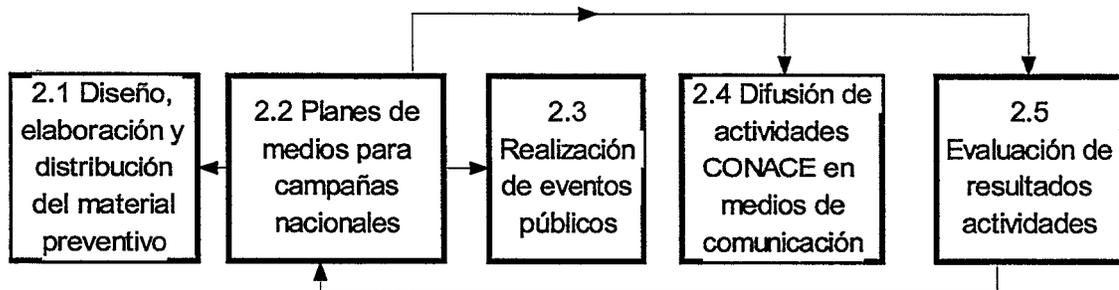
- Solicitud de observaciones al cuestionario a utilizar, a diversas instituciones públicas que tienen algún grado de vinculación con el tema drogas.
 - Invitación y a empresas consultoras a presentar una propuesta técnica y económica para la ejecución del trabajo de campo y su posterior selección. La institución seleccionada, en conjunto con el Área de Estudios del CONACE, realizan la capacitación del personal de terreno: supervisores CONACE, jefes regionales, jefes de terreno, supervisores y encuestadores.
 - Inicio del trabajo de campo propiamente tal, esto es la aplicación de encuestas y el desplazamiento de los encuestadores, supervisores, jefes de terreno y jefes regionales por parte de la empresa ejecutora.
 - Reuniones de seguimiento para ver los avances del trabajo en terreno.
 - Entrega de bases de datos por parte de la entidad ejecutora. Luego se procede a un análisis detallado de estas para su posterior publicación.
2. **Explotación de la base de datos** de los estudios nacionales de consumo de drogas, generada mediante la realización de estudios complementarios para procesar la información recopilada y efectúa los cruces necesarios con otras muestras estadísticas médicas, sociales y económicas existentes en Chile con el fin de orientar, fundamentar, planificar, hacer el seguimiento y evaluar las actividades preventivas que se implementan en el país.

⁷⁰ Informe cualitativo del Fonodrogas, CONACE, julio a diciembre del 2000.

3. **Elaboración de informe anual** sobre la situación de drogas: el informe recopila y entrega la información sobre el tema drogas, generada, procesada y analizada en nuestro país por el conjunto de instituciones, públicas y privadas, vinculadas a la prevención, control, tratamiento y rehabilitación.
4. **Estudio de consumo de drogas en población escolar**, para conocer la magnitud del consumo de drogas en esta población y las variaciones que experimenta ante diferentes condiciones personales, familiares y educacionales que afectan a los escolares.

Los mecanismos de transferencia de recursos se realizan a través de los llamados a propuesta pública, en la cual se adjudica la ejecución del trabajo, realizándose los pagos de acuerdo a las bases establecidas descritas en Licitación de Propuestas para Estudios e investigaciones que se describe más adelante.

COMPONENTE 2: Sensibilización e información a la población general respecto a los riesgos del uso de drogas - Campañas



Considerando que la información constituye un elemento básico para promover y permitir la habilitación de las personas en su relación con las drogas y fomentar la participación en tareas de prevención del consumo. La estrategia comunicacional existente pretende proyectarse en un horizonte de largo plazo, sustentable y sostenido en el tiempo. Esta basada en la discusión actualizada sobre experiencias y conocimientos disponibles y apoyada en principios, que pretende le den sentido a las acciones que ella propone. De esta manera, se han desarrollado las siguientes campañas y acciones educativas para difundir mensajes preventivos:

Campañas:

- Campaña “Soy Bacán... yo no le hago”, 1997
- Campaña “Juégatela por tus amigos... sin drogas más libres”, 1998
- Campaña “Tu también... juégatela por la vida”, 1999
- Campaña “Juégatela por la vida”, 2000
- Campaña “La droga amenaza... conversemos”, 2000

Acciones:

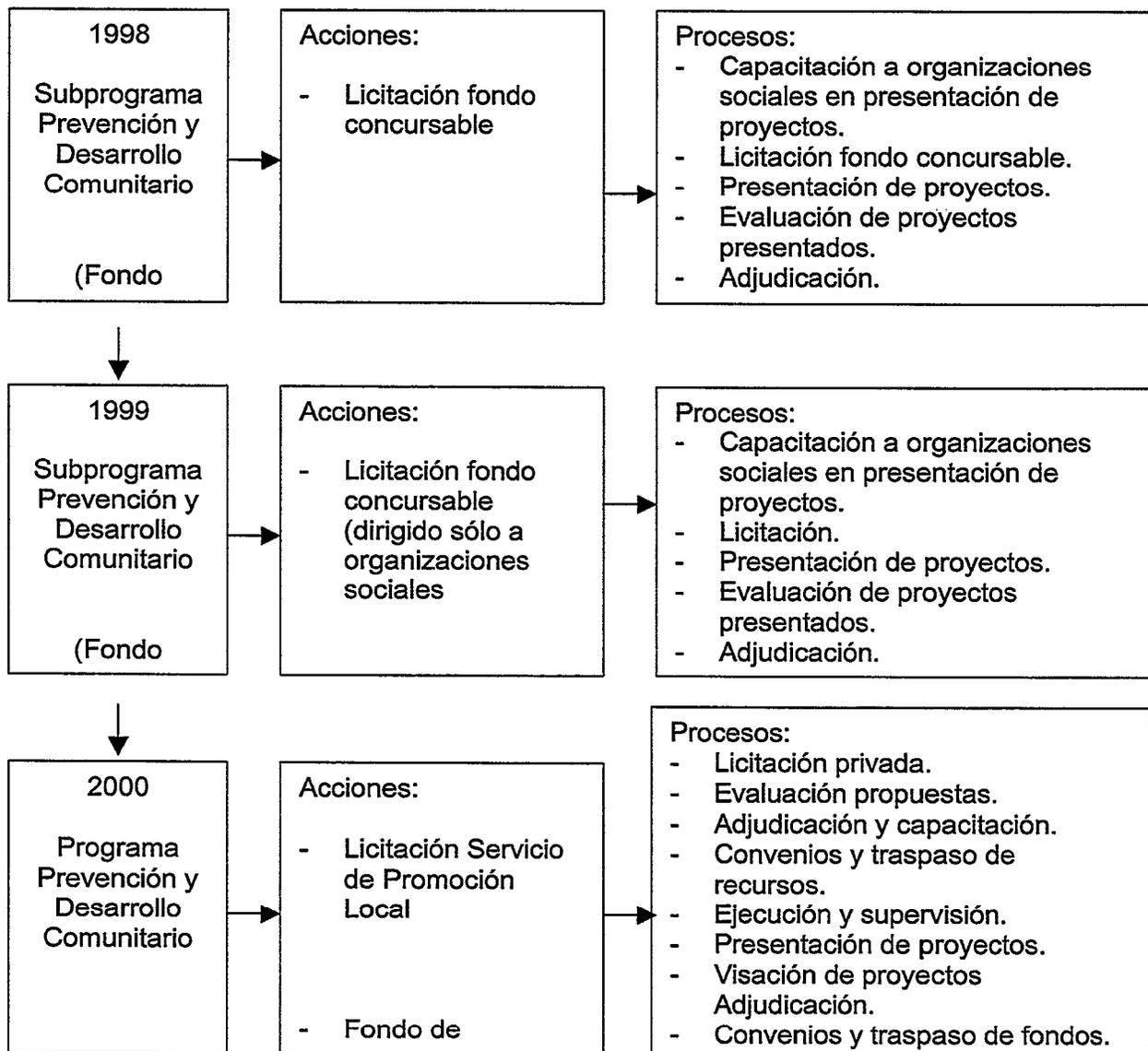
- Diseño, elaboración y distribución de material de difusión en materias de prevención, tratamiento y rehabilitación y control.
- Realización de eventos públicos.
- Realización de actividades de prensa, las que involucran entre otras:

- Cubrir y difundir las actividades del CONACE en los medios de comunicación; coordinar las actividades públicas de la institución; análisis de prensa vinculado a la temática; colocar en la agenda pública el fenómeno de las drogas.

Los mecanismos de transferencia de recursos se realizan a través de los llamados a propuesta pública, en la cual se adjudica la ejecución del trabajo, realizándose los pagos de acuerdo a las bases establecidas descritas en Licitación de Propuestas para Estudios e investigaciones que se describe más adelante.

COMPONENTE 3: Programas y proyectos de prevención comunitaria

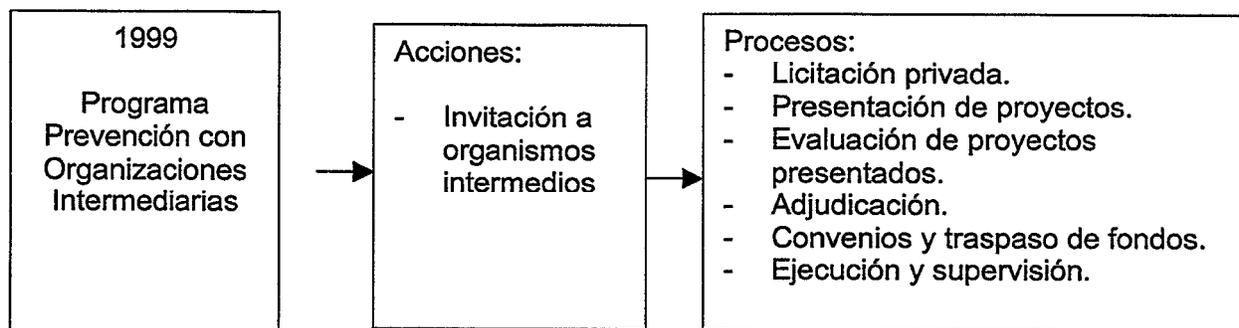
Programa Prevención y Desarrollo Comunitario: a cargo de Conace



Durante los años 1997-1998 y 1999 el apoyo de proyectos de prevención del consumo de drogas, destinado a las organizaciones comunitarias del país, se realizaron a través de Fondos

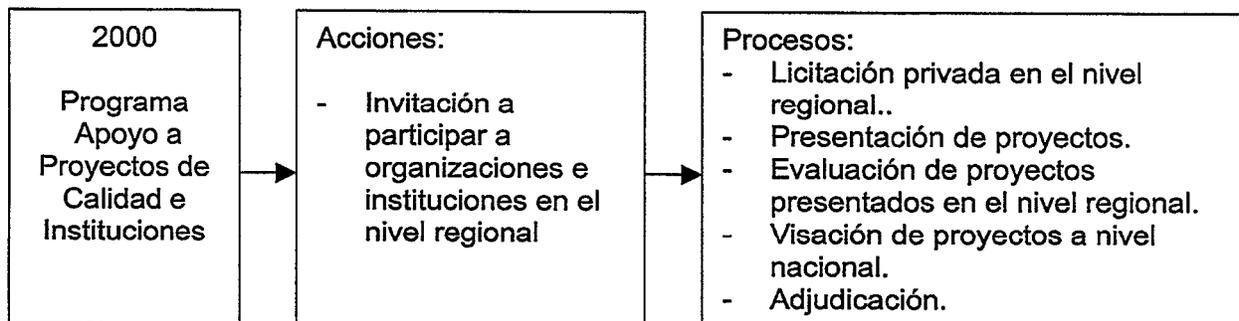
Concursables. En 1999 se incorpora el Fondo para organizaciones intermediarias (principalmente ONGs) cuyos procesos se detallan a continuación.

Programa Prevención con Organizaciones Intermediarias

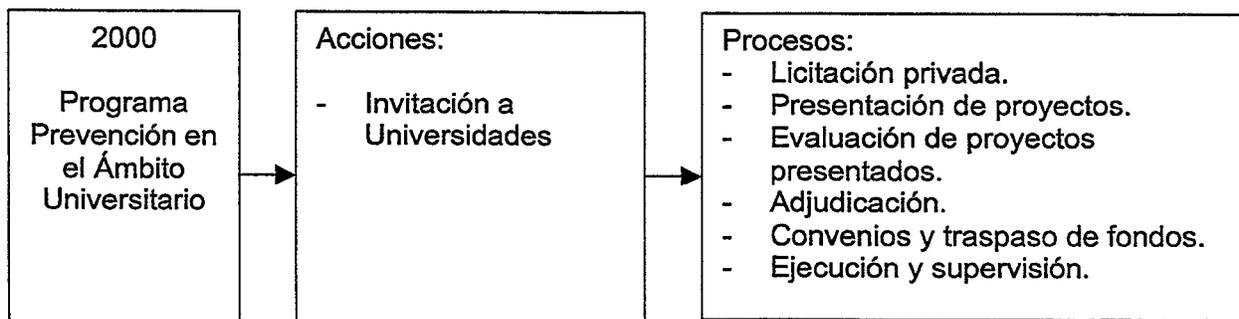


El año 2000 la modalidad para este tipo de proyectos consistió, en el fortalecimiento de la acción territorial del CONACE a través de un servicio de promoción local cuyo objetivo es mejorar la coordinación y autodiagnósticos locales, como una forma de preparar proyectos cualitativamente pertinentes a la realidad de cada sector o localidad. Adicionalmente se crea una nueva línea de proyectos que tiene la finalidad de apoyar proyectos de calidad y proyectos específicos relacionados con el ámbito universitario, seleccionados por la Secretaría Ejecutiva, cuyos procesos se describen a continuación:

Programa Apoyo a Proyectos de Calidad e Instituciones



Programa Prevención en el Ámbito Universitario

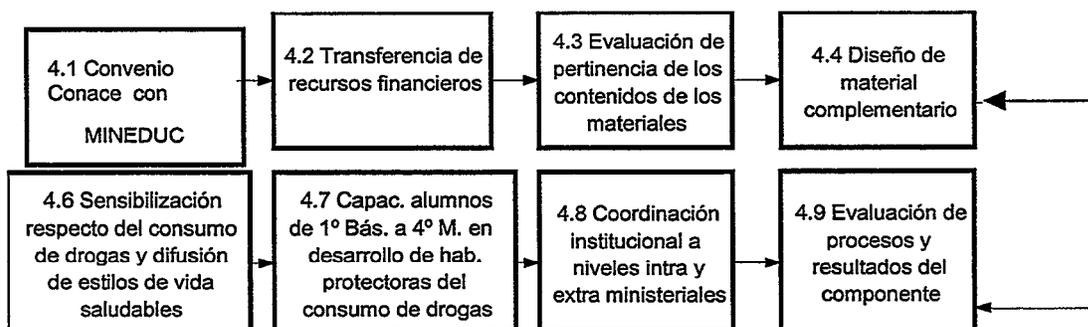


En el marco de este Subprograma, se desarrollaron las siguientes actividades:

- Convocatoria y difusión.
- Postulación y selección de proyectos.
- Contratación y ejecución de proyectos.
- Seguimiento y ejecución de proyectos.
- Evaluación de impacto del Programa.

Los mecanismos de transferencia de recursos para Proyectos de desarrollo Comunitario, Proyectos de apoyo a organizaciones intermediarias, Proyectos de Calidad se realizan a través de las siguientes modalidades: Fondos para proyectos adjudicados a través de Concurso o asignación directa y Convenios con Instituciones públicas y privadas, que se describen más adelante.

COMPONENTE 4: Programas y proyectos de prevención escolar en establecimientos educacionales



En rigor un conjunto de estas acciones ocurren en forma no secuencial y se realizan en paralelo.

Para el caso de los programas de prevención en el ámbito educacional, realizados durante los años 1997 y 1998, estos se realizaron bajo la modalidad de fondo concursable, que contenía las mismas actividades detalladas en el componente 3.

El Subprograma de Prevención Escolar 2000, se realizó a través de Convenios de Gestión con unidades educativas y su objetivo fue habilitar en capacidades y competencias preventivas a corporaciones y departamentos municipales de educación, establecimientos particulares subvencionados y corporaciones privadas de educación subvencionadas, para lo cual se implementó, en coordinación con el Ministerio de Educación, un programa de prevención en el ámbito escolar desde 1º Básico a 4º Medio, diferenciado de acuerdo a las estrategias estandarizadas aplicadas en el sistema escolar.

La cobertura del programa alcanza al 100% de la matrícula escolar municipalizada y particular subvencionada de un conjunto de comunas y un conjunto de colegios particulares pagados.

Las actividades planificadas para el desarrollo de este Subprograma son las siguientes:

- Negociación y elaboración de convenio Conace - Ministerio de Educación.
- Transferencia de recursos.
- Evaluación de pertinencia de los contenidos de materiales.

- Diseño de material complementario a los programas.
- Validación de materiales educativos elaborados.
- Evaluación de resultados del programa.

Complementariamente, durante el año 2000, se comenzó a desarrollar un trabajo de Prevención Temprana, mediante la constitución de equipos intersectoriales en cada región, para el diseño, implementación, evaluación y réplica de un programa de prevención temprana a nivel de barrios.

Para lo anterior se han definido las actividades que siguen:

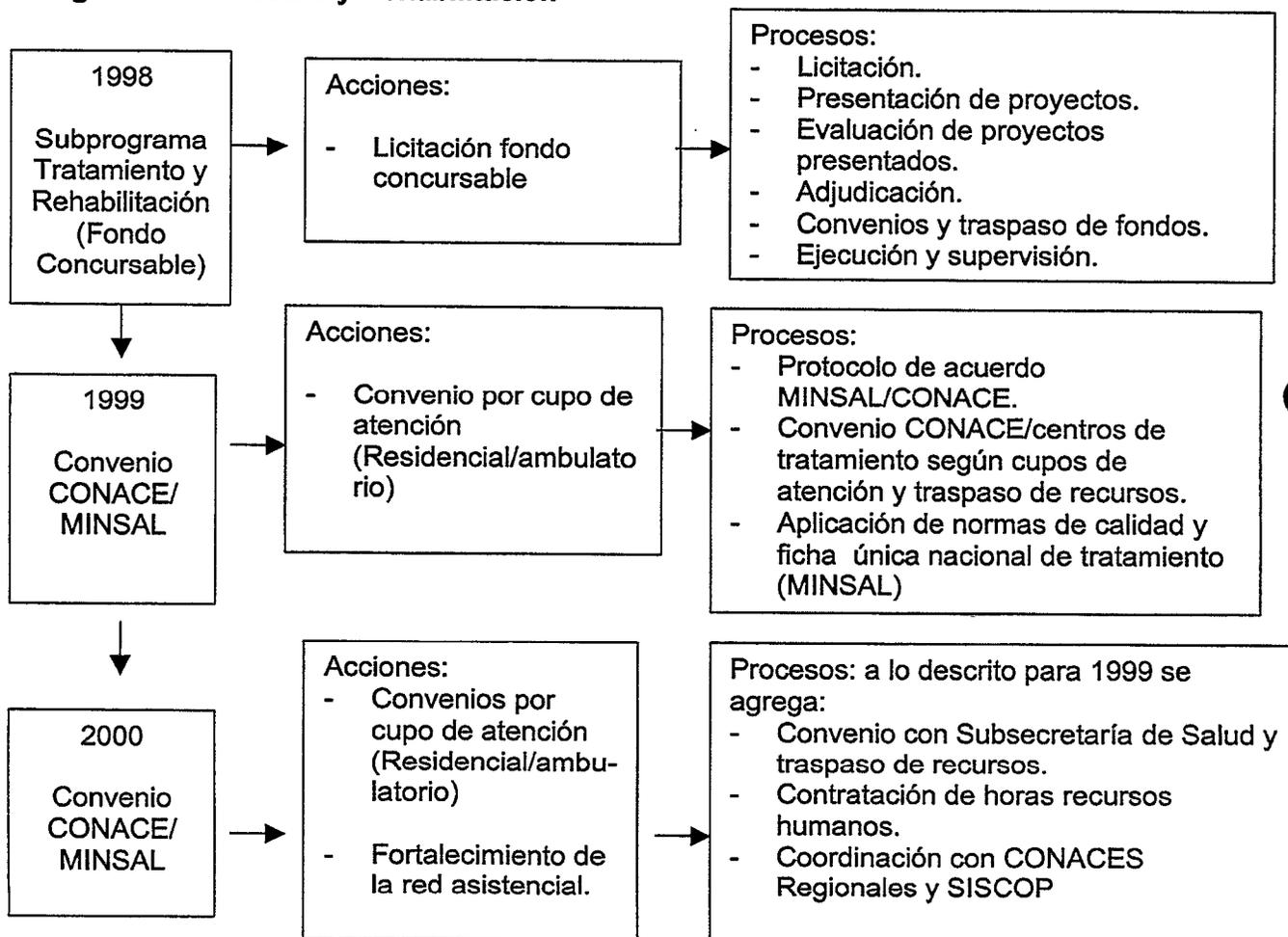
- Diseño y confección del Manual para monitores y niños.
- Capacitación a equipos locales.
- Seguimiento y evaluación de resultados del Programa.

Los mecanismos de transferencia de recursos para Programas y proyectos de prevención escolar en establecimientos educacionales se realizan a través de Convenios con Instituciones públicas y privadas, que se describen más adelante.

COMPONENTE 5: Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas

La evolución de este componente en los años evaluados, las acciones realizadas por CONACE así como los procesos involucrados para cada año se detallan a continuación.

Programa Tratamiento y Rehabilitación



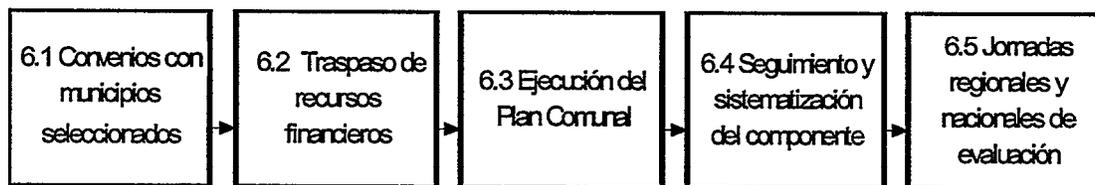
Con el propósito de mejorar el acceso oportuno y equitativo a los servicios de asistencia destinados a personas con problemas derivados del consumo de drogas, se ha financiado cupos asistenciales y fortalecimiento de la red local de atención de los Servicios de Salud.

Para lo anterior se han definido las siguientes actividades:

- Establecimiento de convenios con "Centros de Tratamiento", esto es, establecimientos de la red pública de salud (hospitales, Cosam, Consultorios de especialidad, otros), de la red solidaria asociada (comunidades terapéuticas, ONGs, otros) y algunos propiamente privados.
- Ampliación de convenio con Centros de tratamiento que actualmente son beneficiarios.
- " Establecimiento de convenio con Subsecretaría de Salud para traspaso de recursos para la contratación de apoyo a los Servicios de Salud y centros de Atención Primaria", que contempla apoyo financiero para la contratación de horas profesionales en Servicios de Salud de la región Metropolitana y Centros de Atención primaria en todo el país.
- Seguimiento y Evaluación de los procesos comprometidos en los convenios establecidos por parte de los Conace regionales (CORECE).

Los mecanismos de transferencia de recursos para Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas se realizan a través de las siguientes modalidades: Fondos para proyectos adjudicados a través de Concurso o asignación directa y Convenios con Instituciones públicas y privadas, que se describen más adelante.

COMPONENTE 6: Plan Comunal de prevención en un grupo de comunas seleccionadas (sistemas comunales de prevención)



Con el objeto de contar con una estructura con capacidad de planificación, coordinación y evaluación en 56 comunas del país, que se traduce en un plan comunal de drogas, elaborado con la participación del conjunto de instituciones y organizaciones que conforman el SISCOP. Sobre la base de un abordaje integral del fenómeno, dicho plan debe estar inserto en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO).

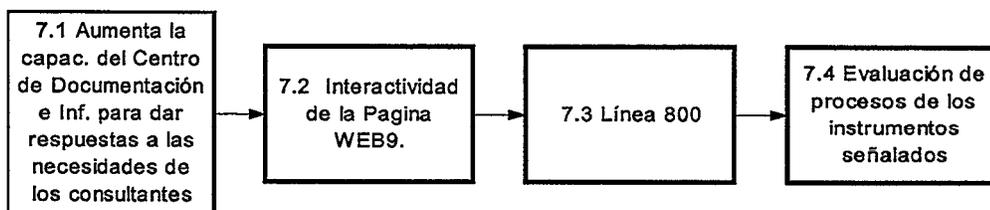
Con el fin de asegurar la permanencia de los programas en la comunidad se ha trabajado en conjunto con los Gobiernos Regionales y Alcaldes. Para ello, se han realizado las siguientes actividades:

- Implementación de un modelo Operativo durante el año 1997 en 3 comunas del país
- Desarrollo de una fase de extensión del programa en 1998. Se amplía a 15 comunas del país
- Inicio de Proceso de Instalación de SISCOP en 1999 en 56 comunas
- Construcción de Planes Comunales de Prevención en el año 2000 en 56 comunas
- Realización de jornadas nacionales y regionales de evaluación del proceso de construcción del Plan Comunal de prevención de drogas.

- Inicio del proceso de establecimiento de convenios con los 56 municipios para su posterior ejecución a partir del año 2001

Los mecanismos de transferencia de recursos para sistemas comunales de prevención se realizan a través de Transferencias a PNUD que se describen más adelante, son válidas hasta el 2000. Este traspaso de recursos es para recursos humanos, equipamiento y gastos de operación. A partir 2001, se establecerán convenios con cada Municipio, y se traspasarán recursos para financiar un proyecto anual para superar el problema drogas en 56 comunas en que está instalado el sistema y en 20 nuevas, de acuerdo a los indicadores de vulnerabilidad y riesgo.

COMPONENTE 7: Sistema de información al público en general



Con el propósito de informar, orientar y derivar a las personas que consultan con respecto al tema de las drogas se han definido las siguientes actividades:

- Creación de un centro de documentación con información abierta al público en general en oficina de CONACE Nacional.
- Creación y mantención de una página Web que contenga información relevante y actualizada de la problemática de la droga.
- Creación de un servicio de línea 800 con personal especializado para entregar información asociada a la problemática de la droga.

Los mecanismos de transferencia de recursos para Sistema de información al público en general se realizan a través de Pago de Honorarios y Pago Directo a Proveedores que se describen más adelante.

Asignación de recursos

La Secretaría Ejecutiva recibe una asignación de recursos de acuerdo a la Ley de presupuesto, aprobada cada año por el Congreso Nacional, dicha asignación es un monto global (sin itemización), la que contiene una glosa presupuestaria que limita solo los gastos en honorarios del personal. Una vez aprobado dicho presupuesto, este se asigna por cada uno de los componentes definidos y las actividades involucradas en cada componente. Dicha asignación se realiza con una programación de caja la que se va ejecutando de acuerdo a las siguientes modalidades:

A) Fondos para proyectos adjudicados a través de concurso o asignación directa:

Existen diferentes tipologías de proyectos, tales como: proyectos de desarrollo Comunitario, proyectos de apoyo a organizaciones intermediarias, proyectos de calidad, proyectos de apoyo a servicios de salud y comunidades terapéuticas, etc. Para cada proyecto se debe realizar un convenio con la institución ejecutora en la que se establecen las condiciones de traspaso de fondos⁷¹ y formas de rendición y monitoreo de los mismos. Existen mecanismos específicos en

⁷¹ Esto considera el traspaso del 40% con la firma del convenio, 45% y 15% contra la rendición de la entrega anterior.

casos de excepción en el cual se le pide la ejecución del 75% del proyecto para recibir la última remesa (15%).

B) Convenios con Instituciones públicas y privadas

Para el caso de un componente que implique la realización de un convenio con alguna institución pública o privada existente, este se realiza estableciendo las condiciones de traspaso de recursos y de rendición de los mismos. Dicho traspaso dependerá de las características del proyecto y los informes de rendición y monitoreo, al igual que para el caso de proyectos de apoyo a organizaciones comunitarias son requisito para el pago de las remesas subsiguientes si es que las hubiera.

C) Licitación de Propuestas para Estudios e investigaciones

Para el caso de Estudios o investigaciones de gran envergadura, se determina la realización de una licitación Pública o Privada, invitando a los organismos especializados en el estudio a realizar. Dicha licitación se enmarca en las normativas del Estado para tal efecto, la que culmina con la adjudicación de la organización ejecutora y la posterior confección del convenio correspondiente, donde se establecen las condiciones de transferencia de recursos, rendiciones, monitoreo y sistemas de evaluación del mismo.

D) Pago Directo a Proveedores

Para el caso de Gastos de Administración y el pago de proveedores de actividades indicadas en cada componente, el pago se realiza dependiendo de las características de dicho desembolso, para ello puede estar respaldado por un contrato y convenio por un período determinado o por una orden de compra, la que previamente debe estar respaldada con una licitación privada o pública con a lo menos tres cotizaciones que avalen la decisión tomada.

E) Transferencia de Recursos a regiones

Para el caso de componentes cuyas actividades se deben realizar en regiones, se determina los montos a transferir de acuerdo a la naturaleza de las actividades y un programa de caja establecido. Dicha transferencia se realiza en forma parcializada a los departamentos de finanzas de las intendencias regionales, estableciendo paralelamente los procedimientos para su utilización y pagos, además se establecen los mecanismos de rendición y control por parte de los CONACE regionales.

F) Pago de Honorarios

Para el caso de desembolso de dineros para pago de honorarios de los profesionales que operan tanto en Secretaría Ejecutiva como en los CONACE regionales, este se realiza a través de contratos anuales, los cuales son cancelados directamente por el departamento de personal del Ministerio del Interior para el caso de profesionales del Secretaría Ejecutiva y por las Intendencias para el caso de profesionales de CONACES Regionales.

G) Transferencias a PNUD

Se ha establecido un convenio entre el Ministerio del Interior, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Ministerio de Relaciones Exteriores, el que establece la transferencia de recursos a PNUD para que sean administrados de acuerdo a la programación de actividades y desembolsos que el Secretaría Ejecutiva establezca. Dichos traspasos se realizan en forma mensual, para lo cual el PNUD debe periódicamente informar de su ejecución y saldos financieros. Los mecanismos de desembolsos para la asignación de recursos son los mismos señalados en los puntos anteriores.

El hecho de que el Plan General de Prevención sea un programa inserto dentro de la administración del Ministerio de Interior, implica que los fondos se solicitan y se pagan a través de este último, generando lentitud en la operación de pagos que ha impedido dar una mayor resolución al cumplimiento de lo programado. Con el fin de agilizar el manejo de recursos financieros se utiliza un

organismo externo que realiza los pagos en forma más expedita, utilizando una forma de pagos de proyectos validada en forma internacional el PNUD. El PNUD funciona como un organismo administrador de los recursos financieros con el objeto de dar agilidad a la entrega de los fondos. Opera con un convenio establecido entre Ministerio de Interior y PNUD. Para el 2001 el financiamiento del Siscop se realiza mediante el establecimiento de convenios con cada municipio y se traspasarán los recursos para financiar un proyecto anual en las 56 comunas donde el Siscop ya está instalado y en 20 comunas nuevas de acuerdo a los índices de vulnerabilidad y riesgo.

Transferencia de recursos para el programa en Mineduc

Con relación a los recursos de Secretaría Ejecutiva, éstos son enviados del Ministerio del Interior a la UAP (Unidad de Administración y Programas), luego se traspasan al Departamento Extraescolar y Programas Formativos Complementarios y luego al Programa de Prevención del Consumo de Drogas.

Los recursos del Mineduc pasan de la UAP a la División de Educación General, luego al Departamento Extraescolar y Programas Formativos Complementarios y luego al Programa. El Departamento tiene dos glosas: una de drogas y otra del resto de los programas y de extraescolar.

Administración de Recursos Humanos

El recurso humano de la Secretaría Ejecutiva de CONACE se compone de profesionales contratados a través de 5 modalidades:

- ◆ Profesionales con contrato de Planta del Ministerio del Interior
- ◆ Profesionales con contrata del Ministerio del Interior
- ◆ Profesionales a Honorarios Cancelados vía Ministerio del Interior
- ◆ Profesionales a Honorarios contratados por las Intendencias regionales
- ◆ Profesionales a Honorarios a través del Programa de Naciones Unidas

Los profesionales de planta y contrata del Ministerio del Interior están determinados por los cupos que dicho ministerio Asigna al programa Plan General de Prevención. Los Contratos a Honorarios a través del Ministerio del Interior están determinados por el monto asignado en glosa presupuestaria para el ítem Honorarios. Los Contratos a Honorarios a través de intendencias está determinado por la estructura definida para cada región y se operacionaliza a través de transferencia a regiones para dicho fin. Los Contratos a Honorarios a través de PNUD está determinado por las actividades que convenio PNUD - CONACE haya determinado y las necesidades de contratación de profesionales que dichas actividades requieren⁷².

Para la administración del recurso humano, independiente de la vía de contratación, existe una unidad responsable dentro del área de Administración y Finanzas, la que se preocupa de la selección del personal, el control de ausencias, horarios de trabajo, carpetas de personal, control de pago de honorarios, términos de contrato, para lo cual se relaciona directamente con las unidades responsables en el Ministerio del Interior, PNUD e Intendencias Regionales.

⁷² El monto de salario a los profesionales contratados por esta vía en algunos casos presenta diferencias sustantivas con los funcionarios de planta en las instituciones públicas donde se insertan (Regiones y municipios), lo cual puede ser motivo de conflicto organizacional. Extraído de entrevista a encargada de SISCOP de la V región.

7. Caracterización y número de beneficiarios objetivo

De acuerdo a lo señalado por Secretaría Ejecutiva, la población objetivo del programa es toda la población del país. Sin embargo dadas las características del fenómeno de las drogas y la necesidad de orientar los recursos del Estado hacia aquellos que más lo necesitan, los énfasis están puestos en los sectores de mayor vulnerabilidad según los factores de riesgo asociados al consumo y sectores de menores recursos. La prevención basada en los patrones de consumo de drogas se focaliza más específicamente en jóvenes entre 13 y 29 años escolarizados y no escolarizados. La prevención orientada a promover estilos de vida saludables y evitar que comience el consumo de drogas, se focaliza además en niños y niñas en edades más tempranas. Finalmente las familias de esos grupos constituyen otra población objetivo, porque en definitiva representan el factor protector o de riesgo de mayor importancia frente al problema.

Dado que el programa se focaliza en la población de mayor riesgo y vulnerabilidad frente al consumo de drogas, se ha utilizado la prevalencia de consumo del último año como un estimador indirecto de la población consumidora actual que debiera ser sujeto de acciones del Plan General de Prevención, especialmente de los componentes 2, 3, 4, 5, 6 y 7. Esta población representa el 4,5% de la población entre 12 y 64 años para 1994 y crece hasta el 5,31% para 1998, lo cual representa alrededor de 370.000 personas y finalmente en el 2000 representa algo menos de 500.000 personas.

La distribución por regiones basado en las tendencias de consumo indica que las regiones Metropolitana y V son las que presentan mayor prevalencia y poblaciones estimadas que consumen cualquier droga ilícita el año del estudio, la VIII región si bien presenta una prevalencia intermedia es la tercera región en cuanto a personas afectadas por este problema. Le siguen las regiones I, II, IV y X que también presentan elevadas prevalencias pero que proporcionalmente tienen menos población. Para las regiones del extremo sur (XI y XII) el problema es de menor importancia, comparado con el resto del país.

Cuadro N°15: Prevalencia de consumo y poblaciones estimadas por regiones (1996 – 2000)

Región	Prevalencia año cualquier droga			Población estimada		
	1996	1998	2000	1996	1998	2000
1° región	3,3%	3,99%	5,7%	7.775	10.316	14.824
2° región	1,0%	5,70%	5,2%	2.603	8.268	12.633
3° región	4,0%	3,56%	3,5%	4.373	6.371	4.157
4° región	2,9%	4,05%	4,5%	6.149	9.326	10.670
5° región	3,5%	5,30%	6,6%	23.703	36.424	53.462
6° región	3,5%	2,28%	4,2%	6.061	3.373	8.797
7° región	0,7%	2,83%	3,1%	1.580	5.479	9.115
8° región	2,1%	3,70%	4,0%	15.925	24.557	32.293
9° región	2,2%	2,59%	4,5%	4.528	4.862	4.337
10° región	1,4%	2,03%	3,7%	3.689	5.701	11.126
11° región	0,8%	1,48%	2,2%	302	434	639
12° región	0,8%	1,23%	2,6%	672	1.099	2.278
13° región	5,9%	6,65%	7,7%	216.793	253.558	316.030
Total país	4,26%	5,31%	6,28%	294.152	369.770	480.359

Fuente: elaboración del panel evaluador a partir de los datos proporcionados en los estudios de consumo nacionales.

El cuadro siguiente muestra que las comunas que se encuentran por sobre el promedio del país en consumo, corresponden en su gran mayoría a la Región Metropolitana, a las cuales se agrega Villa Alemana, Valparaíso, Quillota, Viña del Mar e Iquique. A pesar del corto intervalo entre los dos estudios de consumo (2 años) un número importante de comunas ha duplicado o más la prevalencia de consumo, San Antonio, Curicó y Calama son las que presentan un mayor crecimiento, le siguen La Pintana, La Reina, Quillota, Ovalle, Villa Alemana, Cerrillos y La Granja. Punta Arenas a pesar de su baja prevalencia, también constituye una preocupación por el rápido crecimiento de su prevalencia.

Cabe señalar que en el crecimiento de comunas para el último estudio (24 nuevas comunas), si bien muchas de ellas presentan prevalencias relevantes, con excepción de Colina, todas se ubican por debajo del promedio nacional observado.

Cuadro N° 16: Tendencia del consumo de drogas por comuna

Comuna	1998	2000	Variación porcentual absoluta	Variación porcentual relativa
Providencia	9,57	12,56	2,99	31,2%
Renca	10,32	10,96	0,64	6,2%
Lo Barnechea	10,2	10,85	0,65	6,4%
Huechuraba	8,22	10,29	2,07	25,2%
Lo Espejo	7,00	10,28	3,28	46,9%
La Reina	4,40	10,02	5,62	127,7%
La Pintana	10,04	9,95	-0,09	-0,9%
San Joaquín	6,81	9,88	3,07	45,1%
P. Aguirre Cerda	8,07	9,74	1,67	20,7%
Independencia	5,55	9,44	3,89	70,1%
Nuñoa	8,98	9,31	0,33	3,7%
Recoleta	7,05	8,91	1,86	26,4%
Las Condes	5,33	8,8	3,47	65,1%
Villa Alemana	4,19	8,76	4,57	109,1%
Valparaíso	6,71	8,7	1,99	29,7%
San Miguel	6,64	8,55	1,91	28,8%
Peñalolén	7,56	8,43	0,87	11,5%
Santiago	7,68	8,37	0,69	9,0%
La Granja	4,11	8,22	4,11	100,0%
Quinta Normal	7,59	8,13	0,54	7,1%
Cerrillos	3,84	7,86	4,02	104,7%
San Bernardo	8,25	7,79	-0,46	-5,6%
Conchalí	6,21	7,78	1,57	25,3%
Est. Central	6,18	7,66	1,48	23,9%
Quillota	3,3	7,45	4,15	125,8%
Macul	11,37	7,35	-4,02	-35,4%
Colina	-	7,27		

Puente Alto	6,28	7,24	0,96	15,3%
La Florida	5,09	7,06	1,97	38,7%
Viña del Mar	6,5	6,78	0,28	4,3%
Vitacura	3,74	6,58	2,84	75,9%
Iquique	4,17	6,37	2,2	52,8%
Promedio país	5,31	6,28	0,97	18,3%
Lo Prado	4,95	6,26	1,31	26,5%
El Bosque	6,05	6,2	0,15	2,5%
Talagante	-	6,1		
Lota	-	6,08		
Chiguayante	-	6,07		
Antofagasta	4,02	6,03	2,01	50,0%
Los Andes	-	5,99		
Concepción	4,84	5,97	1,13	23,3%
San Ramón	7,74	5,71	-2,03	-26,2%
Peñaflor	5,34	5,4	0,06	1,1%
Ovalle	2,34	5,29	2,95	126,1%
La Cisterna	3,05	5,27	2,22	72,8%
Pudahuel	5,86	5,27	-0,59	-10,1%
Padre Hurtado	-	5,18		
Maipú	4,52	5,14	0,62	13,7%
Temuco	2,59	5,09	2,5	96,5%
Arica	3,81	5,01	1,2	31,5%
Rancagua	2,28	4,89	2,61	114,5%
Cerro Navia	4,97	4,88	-0,09	-1,8%
San Antonio	0,85	4,85	4	470,6%
La Calera	-	4,82		
Buín	-	4,8		
Limache	-	4,74		
Quilicura	-	4,74		
San Pedro	-	4,62		
Coquimbo	3,37	4,52	1,15	34,1%
Valdivia	2,38	4,31	1,93	81,1%
La Serena	5,6	4,21	-1,39	-24,8%
Coronel	-	4,17		
Puerto Montt	2,4	4,17	1,77	73,8%
Talcahuano	4,54	4,12	-0,42	-9,3%
Calama	1,09	3,8	2,71	248,6%
Vallenar	-	3,78		
Talca	3,94	3,64	-0,3	-7,6%
San Felipe	-	3,6		
Penco	-	3,5		
Copiapó	6,37	3,46	-2,91	-45,7%
Curicó	0,63	3,36	2,73	433,3%
Quilpué	3,14	3,19	0,05	1,6%
Osorno	1,29	3,12	1,83	141,9%
Rengo	-	3,07		

Melipilla	5,68	2,96	-2,72	-47,9%
Constitución	-	2,91		
Linares	-	2,86		
Punta Arenas	1,23	2,6	1,37	111,4%
Chillán	1,25	2,25	1	80,0%
Tomé	-	2,25		
Coyhaique	1,48	2,21	0,73	49,3%
Curanilahue	-	1,88		
San Fernando	-	1,85		
Angol	-	1,56		
Ancud	-	0,95		
Los Angeles	1,24	0,82	-0,42	-33,9%
Cauquenes	-	0,24		

De acuerdo a los componentes del programa a continuación se identifica la población objetivo de cada uno:

- ◆ **Sistema Nacional de Información de Drogas (SNID):** De acuerdo a lo señalado por Conace, no corresponde denominar o caracterizar como población objetivo para este componente⁷³.
- ◆ **Campañas:** toda la población, con énfasis en grupos vulnerables, sus familias y entorno social.
- ◆ **Programas de prevención comunitaria:** si se consideran los criterios generales señalados previamente y basados en lo indicado en los lineamientos técnicos para los programas y proyectos, se puede deducir que la población objetivo de este componente se refiere a los jóvenes (especialmente entre 13 y 18 años), con énfasis en el 30% estimado de jóvenes en edad escolar que se encuentran fuera del sistema educacional, así como las familias y redes de apoyo social que pueden constituirse en factores protectores para la prevención del consumo de drogas. A partir de la construcción del índice de gravedad comunal frente al consumo de drogas que considera variables de daño actual y vulnerabilidad (estudio de consumo nacional, 1998), se seleccionan las 20 comunas más vulnerables (estudio 1998) que representan un total de 2,1 millones de personas (entre 12 y 64 años). Sin duda si es necesario focalizar las acciones de este componente al menos se debieran considerar esfuerzos en todas las comunas que se detallan en el cuadro siguiente.

⁷³ Ver documento de observaciones y comentarios al preinforme de evaluación del programa de drogas de Conace.

Cuadro N° 17: Población de comunas de mayor índice de gravedad para el consumo de drogas

Comunas de mayor gravedad	Población 12 a 64 años	Componente principal
Grupo 1	482.973	
Renca	106.193	Consumo y accesibilidad
Macul	90.019	Consumo y accesibilidad
Huechuraba	46.073	Tráfico y entorno familiar
Lo Espejo	80.164	Tráfico y entorno familiar
La Pintana	160.524	Consumo y accesibilidad
Grupo 2	499.838	
Copiapó	83.716	Consumo y accesibilidad
El Bosque	132.650	Consumo y accesibilidad
Lo Barnechea	45.035	Consumo y accesibilidad
San Ramón	72.603	Tráfico y entorno familiar
San Bernardo	165.834	Consumo y accesibilidad
Grupo 3	497.234	
Quinta Normal	76.085	Consumo y accesibilidad
Recoleta	117.222	Tráfico y entorno familiar
Estación Central	98.136	Consumo y accesibilidad
P. Aguirre Cerda	82.305	Consumo y accesibilidad
Nuñoa	123.486	Consumo y accesibilidad
Grupo 4	677.519	
La Serena	90.708	Tráfico y entorno familiar
Pudahuel	112.491	Consumo y accesibilidad
Cerro Navia	117.331	Tráfico y entorno familiar
Peñalolén	146.724	Población juvenil
Valparaíso	210.265	Tráfico y entorno familiar
Total	2.157.564	

Fuente: elaboración del panel evaluador con información de estudio de consumo 1998.

Si se consideran los criterios de priorización de la población, según lo indicado por Conace para el componente, el panel ha realizado una estimación de la población objetivo de este componente. Esta estimación se ha realizado considerando la opción de focalizarse en las comunas de mayor índice de vulnerabilidad y otra opción que es considerar todas las comunas urbanas de tamaño poblacional relevante. De este modo el rango de población objetivo que el programa puede fluctuar entre ambos valores. Como ha sido señalado por Conace, los programas comunitarios privilegian a la población joven, pobre, no escolarizada por una parte, y también en las estrategias de prevención temprana dirigido a evitar la iniciación del consumo de drogas, se consideran los niños y niñas menores de 12 años como su población objetivo.

Cuadro N°18: Estimación de población objetivo del componente de programas comunitarios

Estimación población beneficiaria	Ponderador utilizado	Población estimada comunas con índice de mayor gravedad	Población estimada todas las comunas urbanas + o - grandes
Población total estimada		3.027.259	9.738.473
% población comunal	71,3%	2.157.564	6.940.727
Distribución por edad			
12 - 18 años	17,89%	385.988	1.241.696
19 a 25 años	16,88%	364.197	1.171.595
Resto edades	65,23%	1.407.379	4.527.436
Nivel socioeconómico			
Alto	9,60%	207.126	666.310
Medio alto	24,96%	538.528	1.732.405
Medio	35,39%	763.562	2.456.323
Medio bajo	26,00%	560.967	1.804.589
Bajo	4,05%	87.381	281.099
Otras estimaciones			
Niños y niñas de 5 a 12 años	11,90%	360.244	1.158.878
Jóvenes no escolarizados	30,00%	115.796	372.509
Posibles poblaciones objetivo de los programas comunitarios:			
Jóvenes		750.185	2.413.291
Jóvenes no escolarizados		115.796	372.509
Menores (niños y niñas de 5 a 12 años)		360.244	1.158.878
Jóvenes pobres		225.431	725.194
Menores pobres		34.797	111.939
Jóvenes sectores medios y pobres		490.921	1.579.257
Menores sectores medios y pobres		75.777	243.770

Adicionalmente se ha considerado que la población objetivo puede corresponder solamente al segmento socioeconómico de los pobres o extenderse a los sectores medios pobres que también constituyen un grupo que requiere el apoyo del programa. No ha sido posible estimar la población objetivo de familias y redes sociales, ya se desconoce algún estimador apropiado para este cálculo.

- ♦ **Programas y proyectos de prevención escolar:** la población escolar objetivo de los programas de prevención del consumo indebido de drogas de acuerdo a lo establecido en las estrategias del sector educación debieran ser todos los escolares (3,4 millones de personas), especialmente la población entre 8° básico y 4° medio, que para 1999 representaban alrededor de 1 millón personas. El énfasis está en zonas urbanas⁷⁴, para estimar la población objetivo se puede recurrir a las bases poblacionales de los estudios diagnóstico de consumo de drogas en población escolar realizados por Mineduc que se muestra en el cuadro siguiente. Cabe señalar que el universo para 1999 de la encuesta MINEDUC varió acotándose a las 62 comunas urbanas más pobladas del país lo cual reduce el universo de escolares entre 8° básico y 4° medio a 721.989, solamente para efectos comparativos se ha preferido mantener el criterio de estimación de 1997.

⁷⁴ Para los alumnos de 8° básico a 4° medio representa el 95,6% de la matrícula total del año 1999.

Cuadro N° 19: Evolución de la población escolar

	1997	1998	1999
Total alumnos 1° básico a 4° medio	3.306.154	3.337.976	3.429.927
Total alumnos 8° básico a 4° medio	931.309	774.034	1.033.022
Idem anterior de grandes ciudades	753.250	s/datos	987.980

Nota: elaborado por el panel evaluador sobre la base de encuesta de consumo escolar. El universo para 1999 de la encuesta Mineduc varió acotándose a las 62 comunas urbanas más pobladas del país lo cual reduce el universo de escolares entre 8° básico y 4° medio a 721.989, solamente para efectos comparativos se ha preferido mantener el criterio de estimación de 1997.

Las características de esta población se concentra en establecimientos municipales y particulares subvencionados y en zonas urbanas tal como se presenta en los cuadros siguientes que separan la población objetivo de las estrategias de prevención temprana (1° a 4° básico) de las otras estrategias estandarizadas y de prevención secundaria.

Cuadro N° 20: Población de 1° a 4° básico a nivel nacional según matrícula 1999

Tipo de establecimiento	Total niños 1° a 4° básico	Hombres	Mujeres
Municipal	635.303		
Particular subvencionada	418.423		
Particular	117.220		
Corporación privada	20		
Total rural	119.790		
Total urbana	1.051.176		
Total matrícula 1999	1.170.966	603.805	567.161

Fuente: elaboración del panel evaluador con información de página web Mineduc.

Cuadro N° 21: Población escolar de 4° básico a 4° medio nacional según matrícula 1999

Tipo de establecimiento	Total niños 4° básico a 4° medio	Sexo		Educación básica	Educación media
		Hombres	Mujeres		
Municipal	1.231.688			832.660	399.028
Particular subvencionada	783.904			511.800	272.104
Particular	189.371			110.478	78.893
Corporación privada	53.998			191	53.807
Total rural	231.092			206.266	24.826
Total urbana	2.027.869			1.248.063	779.806
Total matrícula 1999	2.258.961	1.136.042	1.122.919	1.455.129	803.832

Fuente: elaboración del panel evaluador con información de página web Mineduc.

Según lo indicado por Mineduc, si bien se actúa sobre todo el universo de comunas urbanas, se aplican diferente intensidad comunal respecto del número de las intervenciones y el tipo de ellas (por ejemplo estrategias como Ocupa tu tiempo libre, becas de capacitación, etc., se concentran en las comunas de mayor vulnerabilidad. Los criterios de focalización de las comunas seleccionadas son:

- ◆ Mapa de vulnerabilidad de CONACE
- ◆ Menores edades de inicio de consumo de sustancias ilícitas, según encuesta escolar

- ◆ Mayores prevalencias de consumo de drogas ilícitas (se privilegia cocaína y pasta base), según encuesta escolar
- ◆ **Programas de tratamiento y rehabilitación:** para estimar la demanda potencial de atención a tratamiento, el Ministerio de Salud está utilizando el dato de consumo último mes de pasta base extraído del Estudio Nacional sobre Consumo de Drogas, la que alcanza a 159.811 personas en todo el país (1998). Se estima que el 45% corresponde a personas con dependencia a drogas y el 55% restante a personas que presentan abuso o consumo experimental. La demanda potencial alcanza entonces a 17.979 personas con dependencia y 8.790 personas con abuso o consumo experimental, en ambos casos corresponde a drogas ilícitas. La meta de cobertura definida por el Minsal, para el año 2001 es asegurar tratamiento y rehabilitación, a un quinto de esa población objetivo, tal como se presenta en el cuadro siguiente.

Cuadro N° 22: Demanda potencial y metas de atención en tratamiento y rehabilitación

Programa de tratamiento y rehabilitación	DEMANDA POTENCIAL (1)	POBLACIÓN OBJETIVO (2)		META DE DEMANDA (3)	N° PACIENTES ESPERADOS
		% COBERTURA	N° PERSONAS		
Dependencia	71.915	25%	17.979	20%	3.596
Consumo exper.y abuso	87.896	10%	8.790	20%	1.758
Total	159.811		26.769		5.354

Nota: (1) corresponde a prevalencia de consumo del último año observada en 1998.

(2) Corresponde a la población que potencialmente demandaría atención en las personas con problemas

(3) Corresponde a las metas de atención de la demanda esperada que se ha definido Minsal.

Fuente: elaborado conjuntamente por Unidad de Salud Mental, Minsal y Area de Prevención y Tratamiento de Conace.

- ◆ **SISCOP:** se espera llegar al conjunto de comunas urbanas priorizadas según tamaño poblacional y vulnerabilidad, que en conjunto representa a las 62 comunas incluidas en la encuesta de consumo (1998) y 86 comunas (estudio 2000). Esto representa un total de 6,9 y 7,7 millones de personas entre 12 y 64 años, dentro de las cuales el programa se focaliza en los grupos más vulnerables.
- ◆ **Sistema de información al público en general:** no tiene definido una población objetivo determinada, se espera atender a toda persona que lo demande.

8. Programas complementarios

De la descripción del programa se desprende que el ámbito de acción en el campo de la prevención del consumo de drogas (en sus niveles primario, secundario y terciario) está a cargo de un conjunto amplio de instituciones públicas que participan en CONACE, en donde de acuerdo a lo informado por la institución existen instancias de coordinación para favorecer la complementariedad de las acciones.

CONACE tiene actualmente coordinaciones periódicas con:

- MIDEPLAN, en la política de infancia (mensual);
- SERNAM específicamente en la Comisión de familia (mensual), y en la participación de proyectos en el tema mujer y consumo;
- Ministerio de Justicia, en la elaboración de un acuerdo marco de colaboración, así como SENAME y Gendarmería dependientes de ese ministerio (permanente y con proyectos comunes);

- MINSAL, programa Vida Chile (mensual); además de la coordinación en el tema tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas;
- Ministerio de Relaciones exteriores (permanente con Dirección de política especial y particularmente con departamento de drogas de esta dirección);
- Asociación de Municipios, comisión de drogas (permanente);
- Oficina de fiscalización Municipal;
- Instituto Nacional de la Juventud (proyectos comunes y coordinación constante);
- ONGs;
- Asociación de Comunidades Terapéuticas;
- Asociación de Comunidades Terapéuticas Evangélicas;
- Hogar de Cristo (permanente y con varios proyectos comunes);
- Paz Ciudadana (permanente y con varios proyectos comunes);
- Representantes de asociaciones gremiales, representantes de los trabajadores, asociación de empresarios de diferentes rubros, Mutuales, INP, asociación de AFP e Isapres, entre otros, que participan en el Comité de Prevención Laboral;
- Universidades, especialmente con Programas de formación en prevención o tratamiento en drogas (Universidad de Santiago de Chile, Universidad Central, Universidad de Playa Ancha, Universidad La Frontera, Universidad Mayor, Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Universidad de La Serena, Instituto de Salud Pública) entre otros;
- RED UPRA (Red Universitaria para la Promoción del Autocuidado);
- Empresas, especialmente con Metro de Santiago, Impuestos internos, SENCE, Banco de Chile, Telefónica de Chile, entre otros;
- Ejército, Armada y Fuerza Aérea; y con Carabineros de Chile e Investigaciones, en proyectos específicos;
- Iglesia Católica, Programa Pastoral alcohol y drogas;
- Iglesias evangélicas;
- JUNJI e INTEGRA;
- FIDE;
- Participa;
- CIDE;
- Asociación de guías y Scout de Chile;
- Otros.

Se trabaja permanentemente en los Comité de Prevención, Tratamiento, Control y Laboral, dónde están representados los principales organismos vinculados a esta temática en el país. Estos comités funcionan a nivel nacional y se reproducen a nivel regional.

Sin embargo, existen otra serie de programas complementarios vinculados a la disminución de los factores de riesgo (pobreza, desempleo, espacios públicos, desintegración familiar, etc.) con los cuales aún no existe coordinación⁷⁵.

9. Período de ejecución del programa

El Plan general de prevención del consumo de drogas, inicia su ejecución en mayo de 1993. De acuerdo a la revisión de la información disponible no tiene un plazo definido para poner fin a sus funciones.

⁷⁵ De la ficha de antecedentes entregada por Secretaría Ejecutiva.

10. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación

En 1990 se crea el CONACE, se implementa la Secretaría Ejecutiva y los Comités coordinadores de Prevención y Control; se crean los CORECES o CONACE regionales y se desarrollan actividades de coordinación, intercambio y capacitación con organismos y entidades internacionales. Se formula la "Política y Plan Nacional de prevención y Control de Drogas".

En mayo de 1993 es aprobado el Plan General de Prevención. Entre 1994-1995: se implementa y consolida progresivamente el Sistema de Información sobre Drogas, se desarrollan campañas comunicacionales de prevención, se mantiene la línea de intercambio, cooperación y coordinación creciente con el exterior. En el período 1996-1998: se crea el Fondo Nacional de proyectos Concursables; se promulga y entra en vigencia la Ley (13.366) sobre control de drogas formulada en la primera etapa y se desarrollan iniciativas y planes iniciales de los CORECE, se mantiene la labor de los dos Comité de Coordinación - uno de control y el segundo de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación.

En el período 1998 – 2000, el Plan continúa el desarrollo de las líneas descritas previamente (en descripción de los componentes del plan).

El Plan General de Prevención del Consumo de Drogas está a cargo de CONACE, donde su Secretaría Ejecutiva, en conjunto con el Programa de prevención del consumo de drogas de Mineduc y la Unidad de Salud Mental del Minsal, actúan como los principales actores institucionales de esta unidad ejecutora. La relación entre estos tres actores institucionales se produce a nivel del CONACE (Consejo interministerial) a través de la representación de los Ministros de cada cartera, al nivel de los Comités intersectoriales de prevención, tratamiento y rehabilitación donde los representantes de Mineduc y Minsal participan en carácter de asesores a la Secretaría Ejecutiva de CONACE y finalmente a través de la ejecución de las acciones que se decide implementar⁷⁶.

El CONACE, órgano asesor de carácter interministerial, cuya principal función es asesorar al Presidente de la República en todas las materias relacionadas con la prevención del consumo indebido de drogas, para el cumplimiento de los objetivos del Plan General de Prevención del Consumo de Drogas se constituye en el ente coordinador de las políticas, planes y programas que el Gobierno realiza a través de distintos órganos, con el fin de asegurar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo tendiente a disminuir la demanda. El Consejo está presidido por el Ministro de Interior y es integrado además por el Subsecretario del Ministerio del Interior en calidad de vicepresidente y por los Ministros de RREE, Defensa Nacional, Hacienda Justicia, Educación, Secretaria General de Gobierno y Salud y por un representante de cada rama de las FFAA⁷⁷, el director de Policía de Investigaciones y por el Secretario Ejecutivo. Lo integran además dos consejeros de libre designación del Presidente uno de los cuales es el asesor jurídico del Consejo. La Secretaría Ejecutiva de CONACE, de funcionamiento permanente, dependiente de la Subsecretaría del Interior opera junto a los CONACE regionales como la entidad responsable hacer operativas las políticas, planes y programas para el logro de los objetivos de este plan general y actúa directamente a través de ella o mediante la acción coordinada con otros ministerios: MINEDUC el MINSAL y MIDEPLAN a través del FOSIS. Participan como instituciones asociadas: SERMAN y el INJ, Carabineros e Investigaciones; SENAME y el Ministerio de Defensa.

Para desarrollar las actividades y programas definidas por el Consejo, se ha definido una Secretaría Ejecutiva, la que actualmente se encuentra a cargo de la Sra. María Teresa Chadwick y en labores

⁷⁶ Específicamente Mineduc a cargo de la ejecución del cuarto componente y Minsal a cargo de la ejecución del quinto componente.

⁷⁷ Fuerzas Armadas.

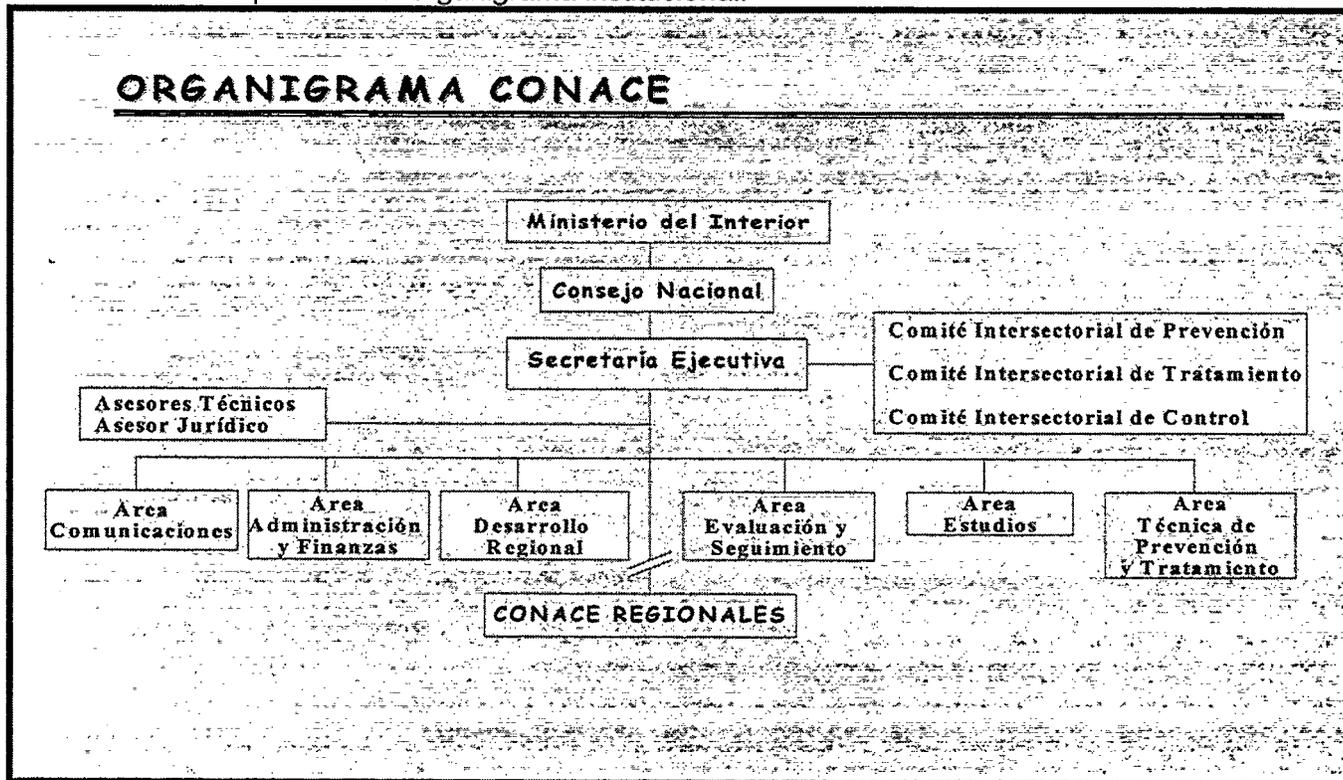
de Subdirectora la Sra. María Luisa Sepúlveda. La Secretaría Ejecutiva del CONACE está compuesta por 7 áreas temáticas que apoyan la gestión del Consejo. Estas son:

- Area Técnica de Prevención y Tratamiento
- Area de Control
- Area de Desarrollo Regional
- Area de Evaluación y Seguimiento
- Area de Estudios
- Area de Administración y Finanzas
- Area de Comunicaciones

Además, para cumplir con sus funciones la Secretaria Ejecutiva cuenta con el apoyo de una asesora en Materias Internacionales, así como un comité asesor intersectorial en prevención, tratamiento y rehabilitación y en control.

Por último en cada región existe un CONACE Regional, cada uno a cargo de un Secretario Ejecutivo Regional, y asesores técnicos encargados de supervisar los programas que se desarrollan en la región.

A continuación se presenta el organigrama institucional:



Fuente: entregado por Secretaría Ejecutiva

Secretaría Ejecutiva:

Conformado por la Secretaria Ejecutiva, una subdirectora ejecutiva, un jefe de gabinete y una secretaria. Le corresponde asesorar técnicamente al consejo para lo cual debe organizar los equipos de trabajo y promover la gestación de acuerdos significativos de este a través de la

elaboración de una agenda que contemple las externalidades de la aplicación de la política, la ley, la planificación de drogas en las áreas de prevención, control, tratamiento y rehabilitación. Le corresponde velar por la implementación y concordancia entre la planificación estratégica y la gestión. Debe adaptar la estructura interna para potenciar el reconocimiento como ente especializado en el fenómeno de las drogas y generar metodologías pertinentes para la fortalecer la coordinación.

Area Técnica de Prevención y Tratamiento

Conformado por la jefe del área, ocho profesionales, un técnico de apoyo y una secretaria. Tiene la responsabilidad de coordinar los programas y actividades que en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación se realizan por los distintos sectores y organismos asociados. Debe velar por la consistencia entre la política en materia de prevención y rehabilitación y los programas y/o proyectos, debiendo evacuar informes periódicos a la autoridad. Los ámbitos de intervención son: programa de prevención y desarrollo comunitario, programa de prevención escolar, programa de tratamiento y rehabilitación, programa de prevención a través de las comunicaciones y programa de apoyo a proyectos de calidad. Las principales actividades de esta área son:

- Apoyar técnica y financieramente los programas, proyectos y acciones que, a través de la promoción del desarrollo pleno y la calidad de vida de las personas, la familia y la comunidad, permitan prevenir el consumo indebido de drogas.
- Fomentar y apoyar el diseño, elaboración y aplicación de sistemas, métodos y técnicas de programas y proyectos en materia preventiva.
- Apoyar el desarrollo de programas sistemáticos de tratamiento y rehabilitación, por parte de instituciones públicas y privadas.
- Fomentar la sensibilización y participación de diferentes actores sociales y de la comunidad en general, en actividades vinculadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo indebido de drogas.
- Promover el desarrollo de investigaciones acerca de los factores que influyen en el fenómeno del uso indebido de drogas y las adicciones.

Area de Control

Tiene la responsabilidad de coordinar a las instituciones relacionadas con el tema del control de la oferta de drogas, procurando la consistencia entre la política de control y las acciones implementadas en la materia. Debe generar para ello insumos permanentes que permitan evaluar la política de control de drogas y su impacto en el escenario nacional e internacional.

Area de Desarrollo Regional

Conformado por la jefa del área, un subdirector, 3 profesionales de apoyo y una secretaria. El Area de Desarrollo Regional tiene como objetivo fortalecer, potenciar y articular las capacidades instaladas en las regiones a fin de generar políticas y estrategias para abordar el fenómeno del consumo de drogas en forma descentralizada e incorporar programas transversales de coordinación y articulación de Drogas en la gestión de las políticas sociales de la Región. Tiene como funciones: 1) la capacitación y fortalecimiento técnico, administrativo y financiero a los CONACE regionales, 2) la promoción y generación de políticas y estrategias de acción regional, 3) el monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión regional y 4) la implementación del programa SISCOP.

Area de Evaluación y Seguimiento

Conformado por el jefe de área, un profesional de apoyo y una secretaria. El Area de Evaluación y Seguimiento tiene como objetivo instalar y administrar un sistema de evaluación para cada programa, proyecto y acción que lleva a cabo Secretaría Ejecutiva, de manera de determinar el cumplimiento de sus metas y evaluar resultados e impacto en la población beneficiaria del plan. Desarrolla un conjunto de acciones para el diseño y ejecución de estas evaluaciones de procesos y

resultados que se ejecutan durante el año y elabora informes periódicos de avance de la ejecución del plan⁷⁸. Lleva a cabo los estudios a través de compra de servicios o directamente y actualmente se encuentran en ejecución 4 estudios evaluativos (organizaciones intermedias, prevención con organizaciones comunitarias, tratamiento y rehabilitación para construcción de línea base nacional y prevención escolar en establecimientos municipales). Adicionalmente posibilita la construcción de los estándares e indicadores que constituirán la base del sistema de permanente de evaluación y seguimiento de las políticas de drogas. La aspiración del equipo que lo conforma es constituirse en insumo fundamental para la toma de decisiones en el momento y en el ámbito que corresponda (ex-ante, en proceso, ex-post).

Area de Estudios

Conformado por el jefe de área, un profesional de apoyo y dos asesores técnicos. Ha estado trabajando en la formación y consolidación del Sistema Nacional de Información sobre Drogas, basado en distintas fuentes de información sobre diferentes ejes temáticos o subsistemas de información, que constituyen sus componentes. En sus funciones se incluye:

- Disponer de información nacional válida y confiable sobre el fenómeno del consumo, su magnitud y evolución a través del tiempo, basada en grupos de población y muestras representativas de la población del país;
- Identificar, con la mayor precisión posible a aquellas zonas geográficas de mayor riesgo y a aquellos grupos de población más vulnerables;
- Proporcionar información, fundamentos y orientaciones a las organizaciones y autoridades que desarrollan programas, proyectos y acciones en el tema, para identificar las metodologías más apropiadas, y enmarcar la aplicación de las actividades, coordinar acciones y medir el impacto de éstas;
- Contar con elementos de juicio que permitan identificar las demandas, fundamentar y focalizar mejor las acciones de investigación sobre el fenómeno, prevención del consumo, tratamiento y rehabilitación de consumidores de drogas;
- Contar con una línea base de información para focalizar los esfuerzos de las instituciones, que por sus funciones y atribuciones tienen obligaciones y facultades relacionadas con el control del tráfico ilícito;
- Generar nuevos insumos incorporando otras fuentes - primarias o secundarias - de información; realizar procesamientos que enriquezcan el análisis de la información disponible y hacer posible otros productos en directo beneficio para los usuarios;
- Aportar con modelos descriptivo-explicativos al conocimiento teórico acerca del fenómeno del consumo de drogas;
- Aportar con antecedentes generados desde el país, a los sistemas unificados de información sobre drogas que implementan los organismos multilaterales de cooperación, especialmente el PNUFID y la OEA a través de su órgano especializado, la CICAD⁷⁹.

Area de Administración y Finanzas

Conformado por un jefe de área, un jefe de personal, un encargado de informática, un profesional de apoyo, tres técnicos de apoyo, tres secretarías, tres auxiliares de apoyo administrativo y el chofer. A contar de fines de 1999, se crea este departamento, que tiene como función de planificar, dirigir, coordinar y controlar los procesos administrativos – financieros, informáticos y de recursos humanos. Para lo cual planifica, coordina y supervisa la formulación de los presupuestos regionales, planifica el flujo financiero institucional, mantiene un registro actualizado de las acciones financieras, establece normas para la correcta ejecución presupuestaria, monitorea, mantiene un control y rinde

⁷⁸ El detalle de su quehacer se describe en Anexo N°4.

⁷⁹ Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

los FAR⁸⁰, mantiene un sistema de administración de personal, control de los bienes de inversión real de Secretaría Ejecutiva y sistema informático de apoyo, coordina con PNUD, Ministerio de Interior y otros organismos receptores de financiamiento PNUD la administración de estos recursos para el manejo financiero de Secretaría Ejecutiva, mediante un estricto control de los fondos entregados a terceros (incluido los CONACE regionales) y asegura su correcta rendición. Adicionalmente ha diseñado y puesto en marcha mecanismos destinados a asegurar la entrega oportuna de los recursos financieros a las entidades ejecutoras de manera de mejorar los índices de cumplimiento existentes (convenio PNUD).

Area de Comunicaciones

Conformado por el jefe de área, un profesional de apoyo y un técnico de apoyo. Esta área surge de la necesidad de cubrir y difundir las actividades del CONACE en los medios de comunicación; coordinar las actividades públicas de la institución; análisis de prensa vinculado a la temática; colocar en la agenda pública el fenómeno de las drogas. De esta forma diseña las siguientes actividades:

- Diseño de una política comunicacional orientada a los diferentes actores sociales y la comunidad en general sobre la problemática de la droga y sus consecuencias.
- Realización de Campaña Nacional focalizada en población escolar.
- Realización de Campaña Nacional dirigida a personas con problemas derivados del consumo de drogas y sus familias.
- Diseño, elaboración y distribución de material de difusión en materias de prevención, tratamiento y rehabilitación y control.
- Realización de eventos públicos.

Asesoría internacional

Conformado por un asesor internacional y dos profesionales de apoyo al centro de documentación. Es responsable de llevar a cabo las acciones de coordinación, planificación de políticas y estrategias en función de los procesos de firma de convenios bilaterales y multilaterales y asesora a la Secretaría Ejecutiva en estos temas. Sus principales funciones son:

- Coordinar diferentes organismos del Estado - incluido el CONACE - la participación activa en organismos internacionales y multilaterales, grupos de expertos y foros internacionales relacionados al tema drogas.
- Establecer y mantener un diálogo permanente con los gobiernos, organismos internacionales y otras instituciones que tienen que ver con el tema de la droga en los diferentes países del mundo.
- Hacer seguimiento de los acuerdos multilaterales y bilaterales suscritos por nuestro país.
- Participar en organismos y foros internacionales a objeto de intercambiar información y dar a conocer las políticas nacionales sobre el particular.
- Fomentar el intercambio de recursos humanos en términos de capacitación y conocimiento de implementación de planes concretos para enfrentar el problema de las drogas.
- Poner a disposición de los países y organismos internacionales la información estadística y documental generada en Secretaría Ejecutiva y otros organismos nacionales, en especial aquella que da cuenta de las diferentes realidades regionales de nuestro país.
- Difundir la información proporcionada por la Agencia de Cooperación Internacional (AGCI) a los diferentes organismos relacionados con el tema.
- Coordinar con las instituciones nacionales, los temas y propuestas emanados de los organismos internacionales y multilaterales.

⁸⁰ Fondos a rendir.

Además como unidad dependiente del asesor internacional se encuentra el Centro de Documentación del CONACE, y tiene como función atender al público usuario de la biblioteca especializada del CONACE, mantener un catálogo actualizado de la documentación, literatura y material audiovisual disponible en ésta. Además presta servicio de copiado de diferentes documentos y material audiovisual.

Asesoría jurídica

Conformado por tres abogados y un asesor en control. Es responsable de realizar todas las funciones de asesoría en materia jurídica que le encomiende la Secretaría Ejecutiva. Durante el presente período destaca la preparación del proyecto para la transformación de Secretaría Ejecutiva en un servicio público.

Línea 800 Fonodrogas

Integrado por un encargado del tema y 8 operadores de media jornada. Responden todas las consultas que se realizan con cobertura nacional.

A nivel central CONACE cuenta además de la Secretaria ejecutiva y la subdirectora, con un total de 48 personas entre profesionales y técnicos, 8 secretarías, 4 auxiliares administrativos, un chofer, 2 auxiliares de aseo, de los cuales 33 funcionarios pertenecen al Ministerio del Interior y el resto se financia vía convenio PNUD.⁸¹

CONACE Regionales

Existen instancias al nivel de todas las regiones del país responsables del desarrollo de los planes de acción regional, la administración del fondo CONACE regional para la ejecución descentralizada de los diferentes componentes del Plan General, el desarrollo y fortalecimiento de los SISCOP y la implementación de campañas comunicacionales a nivel regional. Realizan acciones de coordinación, apoyo técnico y administrativo a los niveles locales, capacitación de agentes regionales y locales relevantes para la implementación de las acciones de prevención, con relación al Fondo CONACE realizan la licitación, contratos, asignación de recursos, monitoreo y seguimiento de las acciones comprometidas. Su presupuesto varía según el tamaño regional y del equipo técnico que posee (desde M\$35.000 a 750.000). Cuentan con un equipo profesional multidisciplinario (en algunos hay periodistas) y personal de apoyo administrativo y su tamaño varía en función de la magnitud de las tareas que debe realizar, el tamaño y complejidad regional. Actualmente se ha definido una estructura que consta de lo siguiente:

- 1 Director Regional (hasta la fecha Seremi de Justicia que no depende de la Secretaría Ejecutiva, en proceso de cambio por un funcionario de Conace)
- 1 Jefe técnico
- 1 jefe administrativo
- Profesionales de apoyo (dependerá del tamaño de la región)
- 1 asesor comunicacional ½ jornada
- 1 secretaria

Mineduc

Respecto de la estructura organizacional del Mineduc⁸² para llevar a cabo las líneas de acción que le corresponden dentro del Plan General de Prevención, se vincula con la Secretaría Ejecutiva través de la Unidad de Prevención escolar del consumo de drogas, instancia perteneciente al

⁸¹ Informe elaborado por el Area de Administración y Finanzas de Secretaría Ejecutiva para el panel evaluador.

⁸² Organigrama entregado por contraparte Mineduc al panel evaluador.

Departamento Extraescolar y de programas formativos complementarios. La dependencia técnico-administrativa de esta unidad al interior de Mineduc se presenta la siguiente estructura organizacional:

Estructura organizacional Programa de Drogas en Mineduc



El Programa de Prevención del Consumo de Drogas en el Nivel Central está constituido por un Equipo Profesional, quienes se vincula también con las Secretarías Regionales Ministeriales de Educación. En cada una de ellas existe un coordinador regional de drogas.

La SEREMI de Educación es quien se comunica con los DEPROV, Departamentos Provinciales de Educación, varios de los cuales tienen coordinadores provinciales de drogas.

Los Departamentos Provinciales de Educación son quienes establecen los nexos con los colegios particulares subvencionados, dado que los Departamentos de Educación Municipal se ocupan exclusivamente de la relación con los establecimientos de su dependencia. A nivel local, no está claro cómo el SISCOP, se relaciona con los particulares subvencionados.

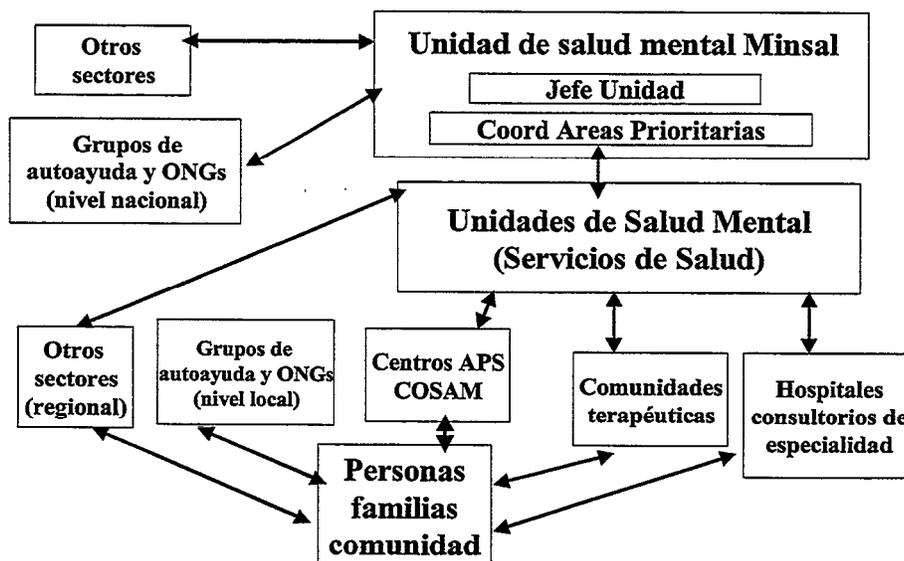
La SEREMI de Educación es quien realiza convenios con los Municipios, representados por los alcaldes, previamente al trabajo directo con los DAEM o DEM (Departamento de Educación y Asistencia Municipal o Departamento de Educación Municipal). El nivel central del Programa manda un convenio tipo que gestionan los SEREMI.

Minsal

Respecto de la instancia responsable de este programa, se han producido cambios durante el período, originalmente la responsabilidad técnica del tema recayó en la Unidad de Salud Mental (USM), dependiente de la División del Programa de las Personas (DPP) en Minsal (hasta 1997). Posteriormente se crea la Unidad de Tabaco, Alcohol y Drogas, asignándose presupuesto y

personal y con dependencia directa del DPP. En enero del 2001, nuevamente regresa la instancia técnica responsable del tema a la USM. Esta instancia es responsable del diseño y elaboración de políticas sectoriales orientadoras en el tema; del apoyo técnico a la red asistencial responsable de la atención; el seguimiento y consolidación de producción de todo el país; el desarrollo de análisis sobre el tema y búsqueda de intervenciones de mayor calidad, más costo-efectivas y basadas en la evidencia científica; el monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones realizadas por la red pública asistencial; la coordinación con instancias intra y extrasectoriales para la implementación del plan; la preparación de materiales de difusión, entre otras. La coordinación con la Secretaría Ejecutiva se da a nivel del comité asesor en tratamiento y rehabilitación y el de prevención.

ORGANIGRAMA MINSAL



Coordinaciones entre la Secretaría Ejecutiva, Mineduc y Minsal

1. La Secretaría Ejecutiva y Mineduc

La Ministra, representada por el Coordinador Nacional del Programa de Prevención del Consumo de Drogas, se reúne regularmente en el Comité Ejecutivo de Prevención de la Secretaría Ejecutiva, coordinado por su Secretaría Ejecutiva. Aquí participan los distintos sectores involucrados en la temática drogas.

Al nivel de Programa nos relacionamos con el Equipo Técnico de Prevención de la Secretaría Ejecutiva, en reuniones periódicas del Comité de Prevención y actualmente en forma semanal se realiza una reunión entre el equipo del programa de drogas Mineduc y el área técnica de la Secretaría Ejecutiva, para planificar, negociar, acordar cursos de acción y evaluar los avances.

A nivel regional se coordina los SEREMI de Educación (coordinación regional) con los CONACE Regionales. En el ámbito local, los DAEM que tienen programas de prevención de drogas, deberían coordinarse con los otros sectores en las reuniones de SISCOP. Los colegios particulares subvencionados que se coordinan a nivel del Departamento Provincial de Educación no queda claro como se coordinan en este Plan con CONACE, salvo por vía del contacto directo del Siscop con las escuelas o a través de la Dirección Provincial.

2. La Secretaría Ejecutiva y Minsal

La Ministra representada por la jefe de la División de Programa de las Personas participa regularmente del Consejo Nacional. El equipo de la Unidad de Salud Mental responsable del tema drogas se relaciona con frecuencia variable (generalmente mensual) con el área técnica de la Secretaría Ejecutiva en el Comité de Tratamiento. Adicionalmente se realizan reuniones puntuales para trabajar temas específicos. A nivel regional y local se reproduce el mismo esquema de educación. Los Servicios de Salud se coordinan en el ámbito de las regiones con el CONACE regional.

11. Antecedentes Financieros

1.-Presupuesto Total del Programa 1997-2000 Ministerio de Interior / CONACE

Año	Presupuesto Ministerio / Servicio responsable	Presupuesto Programa	
		Monto	% ⁸³
1997	47.751.113	2.894.009	6,06%
1998	39.114.299	6.436.852	16,46%
1999	47.149.280	8.060.578	17,10%
2000	50.979.886	9.164.949	17,98%
2001	46.913.241	12.850.073	27,39%
Incremento total periodo	-1,75%	344%	

2.-Presupuesto Total del Programa 1997/ 2000

MINISTERIO DE EDUCACION / PROG. PREVENCIÓN DE DROGAS A ESCOLARES⁸⁴

Año	Presupuesto Ministerio / Servicio responsable	Presupuesto Programa	
		Monto	% ⁸⁵
1997	1.265.931.312	459.460,16	0,04%
1998	1.387.180.069	458.497,00	0,03%
1999	1.479.190.906	217.408,00	0,01%
2000	1.588.430.336	216.266,00	0,01%
2001	1.636.358.503	214.508,00	0,01%
Incremento total periodo	29,26%	-53,3%	

⁸³ Corresponde al % del presupuesto del programa con relación al presupuesto del Ministerio o Servicio responsable.

⁸⁴ El presupuesto del programa no incluye el aporte de Conace.

⁸⁵ Corresponde al % del presupuesto del programa con relación al presupuesto del Ministerio o Servicio responsable.

3.-.-Presupuesto Total del Programa 1997/ 2000
 MINISTERIO DE SALUD / PROGAMA DE SALUD MENTAL⁸⁶

Año	Presupuesto Ministerio / Servicio responsable	Presupuesto Programa	
		Monto	% ⁸⁷
1997	974.217	no hay información	
1998	1.045.981	151.673	1,45%
1999	1.112.753	162.130	1,46%
2000	1.168.594	209.386	1,79%
2001	1.259.971	175.918	1,40%
Incremento total periodo	29,3%	16,0%	

12. Reformulaciones del Programa

Tal como se describe en la evolución de los componentes del Plan General, se han producido numerosas transformaciones de éste. Las principales transformaciones han sido en:

- 1) En cuanto a la modalidad de asignación de recursos y gestión de los programas específicos de acción, se constata cambios importantes, observándose que del instrumento fondos concursables se transita a compromisos de gestión o protocolo de acuerdo, en las acciones ejecutadas por Mineduc y Minsal. Las razones y alcances de este cambio se fundamentan por una parte, en la dificultad de una asignación de recursos de corto plazo cuando las estrategias diseñadas requieren de un plazo mayor para consolidarse y generar resultados y por otro, la necesidad de explicitar objetivos, metas y resultados medibles.
- 2) También se han producido modificaciones en la modalidad de priorización y definición de acciones en el Fondo CONACE, especialmente en el componente comunitario que incluyen cambios en el apoyo a proyectos de organizaciones sociales, de organizaciones intermediarias y en la discontinuidad de investigación aplicada, las explicaciones entregadas por el equipo de la Secretaría Ejecutiva dan cuenta de dificultades en la modalidad de concurso de proyectos para el abordaje del problema de las drogas vinculados a: a) el tipo de gasto de los proyectos que en un tercio de los recursos asignados se ocupaba en financiar equipamiento o gastos de operación, que necesariamente no mejoraban el impacto y productos de los proyectos, b) la focalización de la inversión ya que la modalidad de concurso impedía a CONACE focalizar adecuadamente la inversión en aquellas localidades o sectores más vulnerables en el tema drogas, igualando iniciativas de lugares con realidades sociales totalmente diferentes, c) la desigualdad en la postulación que favorecía a aquellas iniciativas impulsadas por instituciones u organizaciones que tenían capacidad técnica o asesoría profesional, lo cual provocaba una abierta desigualdad en la postulación con aquellas organizaciones de sectores vulnerables que no contaban con ella.

⁸⁶ No hay información objetiva del gasto Minsal en el programa. Se incluye la información entregada por Minsal que corresponde a una estimación indirecta del gasto en personal, insumos y administración de la entrega de servicios en salud mental. Es posible que esté sobredimensionado.

⁸⁷ Corresponde al % del presupuesto del programa con relación al presupuesto del Ministerio o Servicio responsable.

13. Funciones y actividades de monitoreo y evaluación que realiza la unidad ejecutora

Las acciones de evaluación y monitoreo radican en cada uno de los responsables de los subprogramas correspondientes. Se han realizado y está en ejecución un conjunto importante de esfuerzos desagregados, aislados de evaluación de procesos, resultados e impacto, que no se relacionan directamente con los cursos de acción del programa⁸⁸. La mayoría de los esfuerzos se centran en seguimiento y monitoreo de procesos que dan cuenta de acciones y del funcionamiento de cada uno de los subprogramas, en el ámbito nacional y regional. Minsal realiza monitoreo periódico de las atenciones entregadas y desde 1999 de personas atendidas, seguimiento y evaluación del cumplimiento de metas del programa anual y ha realizado algunas evaluaciones cualitativas en algunos Servicios de Salud del país⁸⁹ y actualmente se encuentra en diseño evaluaciones para construir la línea base del estado de los programas de tratamiento y seguimiento posterior⁹⁰. Mineduc realiza monitoreo de acciones en escuelas, evaluaciones anuales de cumplimiento de metas y ha realizado estudios evaluativos respecto de algunos materiales y las estrategias aplicadas (estrategias estandarizadas)⁹¹, realizadas por contratación externa o directamente a cargo del equipo de drogas central, adicionalmente para este año se encuentran en curso un conjunto de estudios evaluativos sobre las estrategias implementadas⁹².

Se da cuenta en forma reiterada de la preocupación por el tema de evaluación (especialmente de resultados e impacto) en las opiniones evaluativas de los responsables de programas y unidades⁹³, en reciente documentos técnicos focalizados en esta temática⁹⁴ y en resultados de evaluaciones de proceso disponibles⁹⁵. En estos documentos es clara y reiterativa la opinión de la carencia de un sistema de evaluación y estudio adecuado, así como también la necesidad de mirar sistemáticamente los alcances y logros efectivos que se obtienen, particularmente en el campo de la prevención. Recientemente se ha creado la unidad de evaluación y seguimiento en la Secretaría Ejecutiva que apunta a resolver esta debilidad.

⁸⁸ Se observan importantes cambios en los componentes sin que aún estén disponibles los resultados de las evaluaciones en ejecución sobre las mismas áreas (p.e.: fondo de apoyo a organizaciones intermediarias).

⁸⁹ Estudio de capacidad preventiva en 4 S.S. del país. Mayo 2000 y Validación pautas de evaluación de procesos y resultados para proyectos de prevención de drogas en la Región de Atacama, 2000.

⁹⁰ Ver Anexo N°4 de las iniciativas en curso del año 2001 de Secretaría Ejecutiva.

⁹¹ Ver detalle en Anexo N°6.

⁹² Ver Anexo N°4.

⁹³ Informes 1 y 2 de respuesta de los sectores a las preguntas de evaluación del programa solicitadas por el Presidente de la República (4/2000).

⁹⁴ Lineamientos técnicos para programas, proyectos y acciones de prevención del consumo de drogas, CONACE (11/2000). Cuaderno Técnico sobre evaluación de programas de prevención del consumo de drogas. Agosto 2000.

⁹⁵ Validación pautas de evaluación de procesos y resultados para proyectos de prevención de drogas en la Región de Atacama. CONACE, 2000. Informe acerca de la caracterización de los tipos de intervención que realizan los gobiernos comunales con relación a la prevención del consumo de drogas en escolares". Universidad Católica Blas Cañas. 1999.

II. TEMAS DE EVALUACION

1. DISEÑO DEL PROGRAMA

1.1. Análisis de aspectos relacionados con el Diseño del Programa

1.1.1. Diagnóstico de la Situación

A juicio del panel la justificación del programa responde acertadamente a la situación que se desea alterar. El problema de drogas existe y crece desde antes de la implementación del Plan General. Se percibe correctamente la multicausalidad del problema y el estrecho vínculo entre condiciones de vida y la presencia ausencia de factores de riesgo y protectores. Dada la complejidad y multifactorialidad del problema se enfatiza la necesidad de un enfoque intersectorial que en definitiva se materialice en estrategias de acción mancomunadas que involucre al conjunto del país y no solo al Estado. En este escenario, el panel valora la relevancia de Conace como organismo de carácter interministerial y asesor al Presidente de la República que posee las atribuciones necesarias para generar una política nacional y movilizar recursos (tanto públicos como privados) para reducir el consumo de drogas. Adicionalmente las instancias dependientes del Minsal y Mineduc que participan como unidades ejecutoras del programa evaluado, constituyen dos pilares fundamentales para la consecución de los objetivos planteados en cuanto a un enfoque intersectorial de la prevención frente al consumo de drogas.

La existencia de un ente con recursos, dirigido a conducir y potenciar las acciones de diversos actores en un tema que si bien es prioridad nacional, no lo es en el ámbito de cada sector en particular, se reconoce como un adecuado diseño para que el Estado se haga cargo de problemas nuevos, logrando movilizar a sectores, que por su carga histórica, burocracia y otras prioridades, no sería posible.

El diseño del programa parece adecuado no obstante surgen algunas interrogantes y observaciones de parte del panel respecto del diseño, que se refiere a:

1. Relación del Programa con el Fin propuesto

La complejidad y multicausalidad del fenómeno de consumo de drogas está ligado a numerosas variables intervinientes de tipo societales, comunitarias, grupales, familiares, individuales y biogénicas. Por esto, las características del tema presentan una dificultad inherente a la determinación del aporte específico del Programa con el Fin propuesto. Es necesario reflexionar respecto de las posibilidades y dificultades que se presentan para determinar el aporte significativo del programa en la disminución de la demanda de drogas.

La definición amplia de un número importante de factores de riesgo y protectores, sobre los cuales el programa puede efectivamente influir solamente en algunos de ellos, ya que otros por su magnitud y complejidad están fuera del alcance del programa, hace necesario precisar mejor cuales serán en definitiva los parámetros que se deben tener en consideración para poder evaluar el impacto del programa y definir con mayor claridad la población beneficiaria.

En este sentido algunos factores protectores declarados por Conace como ejes centrales del propósito del programa, tales como la generación de agentes preventivos activos, el desarrollo de redes sociales que actúan específicamente en la prevención del consumo de drogas, la implantación de una actitud crítica frente al consumo en la población, así como otros factores de riesgo y protectores sobre los cuales el programa puede incidir directamente, debieran ser explicitados y a partir de ellos construir indicadores para la medición de impacto.

Esto también debiera orientar la definición del rol del programa sobre otros factores de riesgo y protectores, sobre los cuales solamente se puede contribuir indirectamente, ya que por su magnitud y el esfuerzo que conlleva su modificación, sin duda requieren de otros actores, más recursos y además para muchos de ellos ya existen políticas públicas específicas que los abordan, tales como, la pobreza, la inseguridad ciudadana, la deserción escolar, cesantía, integración familiar, etc. En relación a estos factores intervinientes en la demanda por drogas, debiera explicitarse la contribución específica del programa y los beneficiarios de estas acciones.

2. Ausencia de abordaje de las consecuencias negativas que genera el consumo de drogas

A partir del análisis del panel, se evidencia la no explicitación de estrategias y acciones tendientes a incluir en el enfoque preventivo el diagnóstico y abordaje de las consecuencias negativas individuales, familiares, sociales y económicas que genera el consumo de drogas, que supone líneas de acción específicas y complementarias a las que están en desarrollo y que permiten un enfoque más amplio del problema⁹⁶ susceptible de intervenir y modificar independiente de acciones sobre " la disminución del consumo".

Esto es especialmente válido para el componente de tratamiento y rehabilitación, donde la ausencia de este enfoque deja sin sentido las acciones del sector salud, tal como lo señala Minsal en las entrevistas realizadas por el panel y en varios documentos sobre su política en drogas, además de su aporte específico respecto de orientaciones a incluir en una futura política de drogas⁹⁷, donde se señala: *"..el consumo de drogas expone a los individuos a consecuencias adversas para su salud, tanto física como mental, así como para su bienestar social...Al hablar de tratamiento y rehabilitación se está hablando de una estrategia que interviene sobre las consecuencias negativas del consumo y que forma parte del modelo de prevención integral tendiente a lograr cambios en los factores que hacen posible la aparición del fenómeno del consumo de drogas"*.

En opinión del panel, el problema de drogas se conforma también en relación con los efectos y consecuencias sociales, que permite enriquecer el diagnóstico del problema⁹⁸. Para una visión integrada del problema del consumo de drogas, se requiere que se integre articulada y dinámicamente indicadores de consumo y la medición de efectos negativos sobre planos diversos y múltiples relativos a los sistemas de atención en salud, a los sistemas judiciales, policiales y penitenciarios, así como también en las implicancias sobre los sistemas de asistencialidad. Estos efectos, de creciente importancia en el análisis y debate internacional, han sido relevados con relación a la importancia de considerar el conjunto de los efectos adversos del consumo de drogas, tales como la sobrecarga del aparato judicial penal; el potencial aumento de las restricciones a la

⁹⁶ Tal como indican el Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)⁹⁶ y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)⁹⁶, para una adecuada identificación y medición del problema de drogas, es necesario que junto a los datos de prevalencia e incidencia en población general, se implementen también mediciones en poblaciones especiales (grupos vulnerables y de riesgo, usuarios de drogas inyectables, consumidores dependientes, etc), información relativa a la utilización de servicios de tratamiento, información sobre morbilidad general y psiquiátrica asociada a drogas, asistencia a unidades de emergencia, efectos sobre exclusión y discriminación, efectos sobre niveles de criminalidad, costo económico, e información respecto de mercados de drogas.

⁹⁷ VII capítulo, Informe N°2 sobre cumplimiento de la política y plan nacional de prevención y control de drogas. Respuesta de los sectores a las preguntas abiertas del cuestionario de evaluación realizado por Conace.

⁹⁸ Según define el EMCDDA, y la CICAD y es recomendado por Comisión Interamericana para el control, del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos, en su informe para Chile de Evaluación del Progreso del control de drogas, correspondiente al periodo 1999 2000, <http://www.cicad.oas.org/InformesMEM/Esp/Chile>.

garantías ciudadanas (Uprimny; 1999⁹⁹ Lewin; 1999¹⁰⁰); y la posibilidad de segregación y sobre control de ciertos grupos de población (Del Olmo; 1999¹⁰¹).

Es importante explicitar la importancia de las consecuencias negativas especialmente para la priorización y focalización en el uso de los recursos disponibles (que siempre serán escasos) en esta materia, más aún cuando en la práctica los criterios de focalización de los programas y proyectos de Conace, consideran este aspecto.

Para clarificar la importancia de incluir componentes específicos referidos a las "consecuencias del consumo" se debe tomar en cuenta que los daños individuales, familiares, sociales y económicos que se generan por el consumo de drogas, refuerzan la importancia de priorizar las acciones en aquella población en que el consumo provoca mayores trastornos en: salud (dependencia y otras patologías asociadas), psicológicos (agresividad, abandono escolar, etc.), sociales (criminalidad, marginación) y económicos (perpetuación de la pobreza), respecto de otra población que en similares condiciones de consumo no genera este tipo de trastornos u otros.

Un ejemplo de efectos necesarios de dimensionar, observar y modificar desde la acción pública es, por ejemplo el que señala la evaluación realizada por CEPAL¹⁰². Esta evaluación indica que se estaría produciendo un proceso de aumento de la criminalización por delitos de drogas que se hace más grave con las mujeres.¹⁰³ Por otra parte, la legislación actual penaliza el consumo de drogas en la calle, lo cual afecta principalmente a los más pobres del país, que no tienen espacios privados

⁹⁹ Uprimny Yepes Que hacer con las drogas? Políticas vigentes y alternativas emergentes. en : La grieta de las drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina. CEPAL. 1999.

¹⁰⁰ Kevin y Lewin The Effective National Drug Control Strategy was prepared by the Network of Reform rouspin consultation with the National Coalition for Effective Drug Policies.

¹⁰¹ Rosa del Olmo La conexión criminalidad violenta/drogas ilícitas una mirada desde la criminología. En : La grieta de las drogas: Desintegración social y políticas públicas en América Latina. CEPAL. 1999.

¹⁰²-CEPAL " Diagnostico y evaluación de la gestión del CONACE y su política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas". 1997.

CEPAL " Aprendiendo de la experiencia: Propuesta para avanzar en la política y el Plan nacional de prevención y control de drogas" 1999

¹⁰³ Señalan ellos que en 1995 los detenidos fueron 12.471 personas, los que están cumpliendo condenas por drogas en 1993 eran 775. Los detenidos por delitos por infracción a la ley de drogas durante el mismo período (anterior a la aplicación de la ley N°19.366 de 1995), tuvieron un crecimiento en términos absolutos de 64.2% y relativos del 39.1%, mientras los detenidos por diversos delitos tuvieron un crecimiento negativo, tanto en términos absolutos como relativos (homicidio, violación y robo, con excepción de hurto). Los encarcelados por delitos de drogas durante el período 1985-1993 aumentaron en términos absolutos en 306%, más de 7 veces el crecimiento promedio del conjunto de quienes ingresaron a la cárcel por el resto de delitos: y en términos relativos, el aumento fue de 243.8%.

Se percibe así también un aumento de la penalización para sancionar las infracciones a la ley de drogas: la pena de 1 año a 1 año y medio se aplicó a un 25% de los acusados por drogas hasta 1989. Sin embargo, ya en 1988 un 25% fue castigado con 5 a 6 años de cárcel, en 1990 un 60% y en 1991 un 66%.

El crecimiento relativo de las mujeres detenidas por el conjunto de delitos considerados en el período estudiado, fue de 26.1%, y de las encarceladas fue de 135.7%. Si se analizan estas cifras por delito, se aprecia que las incriminaciones y condenas a las mujeres se concentran en infracciones a la ley de drogas: las detenidas crecieron en 112.9% y las encarceladas en 1.316%. Por otra parte, en 1985 por cada mujer encarcelada por infracción a la ley de drogas, 63 habían sido detenidas, mientras en 1993 por cada mujer encarcelada sólo 9 habían sido detenidas. Los datos demuestran, en primer lugar, que el aumento de la delincuencia femenina está absolutamente correlacionada a los delitos por drogas, y en segundo lugar, que se va reduciendo la brecha entre número de acusadas y de condenadas. Los delitos por drogas, entonces, resultan más incriminatorios para las mujeres que para los hombres, en particular por la especial dedicación de ellas al pequeño tráfico como estrategia de sobrevivencia. Se aprecia también una marcada concentración de las mujeres encarceladas en el norte del país, específicamente en Arica, donde 70% de las mujeres presas están reclusas por drogas.

para consumir. Una visión que integre esta dimensión, permitiría analizar con mayor profundidad el impacto y eficacia, en el desarrollo de los jóvenes que se ven enfrentados a experiencias tan poco formadoras, como lo es la detención, que por esta ley sanciona prioritariamente a los más desposeídos, lo cual constituye una discriminación (a lo mejor no buscada) frente al consumo.

3. Falta la inclusión del consumo de alcohol como ámbito específico de acción de la prevención

Si bien el consumo de alcohol aparece como un factor de riesgo, finalmente el diseño del programa no lo explícita en sus estrategias de acción, a pesar de que tanto las acciones que realiza Mineduc en prevención escolar¹⁰⁴, como un importante número de los proyectos comunitarios y las acciones que lleva a cabo Minsal en el componente de tratamiento y rehabilitación, si lo consideran y actúan sobre él.

De acuerdo a la evidencia disponible el consumo de alcohol está fuertemente relacionado con el consumo de drogas ilícitas, lo cual requiere ser considerado como parte de una estrategia de prevención integral del consumo de drogas. Esto es especialmente relevante en las acciones de prevención primaria, donde en el ámbito comunitario resulta en la práctica muy difícil separar ambos temas (consumo de drogas y consumo de alcohol) y porque el consumo excesivo o consumo problema de alcohol forma parte de la cadena de eventos asociados a individuos que posteriormente presentan problemas por consumo de drogas ilícitas. En lo que se refiere a tratamiento y rehabilitación (prevención secundaria) nuevamente el consumo de alcohol aparece frecuentemente como un factor asociado que debe ser considerado en estos programas para lograr resultados más eficaces.

Dado que el país no se escapa a la tendencia mundial al aumento en el consumo de sustancias y las tendencias a la disminución de las edades de inicio de consumo de drogas siguen en aumento, especial preocupación se debe poner frente al consumo de alcohol y de marihuana. Las prevalencias de consumo de alcohol son las más altas en relación con las demás drogas. Aunque aún no hay datos duros¹⁰⁵, existe información que da cuenta de que el abuso de alcohol es muy elevado, especialmente en las mismas poblaciones objetivo del programa.

En opinión del panel, las estrategias de prevención pueden actuar simultáneamente en ambos temas. Por otra parte, el beber problema en la población joven es un factor de riesgo, que al ser incluido en los esfuerzos de prevención y tratamiento, podría evitar el consumo de otras drogas y por lo tanto contribuir al logro del propósito y fin del programa. Su exclusión impide la pesquisa oportuna de personas en riesgo de consumo de drogas y por ende retarda el tratamiento precoz y reduce las posibilidades de éxito en términos de rehabilitación y reinserción educacional, laboral y social de los afectados. Al menos se debiera considerar explícitamente el seguimiento respecto de este factor de riesgo, de manera de seguir y evaluar, las estrategias dirigidas a reducir este factor de riesgo específico, prevenir el consumo problema y tratar a esta población. Lo anterior, sin perjuicio de señalar, que es necesario avanzar en la prevención del consumo de sustancias específicas. Es claramente distinto prevenir el consumo de pasta base, que el de marihuana y el de alcohol, si bien existen factores protectores generales que se pueden fortalecer.

¹⁰⁴ Cabe destacar que el Programa de Prevención del Consumo de Drogas del Mineduc desarrolla acciones preventivas dirigidas al consumo de alcohol (Ser y Crecer, 5°-6° Básico) y se encuentra desarrollando una estrategia específica para abordar el consumo de tabaco, en conjunto con la Unidad de Tabaco de Minsal. Los demás programas preventivos tocan drogas lícitas e ilícitas en general, de un modo bastante más inespecífico

¹⁰⁵ De acuerdo a lo señalado por Mineduc, se incluirá la pregunta referida a cantidad de alcohol consumido en encuesta a escolares.

4. Falta desarrollo de acciones de reinserción escolar, laboral y social

A pesar de estar declarado en las políticas y orientaciones del Plan General, en la práctica no existe una línea de acción tendiente a reinserter a los jóvenes rehabilitados por el programa. Esto atenta seriamente en el éxito de el esfuerzo realizado por el sector salud en términos de tratamiento, ya que si no se logra la reinserción de estas personas, el riesgo de recaídas es muy elevado.

5. Cambios sucesivos en las estrategias de intervención

La descripción de los componentes del Plan General de Prevención, en particular del Fondo de Inversión Conace¹⁰⁶ da cuenta de sucesivas transformaciones en el período evaluado (especialmente en el ámbito de programas comunitarios). A modo de ejemplo se puede señalar la instalación del Servicio de Promoción Local y Proyectos de Apoyo a la Calidad, que para el año 2000 reemplazan al Fondo concursable de proyectos comunitarios, en consecuencia de que aún están en ejecución los estudios de evaluación del subprograma de organizaciones intermedias (esta línea de acción solo tuvo una duración de un año) y de organizaciones comunitarias, que debieran aportar en el perfeccionamiento de estos instrumentos.

Por otra parte no queda clara, la relación entre estos cambios y el fortalecimiento de los Siscop, que el panel los entiende como la principal estrategia de fortalecimiento de las acciones coordinadas a nivel local, focalizando en poblaciones de mayor riesgo y conducentes a desarrollar las fortalezas y reducir las debilidades específicas de cada comuna, razones por las cuales se justificaría el fortalecimiento de esta institucionalidad y la preocupación por una mayor desarrollo del expertis técnico a este nivel, como las estrategias privilegiadas para mejorar la calidad e impacto de los programas comunitarios. Al respecto el panel conoció el documento “Marco lógico de intervención de los Servicios de Promoción Local” que tiene como fecha de elaboración agosto del 2000, que tenía la finalidad de poner a la discusión esta propuesta, sin embargo la Secretaría Ejecutiva decide su implementación en fecha anterior a la difusión de esta propuesta y se desconoce cual fue la retroalimentación recibida de parte de los niveles locales.

Se reconoce que no existen cambios en los objetivos del componente, y que se basan en decisiones relacionadas con evidencias surgidas desde la práctica, razones funcionales, avances del conocimiento, deseos de mayor impacto y efectividad en cuanto a resultados y aumento de cobertura, así como que es probable que el crecimiento del financiamiento en los años estudiados sea un factor que ha determinado la búsqueda de mejores y más eficaces instrumentos para la asignación, también se debe señalar que la velocidad con que se han producido los cambios, no permite dar cuenta de resultados en las estrategias y modalidades de intervención puestas en marcha, que sin duda son capaces de visualizarse en un período de tiempo más prolongado y con acciones sostenidas en el tiempo. Estos cambios si bien se pueden justificar en aras de elevar la eficacia y calidad de los proyectos comunitarios (lo cual es reconocido por actores regionales y locales), impactan negativamente en las señales que da Conace al fortalecimiento de las redes sociales, que ya se estaban creando a nivel local.

1.1.2. Lógica Vertical de la Matriz de Marco Lógico

Respecto del propósito, dada la amplitud de factores de riesgo y protectores que pueden contribuir al logro del fin, sería recomendable especificar aquellos sobre los cuales específicamente puede contribuir el plan nacional de prevención, de modo de no generar superposiciones con las acciones que realizan otros sectores en el campo de políticas sociales.

¹⁰⁶ Ver cuadro en descripción del programa.

De la mirada a los componentes se puede concluir que todos contribuyen al propósito, si bien sería posible unificar en un solo componente todo lo relacionado con los programas comunitarios con el componente de los Siscop, dado que la evolución de las modalidades de intervención al respecto podrían no justificar la diferenciación, especialmente cuando se termina el fondo concursable y los recursos se esperan orientar preferentemente al Plan Comunal de Prevención a cargo de los Siscop.

Primer componente: SISNID

Respecto del Sistema de Información sobre drogas, se observa ausencia de acciones dirigidas al análisis de las bases de datos que permitan asegurar la mantención de un sistema de vigilancia y monitoreo del tema (incluido análisis de factores de riesgo y protectores), que contribuya eficazmente a la definición de prioridades, estrategias y acciones para lograr el propósito del programa. Se requiere avanzar en la formulación y medición de indicadores de calidad y eficacia de los programas, que apunte a promover acciones de demostrada efectividad basado en evidencia científica. Se percibe una subutilización de los resultados de evaluaciones, sistematizaciones e investigaciones realizadas a diferentes aspectos del programa; el SISNID podría ser su punto de partida, generando informes dirigidos a favorecer procesos de toma de decisiones informados para los sectores involucrados. Es interesante destacar que el uso de la medición de factores de riesgo y protectores que realiza Mineduc a partir del estudio de consumo en escolares, lo cual debería extenderse a otras poblaciones objetivo del programa.

Segundo componente: Campañas

En campañas de difusión masiva, hasta el 2000, no se evidencia el desarrollo y fortalecimiento de una estrategia comunicacional sobre drogas, de la cual las campañas y acciones educativas son sus actividades finales y solo recientemente se identifican acciones referentes a generar una política de medios que permita articular una red de apoyo coordinada en sus mensajes y campañas¹⁰⁷. Los costos involucrados en estas acciones son imposibles de afrontar en forma exitosa sin la colaboración de las asociaciones de medios de comunicación de masas, para lo cual no se perciben actividades específicas al respecto.

Tercer componente: programas comunitarios

En opinión del panel, la presencia de dos componentes que actúan paralelamente en prevención comunitaria (Programas comunitarios: actualmente Sistemas de Promoción Local y Proyectos de Apoyo a la Calidad y las acciones que desarrollan los Siscop como parte del Plan Comunal de Prevención) corre el riesgo de asegurar la adecuada consistencia y potenciación entre ambos. El énfasis está centrado en el apoyo a proyectos de prevención en el ámbito comunal para asegurar una mayor especificidad en las acciones respecto del consumo de drogas y mejorar la calidad de las intervenciones, sin embargo no queda claro el énfasis en asegurar la integración de la visión de los diferentes actores y sectores a este nivel, lo cual puede dar como resultado muchas acciones comunitarias aisladas que no se potencian entre sí para el logro de los objetivos. El esfuerzo dirigido a la consolidación de la estrategia de los SISCOP se enmarca dentro de este objetivo, sin embargo aparece como un componente independiente de los proyectos comunitarios locales. Respecto de la modalidad de proyectos anuales que en la práctica significan intervenciones que en promedio duran entre 3 a 6 meses, no queda claro como con este diseño se puede obtener resultados en prevención del consumo de drogas dado que la evidencia internacional fundamenta la necesidad de intervenciones sostenidas por tiempos mayores.

Cuarto componente: prevención escolar

Las actividades que contribuyen al componente de prevención en el nivel educacional están centradas en la comunidad educativa (alumnos, profesores, apoderados), no dan cuenta de los esfuerzos realizados para incluir este tema en los OFT que apuntan a fortalecer factores preventivos

¹⁰⁷ Ver referencia N° 77.

inespecíficos (lo que permitiría al programa abocarse más a la prevención específica) y en los planes y programas flexibles de la reforma educacional para incluir los contenidos de prevención del consumo de drogas, que de acuerdo a lo informado por Mineduc si se realizan y representan una importante estrategia para internalizar este tema en los contenidos educativos. Las actividades al nivel de la educación superior, si bien han sido esfuerzos aislados orientados a trabajar en las mallas curriculares de las carreras para incluir esta formación, constituyen acciones relevantes para aumentar el expertis técnico nacional en la materia. Actualmente Conace realiza acciones para apoyar la generación de políticas preventivas específicas para cada universidad. Estas últimas acciones señaladas, tampoco han sido explicitadas en el marco lógico del programa.

Quinto componente: tratamiento y rehabilitación

El componente sobre tratamiento y rehabilitación, da cuenta de las acciones que realiza el sector salud especialmente en lo curativo. Minsal ha decidido no incluir el ámbito preventivo primario para este período de evaluación porque se ha delegado principalmente en educación, existe un sistema de información débil respecto de las acciones realizadas por el sector y los fondos asignados a estas iniciativas (campañas sanitarias) son marginales. A contar del 2000 se establecen nuevas acciones en el sector salud orientadas a la prevención primaria de adolescentes en situación de riesgo sicosocial, de lo cual no se da cuenta en las actividades. Dada la importancia de que los recursos se destinen a acciones con comprobada evidencia científica respecto de su efectividad no se incluyen actividades dirigidas a revisar críticamente el quehacer para aumentar su eficacia¹⁰⁸.

Sexto componente: Siscop

El plan de creación de los sistemas comunales de prevención, muestra la búsqueda de cómo institucionalizar trabajo comunal en el tema y como facilitar la llegada de políticas públicas al territorio comunal. En este sentido se debiera incluir las actividades relacionadas con la generación de redes sociales y la elaboración del Plan Comunal de Prevención que constituye un hito importante para asegurar que los diferentes sectores vinculados al quehacer comunal contribuyan a la intersectorialidad local y el abordaje integral. Un supuesto implícito para asegurar el éxito de este componente es la disposición de los sectores a fortalecer las competencias en el tema y la autonomía para el desarrollo de iniciativas en el ámbito descentralizado, así como la voluntad de los actores locales para articularse en la implementación de estrategias integrales.

Séptimo componente: Sistema de información al público

El componente dirigido a informar y orientar al público aparece bastante específico y se refiere a una herramienta de información al público desde el quehacer de CONACE, dejándose fuera otras actividades dirigidas a informar que probablemente llevan a cabo Minsal y Mineduc que participan del plan nacional de prevención de drogas.

Ausencia de un componente de apoyo a la gestión institucional para implementar el Plan

Finalmente se percibe la ausencia un componente o función de apoyo importante para el éxito del Plan General, que es el desarrollo de recursos humanos y profesionalización de un equipo responsable en la Secretaría Ejecutiva capaz de llevar a cabo el Plan, teniendo en consideración que el impacto de estas estrategias sin duda trasciende los períodos de administración de un gobierno y por lo tanto los equipos técnicos no debieran ser modificados cada vez que se modifica el equipo directivo. En particular en lo referido a asegurar competencias técnicas en la labor coordinadora intersectorial y de integración, en los niveles regionales y locales.

Respecto de las relaciones causa – efecto entre los componentes y el propósito, la evidencia disponible respecto del tema indican que no es clara la direccionalidad entre consumo de drogas y

¹⁰⁸ Recientemente se espera realizar un estudio tendiente a revisar la calidad de las acciones de tratamiento y rehabilitación, ver Anexo N°4.

factores de riesgo y protectores. Queda claro que existe asociación, pero la complejidad del tema no permite siempre asegurar temporalidad y direccionalidad (p.e.: agresividad y deterioro de la autoestima como factor de riesgo o como consecuencia del consumo de drogas). Al respecto tal como lo plantea CONACE, lo importante es actuar sobre estos factores dado que sin duda están vinculados con los patrones de consumo de drogas.

1.1.3. Lógica Horizontal de la Matriz de Marco Lógico

Los indicadores en general están orientados a la medición de procesos y acciones realizadas y salvo escasas excepciones dan cuenta de resultados en términos de calidad, resultados y eficiencia en el uso de los recursos. El número de beneficiarios que han recibido alguna acción específica en el tema, la cantidad de agentes formados, la capacidad de las organizaciones para participar en los concursos y la cantidad de proyectos ejecutados no dan pistas para evaluar el efecto de estas acciones sobre las conductas de las personas respecto del consumo de drogas. En los estudios y evaluaciones realizadas a solicitud de CONACE, existe el insumo para construir indicadores no económicos, que podrían ser considerados¹⁰⁹.

Con relación al primer componente (SISNID) es posible incluir indicadores referidos a: 1) uso de información disponible, 2) periodicidad con que se captura la información disponible en el SISNID (especialmente en las ventanas de vigilancia epidemiológica), 3) capacidad de identificación de áreas críticas a partir de los estudios realizados.

Para el segundo componente (Campañas y acciones educativas de comunicación) se podrían incluir indicadores de: 1) cambio de actitud de la población frente al consumo de drogas en el tiempo, para lo cual existen insumos en la encuesta de hogares, 2) impacto de la política comunicacional para lo cual se podría medir la concordancia de los mensajes entregados en medios de comunicación masiva con los mensajes que entrega Conace.

En el componente de programas de prevención comunitarios se podría incorporar algunos de los indicadores de: 1) impacto y 2) efecto propuestos por CIMA Consultores¹¹⁰, 3) indicadores que midan el grado de focalización de estos proyectos, 4) indicadores de efectividad de las intervenciones, también se debieran agregar indicadores de eficiencia.

En el componente de prevención escolar se debiera establecer 1) indicadores que midan calidad de los programas, 2) indicadores que midan impacto en el consumo y factores asociados, 3) indicadores de eficiencia.

En tratamiento y rehabilitación se podrían incluir indicadores de: 1) accesibilidad, utilización de cupos y capacidad resolutoria que se proponen en el estudio de la Universidad de Chile para la evaluación de este programa, 2) seguimiento de población atendida, 3) indicadores de eficiencia.

Con relación a los SISCOP debiera generarse indicadores referidos 1) cumplimiento de metas, 2) internalización de la estrategia en el ámbito municipal y comunal, 3) indicadores de eficiencia, 4) indicadores de impacto y resultados referidos a la variación en el consumo, factores y daños asociados al consumo de drogas que permita establecer un análisis comparativo comunal de éxito de las estrategias implementadas.

1.1.4. Reformulaciones del Programa

¹⁰⁹ Algunos de estos indicadores se proponen en el punto de recomendaciones.

¹¹⁰ Estudio descriptivo de la convocatoria 1997 del Fondo CONACE.

Modificaciones en los instrumentos de asignación y ejecución del componente tercero: programas comunitarios

En opinión del panel, los cambios en la modalidad de asignación de recursos de fondo concursable del componente comunitario, apuntan a resolver algunas de las debilidades observadas.

El proceso de perfeccionamiento del Fondo Concursable hasta el año 1999, tiende a mejorar la posibilidad de acceso a estos recursos por parte de las organizaciones sociales y potencia la construcción de redes locales de apoyo frente al problema, sin embargo si bien mejora sostenidamente la calidad de los proyectos, no se resuelven las insuficiencias respecto de la formulación y diseño de los proyectos, especialmente en el sentido de priorizar acciones de prevención más específicas respecto del tema drogas.

Los cambios del 2000, apuntan a corregir las insuficiencias respecto del diseño y formulación de proyectos elaborados por organizaciones sociales, sin embargo no modifican insuficiencias respecto de los montos y tiempos de ejecución de ellos. A su vez afectan una fortaleza del componente que se había logrado con el Fondo Concursable, al cortar el financiamiento directo a organizaciones sociales y colocar un intermediario (Servicio de Promoción Local).

Respecto de la desigualdad en la oportunidad de postular (favorece a organizaciones e instituciones con mayor capacidad técnica o asesoría profesional) si bien esta situación puede observarse en los concursos 1996 y 1997 (muy baja participación de organizaciones sociales), la definición de un Fondo Concursable específico para los proyectos comunitarios en 1998 y 1999¹¹¹, permitió que todos los proyectos comunitarios financiados tuvieran como ente ejecutor a organizaciones sociales (821 y 683 proyectos respectivamente para cada uno de esos años).

Con relación a la focalización de estos proyectos, se evidencia que durante todos los años estudiados se generan situaciones en que la asignación de recursos no se correlaciona con la mayor presencia del problema en las regiones, que se mantiene en todo el período, incluso en la implementación de los Servicios de Promoción Local, tal como se observa en el cuadro siguiente.

Cuadro N°23: Ranking de regiones según monto asignado para financiar los Servicios de Promoción Local 2000

Región	Prevalencia año 2000	N° grupos	Montos M\$	Costo promedio por grupo M\$
13° región	7,70%	276	196.531	712,1
8° región	4,00%	87	66.176	760,6
5° región	6,60%	63	46.564	739,1
10° región	3,70%	36	27.720	770,0
9° región	4,50%	33	26.452	801,6
4° región	4,50%	24	21.393	891,4
7° región	3,10%	24	18.810	783,8
6° región	4,20%	24	18.810	783,8
1° región	5,70%	24	17.800	741,7

¹¹¹ Ese año se diferenció el Fondo CONACE creándose un componente específico para prevención comunitaria.

3° región	3,50%	18	16.045	891,4
2° región	5,20%	12	8.910	742,5
11° región	2,20%	6	6.000	1.000,0
12° región	2,60%			
Total país	6,28%	627	471.211	751,5

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Al analizar la focalización para el 2000, se observa en general una asignación más consistente con la prevalencia de consumidores de drogas (Estudio Nacional de Consumo 2000), con excepción de que aparecen con una mayor asignación relativa las regiones 10ª y 7ª y con una menor asignación las regiones del norte del país. En general los costos promedio por grupo social involucrado son similares con excepción de la 11ª región, justificado probablemente por los mayores costos de vida en general que tiene la región, lo cual puede ser correcto si las poblaciones objetivo con los cuales se está trabajando son similares en términos de sus requerimientos de intervención.

Modificaciones en el instrumento de asignación de financiamiento del cuarto y quinto componente: prevención escolar y tratamiento

Los cambios en la modalidad de asignación de recursos en la prevención escolar desde fondo concursable a convenios de gestión, así como el mismo cambio realizado para el componente de tratamiento y rehabilitación, si ha permitido un mejor cumplimiento de los objetivos del programa, especialmente en lo que se refiere al establecimiento claro de objetivos, acciones y resultados esperados. La generación de un protocolo estandarizado de atención en salud es un ejemplo de su eficacia. Actualmente se busca focalizar las atenciones y la creación de oferta, en base a la demanda y necesidades de atención. Sin embargo los problemas derivados de la oportunidad en la transferencia de recursos para asegurar la continuidad de las intervenciones es un tema que no ha sido aún resuelto en salud, para lo cual se ha considerado la transferencia a Fonasa de estos recursos desde la Secretaría Ejecutiva con el objetivo de resolver este problema, lo cual deberá ser evaluado en el tiempo. El panel releva la importancia de establecer algún mecanismo de presupuestos protegidos dentro del sector salud para asegurar el correcto uso de los recursos transferidos por la Secretaría Ejecutiva.

Cambios organizacionales orientados a fortalecer la descentralización del Plan

Los cambios en la estructura organizacional responsable de la ejecución del Plan General de Prevención, relacionados con el fortalecimiento de los CONACE regionales¹¹² y los SISCOP apuntan correctamente a la descentralización del programa para avanzar en la heterogeneidad territorial del problema como de las capacidades locales de intervención. Las iniciativas en curso tendientes a transformar a la Secretaría Ejecutiva en un servicio público¹¹³ siempre que se mantenga y perfeccione el Consejo (en términos de representatividad y rol activo en la definición de políticas y estrategias), pueden asegurar una mayor eficiencia administrativa, la profesionalización del equipo técnico responsable, la rendición de cuenta pública y el fortalecimiento de los niveles subnacionales, que permitan un mayor impacto de las estrategias dirigidas a enfrentar un problema nacional emergente que aún no está dentro de las prioridades sectoriales y al igual que en otras áreas (CONAMA en ambiente, SERNAM en el tema de género) permiten asegurar una respuesta más eficaz del Estado frente a problemas que necesariamente requieren de intervenciones intersectoriales.

¹¹² A partir del 2001 el responsable será un funcionario de Secretaría Ejecutiva.

¹¹³ Información proporcionada al panel en reunión con Secretaria Ejecutiva de CONACE que presenta las orientaciones para el 2001.

1.2. Conclusiones sobre el Diseño

Si bien existe consistencia general del diseño se observan algunas insuficiencias en lo referente a: 1) relación entre el programa y el fin, 2) especialmente en el último período, se identifica un proceso de transformación (anual) en el componente de programas comunitarios del Plan General, que a partir del 2000 cesa el financiamiento al Fondo Concursable Comunitario. Esto traduce la falta de claridad respecto de cuales serían los instrumentos más adecuados. En el afán de mejorar la calidad, eficacia y eficiencia, no da tiempo para permitir que los agentes involucrados se adapten y los modelos implementados se desarrollen y logren los resultados esperados, esto genera desorientación en los actores responsables de la ejecución final de las acciones del Plan (niveles regionales y locales); 3) el diseño actual no incorpora explícitamente, aspectos relacionados con el abordaje de las consecuencias negativas que produce el consumo de drogas con igual relevancia que la medición del consumo y las estrategias para evitar, reducir o retardar el consumo de drogas lo cual no permite una mejor focalización de los recursos disponibles, 4) las restricciones legales del ámbito de acción del programa referido solamente al consumo de drogas ilícitas, en la prevención, no permiten dar cuenta y perfeccionar el abordaje integral y precoz de otro tema fuertemente asociado como lo es el consumo de alcohol y 5) muy escaso desarrollo de acciones tendientes a la reinserción escolar, laboral y social de las personas rehabilitadas, lo cual afecta el éxito de las acciones de tratamiento.

Respecto de la lógica vertical y horizontal del programa, salvo elementos de detalle que se describieron en los puntos anteriores, dan cuenta de un programa coherente para el cumplimiento de objetivos y del propósito, salvo la necesidad de incluir algunas actividades importantes para el logro de los componentes y complementar los indicadores existentes con otros indicadores de resultados orientados a medir eficacia, eficiencia y calidad. Los principales problemas detectados dicen relación con la consistencia del abordaje del componente comunitario y del componente SISCOP.

1.3. Recomendaciones sobre el Diseño

Las recomendaciones referidas al propósito, componentes y actividades desarrolladas del panel son:

- 1) Explicitar en el propósito, componentes y actividades, el abordaje de las consecuencias negativas individuales, familiares, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas por los argumentos previamente descritos y extender el ámbito de acción de la prevención, al consumo de alcohol por la fuerte interacción con el consumo de drogas ilícitas. Esto no requiere de nuevos componentes ni acciones del programa, con excepción de lo relacionado con el tratamiento del beber problema en jóvenes como acción protectora para evitar el consumo de drogas.
- 2) Reducir la participación de la Secretaría Ejecutiva en el apoyo técnico directo de proyectos y programas comunitarios. Se recomienda fortalecer técnicamente los Siscop y transferir a este nivel la decisión de proyectos específicos en función de las prioridades de los Planes Comunales de Prevención. En el caso que se desee mantener el instrumento de Fondo Concursable Nacional, se recomienda la externalización de la operación del Fondo, manteniendo Conace las atribuciones respecto de los criterios de selección de los proyectos, que se podría materializar a través de una estrategia similar a la utilizada por Conama con la externalización de los proyectos al Fondo de las Américas o darle continuidad a la iniciativa de postulación de los proyectos comunitarios a través del FNDR (Fondo Nacional de Desarrollo Regional)¹¹⁴. Un aspecto que

¹¹⁴ Descrito en Informe de Secretaría Ejecutiva CONACE, marzo 2000, en el capítulo referente a las actividades realizadas por la Secretaría en el período 1999.

- resulta relevante es incluir un proceso de acreditación de instituciones (ONGs y otros) por parte de Conace, que sea condición previa a la postulación a fondos de Conace.
- 3) Avanzar hacia una mayor profesionalización de la Secretaría Ejecutiva, fortaleciendo equipos técnicos idóneos seleccionados por concurso público y abierto, que garanticen una adecuada interlocución técnica con los demás sectores y actores para el mejoramiento de las intervenciones y la consolidación de esta política pública y sus planes en el mediano y largo plazo, que trasciendan los gobiernos, de modo de asegurar los resultados y el impacto esperado.
 - 4) Fortalecer el rol rector y coordinador de la Secretaría Ejecutiva de las políticas de prevención del consumo, especialmente en lo referente a la política comunicacional, estrategias de prevención más costo-efectivas (basadas en evidencia) y de construcción de alianzas con actores del sector privado. Se recomienda que la Secretaría Ejecutiva le de énfasis a sus acciones tendientes a estimular una participación activa en la generación y cambios de énfasis de políticas de prevención del Consejo Nacional por su carácter de referente del Estado chileno en esta materia, para lo cual es necesario asegurar la inclusión de todas las instituciones y actores relevantes para el Plan y la construcción de una agenda de discusión sobre los temas estratégicos aún no consensuados.
 - 5) Enfatizar las acciones dirigidas a la reinserción educacional, laboral y social de los pacientes tratados por consumo de drogas, de manera de garantizar el éxito de los esfuerzos invertidos por el personal de salud. Para ello es necesario que Conace incorpore esta línea de acción como un componente específico, defina una agenda de trabajo de corto y mediano plazo, concuerde los roles y las acciones que se requieren por parte de la Secretaría Ejecutiva, Minsal, Mineduc y busque activamente la participación de otros actores (especialmente el sector empresarial) en el tema a través del diseño de instrumentos (jurídicos y no legales) que incentiven esta participación.
 - 6) Para el Minsal, se recomienda continuar con los esfuerzos para aumentar cobertura, mejorar la calidad de las intervenciones mediante las estrategias de estandarización de planes de atención, protocolos y modelos de atención basados en la evidencia, que apunten a los problemas de salud específicos derivados del consumo de las diferentes drogas ilícitas.
 - 7) Para el Mineduc, el panel recomienda continuar con los esfuerzos tendientes mejorar coberturas de las intervenciones de demostrada eficacia, potenciar el fortalecimiento de redes de apoyo e incorporar la prevención al consumo de drogas como parte de los objetivos fundamentales transversales y los programas educativos que forman parte de la reforma educacional. Adicionalmente es necesario desarrollar estrategias y materiales educativos, que se orienten con más claridad a al consumo de drogas diversas (el abordaje de la prevención del consumo de pasta base y cocaína no es igual que el de consumo de marihuana).
 - 8) Intensionar la búsqueda de estrategias que permitan incorporación efectiva de los mensajes educativos que se pretenden instalar en los jóvenes respecto del tema, promoviendo espacios de conversación y estilos de trabajo efectivos de profesores y adultos en general, para el diálogo con los jóvenes. Continuar avanzando en las estrategias de prevención entre pares, tanto educativas como en los mensajes comunicacionales, tal como se enfatiza en la campaña del 2001 “Pinta la prevención a tu pinta”.

La preocupación del panel respecto de las relaciones inadecuadas que genera el rol financiador de la Secretaría Ejecutiva (decisión estratégica del gobierno) respecto de los otros sectores (salud y educación principalmente) y actores (regionales y locales) no son un tema que se pueda resolverse fácilmente. La reflexión del panel respecto de este punto, es la existencia del trade – off entre una posible subordinación de los intereses sectoriales a los de la Secretaría Ejecutiva que pueden tener implicancias respecto de la búsqueda de estrategias más efectivas frente al problema, versus la marginalidad de este tema respecto de otros al interior de los sectores (sumado al peso de la carga histórica y burocracia de estas instituciones públicas: Minsal, Mineduc, municipios) que puede poner en peligro el fortalecimiento de las estrategias incluidas en el Plan General y la asignación de

recursos. El desarrollo de convenios y la instalación de reglas claras para el proceso de negociación presupuestaria entre los sectores y la Secretaría Ejecutiva, pueden contribuir en este sentido.

Ajustes y propuesta de indicadores complementarios

En general se recomienda incluir para cada componente indicadores relacionados con la satisfacción usuaria, especialmente en los componentes comunitario, escolar y tratamiento.

Con relación al primer componente (SISNID):

- **Uso de la información disponible:**
 1. % referencias al SISNID de los proyectos presentados a CONACE SISNID/ total de proyectos presentados por año. Fuente de información: solicitar dato a las evaluaciones ex - ante de los proyectos
 2. % de variación anual en el número de personas o instituciones que solicitan información al año. Requerimiento de información: registro diario de consultantes al SIND.
- **Actualización de la información:**

Definición de una propuesta de los períodos de actualización de la información disponible.
Requerimiento de información: registro de última actualización de datos SISNID (especialmente en lo referente a asegurar un sistema de ventanas de vigilancia epidemiológica y monitoreo sobre consumo, factores asociados y efectos positivos o negativos asociados al consumo de drogas).
- **Identificación áreas críticas y poblaciones de mayor riesgo:**
 1. % de proyectos que identifican áreas críticas relevantes/ total proyectos por año
 2. % de proyectos que identifican poblaciones de mayor riesgo/ total proyectos por año
Requerimiento de información: extraer de las evaluaciones ex – ante
- **Evolución de factores de riesgo y factores condicionantes:**

Variación porcentual de factores por sexo, edad, prevalencia de consumo, incidencia de consumo, por comuna. Los factores de riesgo que debieran incluirse son al menos los incorporados en la encuesta de consumo escolar, el crecimiento en el número de agentes preventivos, la disponibilidad de redes sociales en zonas de mayor vulnerabilidad, jóvenes que manifiestan una actitud crítica frente al consumo de drogas.
Requerimiento de información: análisis de información disponible en encuestas de consumo.

Para el segundo componente (Campañas y acciones educativas de comunicación):

- **Cambio de actitud de la población frente al consumo de drogas**

Requerimiento de información: analizar datos de encuesta de hogares y agregar en encuesta escolar.
- **Impacto de la política comunicacional:**
 1. % de mensajes entregados por medios masivos acordes con la política comunicacional de CONACE.
Requerimiento de información: revisión mensajes en medios escritos y medición en TV frente a problemas coyunturales por consumo drogas.
 2. Percepción de la opinión pública
Requerimiento de información: percepción mensajes entregados por medios masivos sobre consumo de drogas en encuesta hogares y escolar.

En el componente de programas de prevención comunitarios:

- **Impacto de los proyectos:**
 Construcción de línea base para conocer situación al inicio de los proyectos e indicadores referentes a mejoramiento de las condiciones personales, nivel de integración social y sustentabilidad de los cambios generados por los proyectos
 Requerimientos de información: definir criterios y metodología para construcción de línea base de los proyectos e incluir en evaluación ex – post de proyectos comunitarios

- **Efecto de los proyectos:**
 Construcción de indicadores de: calidad de uso del tiempo libre, variación en actitudes, valores y representaciones sobre el consumo de drogas, capacidad crítica frente al consumo, capacidad de resolver conflictos interpersonales, grado de participación de beneficiarios en diseño y ejecución de proyectos) propuestos por CIMA Consultores¹¹⁵
 Requerimientos de información: diseño de indicadores que se incluyan en las bases técnicas del concurso de proyectos.

- **Focalización de proyectos:**
 1. % de proyectos localizados en comunas de mayor gravedad para el consumo de drogas / total de proyectos financiados
 2. % de proyectos cuyos beneficiarios directos son población de mayor riesgo y vulnerabilidad / total de proyectos financiados
 3. % de proyectos que apuntan a reducir factores de riesgo o potenciar factores protectores priorizados por CONACE / total de proyectos financiados
 Requerimientos de información: incluir en evaluación ex – ante

- **Efectividad de las intervenciones:**
 Análisis comparados, en comunas de mayor riesgo y gravedad del problema, de áreas territoriales con y sin intervención respecto de comportamiento en el consumo, cambios en factores y daños asociados al consumo de drogas
 Requerimiento de información: incluir en estudios periódicos de evaluación de proyectos comunitarios

- **Indicadores de eficiencia:**
 1. Gasto por beneficiario (\$)
 2. % gasto efectivo/presupuesto autorizado
 3. % de gastos en administración e inversión de proyectos / gasto efectivo
 Requerimiento de información: disponible en la Secretaría Ejecutiva

En el componente de prevención escolar:

- **Seguimiento a la capacidad promocional y preventiva de los establecimientos escolares**
 Variación en los indicadores ya construidos¹¹⁶
 Requerimientos de información: lo indicado en el diseño de estos indicadores.

- **Mantención en el tiempo de las estrategias estandarizadas de prevención**
 Tipificación y peso relativo de las escuelas con 1 año, 2 a 3 años y 4 y más años con cobertura total de las estrategias estandarizadas

¹¹⁵ Estudio descriptivo de la convocatoria 1997 del Fondo CONACE.

¹¹⁶ Capacidad promocional y preventiva de los establecimientos educativos. Universidad de Chile, enero 1999. Programa de prevención del consumo de drogas, Mineduc en lo referente al 2º capítulo modelo teórico: capacidad y competencia preventiva, un modelo de interpretación y evaluación en el ámbito escolar.

Requerimiento de información: registro anual de escuelas que incorporan y mantienen las estrategias estandarizadas.

- **Retraso del consumo de drogas y reducción del consumo:**

1. Variación porcentual de inicio del consumo en escuelas intervenidas/ resultados obtenidos en población general medida en encuesta escolar.
2. Variación porcentual de reducción del consumo en escuelas intervenidas/ resultados obtenidos en población general medida en encuesta escolar.

Requerimiento de información: análisis de bases de datos de encuesta escolar general por escuelas de la muestra diferenciando grupo de escuelas intervenidas de no intervenidas.

- **Indicadores de eficiencia:**

1. gasto por beneficiario,
4. % gasto efectivo/presupuesto autorizado,
2. % de gastos en administración e inversión / gasto efectivo.

Requerimiento de información: disponible para este análisis en Mineduc.

Para el componente de tratamiento y rehabilitación:

- **Identificación de población atendida**

1. N° pacientes atendidos por mes y por año, por centro, comuna, servicio de salud
2. N° pacientes de alta por mes y por año, por centro, comuna, servicio de salud

Requerimientos de información: registro de acciones que realizan los centros de atención

- **Accesibilidad**

1. Indicador de cobertura: pacientes atendidos / demanda esperada de tratamiento por año, por centro, comuna, servicio de salud
2. Listas de espera: pacientes en lista de espera / pacientes atendidos por año, por centro, comuna, servicio de salud

Requerimiento de información: incluir en registro mensual de los servicios de salud.

- **Oportunidad**

1. Tiempos de espera: variación semestral del tiempo de espera (en meses) máximo en personas que demandan atención, por comuna, servicio de salud y país.

Requerimiento de información: incluir en registro mensual de los servicios de salud.

- **Utilización de cupos**

1. N° cupos utilizados por mes/ total cupos disponibles por centro, comuna, servicio de salud
2. N° de altas por año/N° cupos anuales

Requerimiento de información: incluir en registro mensual de los servicios de salud.

- **Indicadores de eficiencia:**

1. gasto por beneficiario atendido en los diferentes niveles de complejidad definidos
2. Gasto por paciente de alta
3. % gasto efectivo/presupuesto autorizado
4. % de gastos en administración e inversión / gasto efectivo.

Requerimientos de información: los dos primeros requieren registro de población atendida y paciente de alta (incluida su definición).

Con relación a los SISCOP:

- **Cumplimiento de metas**

Indicadores del grado de cumplimiento de: instalación intramunicipal, comisión comunal, diagnóstico de situación, plan comunal y ejecución del plan
Requerimiento de información: informe semestral y anual de los Siscop.

- **Valoración municipal y comunal de estrategia de prevención**

1. % recursos de aporte municipal/ financiamiento CONACE por comuna y anual
2. % recursos de aporte de terceros/ financiamiento CONACE por comuna y anual

Requerimiento de información: informe semestral y anual de los Siscop.

- **Indicadores de impacto y resultados**

Indicadores referidos a la variación en el consumo, factores y daños asociados al consumo de drogas, construcción de redes sociales, similares a los descritos previamente que permita establecer un análisis comparativo comunal de éxito de las estrategias implementadas.

Requerimiento de información: informe semestral y anual de los Siscop.

2. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

2.1. Análisis de aspectos relacionados con la Organización y Gestión del Programa

2.1.1. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación

Estructura organizacional de CONACE

En el organigrama actual de la Secretaría Ejecutiva se identifican dos énfasis; por un lado las líneas de ejecución de proyectos y programas de prevención (componentes 3, 4, 5 y 6) dadas por las prioridades del Fondo de Inversión y la modalidad de financiamiento y por otro, una organización centrada en áreas de trabajo, donde se ha consolidado un equipo profesional numeroso en el área técnica – de prevención y tratamiento, estudios, evaluación y seguimiento, comunicaciones - se ha fortalecido el departamento de administración y finanzas para asegurar la adecuada transferencia y control financiero-administrativo de los recursos.

En esta estructura organizacional y aún teniendo presente la creación áreas específicas, se observan debilidades en lo referente a cuatro funciones consideradas por el panel como prioritarias para conducir la política de Estado en el tema: sistema de información, estudios, comunicaciones y apoyo técnico.

En el ámbito del sistema de información, a pesar de existir un sistema de evaluación periódico del consumo, no se encuentran funciones destinadas a mantener y desarrollar el Sistema de información sobre Drogas; en el organigrama no se observa una delimitación de roles sobre quienes alimentan el sistema, efectúan las acciones de actualización periódica y la forma en que la información difundida y los requerimientos de los demandantes de esta¹¹⁷.

En el ámbito de estudios, la distinción entre las áreas de evaluación y seguimiento y la de estudios en el actual organigrama, no deja claro donde radica el poder de decidir la construcción de una agenda de investigación, la priorización y selección de los estudios a desarrollar; ni quienes son los usuarios de estas investigaciones, tampoco como se vinculan con el mejoramiento de la eficacia y calidad del programa o de alguna estrategia de intervención. No se visualizan claramente los procesos mediante los cuales los productos de los estudios realizados, aportan respecto del significado que las drogas y su consumo tienen para los sujetos potencialmente beneficiarios de

¹¹⁷ Información entregada recientemente por Conace en el documento de observaciones y comentarios al preinforme final, se señala que este proceso ya se ha iniciado.

acciones preventivas y las posibles prácticas que inciden en la mantención del fenómeno, desde una mirada más comprensiva, que apoyen a los equipos encargados del diseño y ejecución de acciones en la comunidad.

En el área comunicación, no se diferencian las funciones de desarrollo de una política comunicacional, relaciones públicas de la institución y campañas comunicacionales preventivas. La estructura organizacional no da cuenta de la participación y rol que juegan las demás instituciones asociadas y actores relevantes¹¹⁸. Una fortaleza que el panel destaca es que en el nivel regional se adecuan las estrategias nacionales a las prioridades y características propias del territorio y sus actores, también se diseñan y ejecutan campañas regionales y/o locales y otras acciones de educación y alianza con actores relevantes a nivel territorial. Sin embargo, en el diseño de las campañas anuales no queda claro como opera el mecanismo de toma de decisiones, técnico y político, ni la forma en que se incorpora la experiencia de los actores que están desarrollando los programas preventivos del consumo de drogas incluidos los niveles locales (SISCOP).

En el área técnica de prevención y tratamiento, la función principal de apoyar el desarrollo de programas en estos ámbitos queda desdibujado, en el elenco de objetivos más bien operativos y otros que demuestran una superposición de funciones entre esta área y la de evaluación y seguimiento, comunicaciones, estudios. Las demandas técnicas de generar lineamientos de políticas y estrategias sólidas para conducir los programas preventivos, integrados en una política intersectorial nacional, que potencie el desarrollo de los sectores como agentes ejecutores y técnicos de calidad, demanda la depuración de funciones así como el desarrollo de las competencias para facilitar la interlocución con sectores competentes y especializados como son salud y educación.

En el plano de las atribuciones técnicas no queda claro a quién le compete evaluar y decidir la pertinencia respecto de la introducción de otras estrategias al programa. Por ejemplo: extender la prevención temprana del consumo de drogas al nivel pre- escolar, en consecuencia que aún existen coberturas insuficientes en los grupos vulnerables y no se ha avanzado en la implementación de acciones de prevención específica para los diferentes tipos de drogas consumidos a nivel escolar.

Referente al rol de contraparte técnica de la Secretaría Ejecutiva en la implementación del Plan General de Prevención, aún no se reconoce su rol de comprador de servicios. Esto no ha permitido focalizarse en el desarrollo de procedimientos e instrumentos que estandaricen la relación con los proveedores (otras instituciones públicas, organismos privados y organizaciones sociales), se ha avanzado insuficientemente en la definición y explicitación de los productos (proyectos, acciones y servicios) que apuntan más eficazmente a la prevención del consumo de drogas y a partir de ello avanzar en definir el precio de estos productos, lo que lleva a que se destine un gran esfuerzo de relación con los ejecutores para definir caso a caso y año a año, esta relación.

En particular, la ausencia de un procedimiento formal de acreditación de organizaciones e instituciones que postulan a financiamiento del Conace, es un elemento que conspira contra la transparencia en la asignación de recursos públicos. Lo cual se torna cada vez más importante dado el fuerte crecimiento de los recursos financieros que administra la institución.

Por otra parte, se observa un bajo reconocimiento e inclusión de la experiencia y trayectoria de los distintos ministerios en la construcción de políticas públicas de amplia cobertura; que aproveche los

¹¹⁸ En esta área, es fundamental potenciar el trabajo coordinado con representantes de los sectores, para lo cual se pueden utilizar los comités de prevención, tratamiento y laboral ya existentes además de los aportes y recursos en materia de conocimiento acumulado por las instituciones representados ante el Comité interministerial.

espacios de encuentro entre los distintos actores (tanto a nivel de autoridades en el Consejo, como a nivel técnico en las comisiones de la Secretaría Ejecutiva) con la finalidad de aprender de la experiencia de otros para avanzar en la toma de decisiones de Estado y compromisos políticos del más alto nivel, respecto de las políticas y estrategias fundamentales para la prevención.

Análisis de la gestión del programa

En términos de gestión se reconoce la dificultad de consolidar una institucionalidad nueva para hacerse cargo de un tema muy complejo y que requiere de la participación en definitiva no solo de los aparatos públicos sino de toda la sociedad. Destaca el avance en el ámbito técnico para ir consolidando los componentes del programa orientándose crecientemente a una mayor eficacia de sus acciones. Se perciben algunas debilidades en la gestión del programa centradas al menos en cuatro aspectos: desequilibrio entre funciones normativas y estratégicas respecto de funciones operativas del programa, insuficiente desarrollo de la política de recursos humanos, problemas de procedimientos y oportunidad para el traspaso de recursos en la administración financiera e insuficiente fortalecimiento de los niveles subnacionales de la institución.

Desequilibrio entre funciones normativo-estratégicas versus funciones operativas

Especialmente en el componente de programas comunitarios, se percibe que la Secretaría Ejecutiva participa activamente en la conducción, apoyo técnico y administración de programas específicos, lo cual atenta contra el énfasis que deben tener sus funciones de formulación de políticas, asesoría y construcción de alianzas para el fortalecimiento de la política de prevención a nivel comunitario y regional. Se observa, en el último período, un crecimiento del financiamiento directo a líneas de acción priorizadas por la Secretaría Ejecutiva (apoyo a proyectos de calidad). El panel ratifica el diagnóstico de que se invierte un importante tiempo y esfuerzo, especialmente en el área técnica de prevención de la Secretaría Ejecutiva, a establecer relaciones de apoyo directo a instituciones, en la inmensa mayoría de los programas que están actualmente en curso, se realizan múltiples esfuerzos de coordinación para asegurar en forma directa la calidad de las intervenciones, siendo la gran tarea diaria de las diversas oficinas de CONACE recibir y apoyar iniciativas de los más diversos organismos sociales y técnicos que, día a día, participan en los proyectos comunales, en las redes de los SISCOP y en coordinación con los equipos regionales y nacionales¹¹⁹.

Esta situación no se observa respecto de la gestión del equipo central de Mineduc y Minsal a cargo del programa respecto de los niveles descentralizados.

Sobre la política de recursos humanos

En la gestión de la Secretaría Ejecutiva de Conace, se observa una baja preocupación por el recurso humano especialmente de los niveles subnacionales. El atraso en las firmas de convenios con los municipios, que repercute en la demora de traspasos de recursos, ha generado que los funcionarios quedaran en precarias condiciones laborales (a la fecha se conoce de atrasos de hasta 4 meses en pago de remuneraciones en el personal que trabaja en algunos Siscop).

La modalidad de concurso privado o cerrado, destinado a reclutar personal, tanto a nivel central como para las regiones, tiene como resultado que una parte importante de los recursos humanos nuevos son externos a la institución, lo que no refleja un estímulo para el ascenso del personal de los niveles subnacionales, y no se constituye en una oportunidad para implementar incentivos en la política de recursos humanos.

El hecho de pertenecer al Ministerio de Interior, como programa, no permite tener una planta óptima de funcionarios contratados, actualmente la gran mayoría de los funcionarios posee contratos a

¹¹⁹ Tal como lo señala el informe de observaciones y comentarios al preinforme final del programa de Conace

honorarios (90%). Esto no permite la profesionalización de la planta requerida para implementar una política de Estado de mediano y largo plazo, al no poder desarrollar concursos públicos y abiertos para el proceso de selección de su personal. Aunque esto puede implicar una cierta rigidización de la estructura, permite generar una estabilidad en la planta que permite trascender los gobiernos y mantener las políticas planteadas.

No se observa ninguna acción tendiente a la generación de sistemas de incentivos y evaluaciones de desempeño, para lo cual la existencia de personal a honorarios, no constituye un impedimento.

Se identifican importantes esfuerzos de capacitación y formación del personal de Conace. La debilidad en la orientación y capacitación del personal (especialmente de los niveles subnacionales), es en lo referente a las particularidades que tienen las intervenciones sobre este complejo tema y las especificidades asociadas a implementar una política pública que debe coordinar distintas estructuras del Estado, atenta contra el desarrollo de competencias técnicas de los recursos humanos.

En relación a este aspecto, no se observa la misma situación en la gestión del programa en Mineduc y Minsal, donde al menos las políticas de recursos humanos institucionales también incluyen al personal que trabaja en el programa, evidenciándose además esfuerzos importantes orientados a la formación técnica especialmente de los profesionales que trabajan relacionados con el programa. Destaca en este sentido las becas para formación implementadas por el programa en Mineduc, así como los esfuerzos en igual sentido llevados a cabo por Minsal. También se identifican insuficiencias de formación relacionadas con el tema de políticas públicas en general.

Respecto de Mineduc, el equipo central está constituido por 6 profesionales, y todos ellos desempeñan funciones para el programa y además realizan otras funciones vinculadas a otros programas de la institución. Entre sus funciones están la distribución de recursos, coordinación de investigaciones, elaboración del material educativo, producción de materiales de difusión, contacto directo con los establecimientos, administración del fondo Conace, actividades ligadas a los Objetivos Transversales y a la inclusión de este tema en los planes y programas educativos, entre otras, lo cual lleva a concluir que están evidentemente sobrecargados de trabajo. En este escenario es destacable los aportes que el equipo realiza, en términos estratégicos aportando permanentemente en el diseño de nuevas intervenciones y metodologías de acción que apunten hacia una mayor eficacia del programa.

Una situación similar se constata en Minsal, donde el equipo también es muy pequeño y comparte responsabilidades de este programa con otras relativas al Programa de Salud Mental que considera otros ámbitos de acción más amplios.

Insuficiencias en la administración

En el ámbito de administración del programa, el área administración y finanzas de Conace, ejerce principalmente un rol de control administrativo-financiero en la ejecución de los programas y proyectos definidos anualmente. Si bien se valora el crecimiento de recursos que permiten implementar la política, los procedimientos, momentos y plazos determinados para la administración de los recursos resultan muy engorrosos, lentos y no ajustados al ritmo de los procesos administrativo-financieros que tradicionalmente operan en la administración pública. El panel valora los procedimientos desarrollados tendientes a agilizar la entrega oportuna de recursos (p.e.: convenio PNUD), aún cuando sus resultados no son todo lo positivos que se espera.

Atenta además en este sentido, los sucesivos cambios en las estrategias de asignación implementadas, que en el afán de perfeccionar sus resultados se transforman en un obstáculo para el desarrollo de procedimientos administrativos facilitadores de la ejecución de los componentes.

A modo de ejemplo, el panel constata que producto del cambio en el modelo de financiamiento de los Siscop a convenios con los municipios, la exigencia en el sentido de contar con un aporte municipal, fue comunicada a los municipios después que el presupuesto municipal 2001 ya estaba aprobado, lo cual probablemente impidió que estos le dieran mayor prioridad presupuestaria, ya que debieron hacer ajustes con los márgenes de recursos que a nivel municipal suelen ser escasos.

La evolución en términos administrativos y financieros a partir de 1999 ha sido beneficiosa, especialmente en lo referente a la implementación de convenios de gestión para el traspaso de recursos protegidos a los sectores. Sin embargo, no se entiende el retraso que todavía opera para que los sectores (al menos Minsal) conozcan claramente su presupuesto anual¹²⁰, y el gran esfuerzo que anualmente se realiza para negociar entre las partes (Minsal y Mineduc con la Secretaría Ejecutiva Conace) el presupuesto, a pesar de que una buena parte de los recursos se dirigen a líneas de acción concordadas en años anteriores y que deben continuar.

Fortalecimiento de la descentralización del programa

En relación con el fortalecimiento de los niveles subnacionales, el área de desarrollo regional de Conace, ha cumplido con éxito el rol de instalar la institucionalidad en las regiones, y actualmente en el ámbito comunal (SISCOP).

Si bien en los documentos, en el discurso oficial y sin duda en la voluntad de las autoridades de Conace, existe la intención de fortalecer las instancias regionales y locales, en la práctica esto se ve limitado por la suma de tres factores, por un lado la ausencia de una política de desarrollo del recurso humano a este nivel, por otro la excesiva conducción, apoyo técnico y supervisión desde el nivel central y finalmente por la lenta transferencia de atribuciones para el manejo de recursos a los niveles subnacionales.

Se observa una excesiva tuición del nivel central en materias de la ejecución descentralizada especialmente del componente comunitario, probablemente derivada de las insuficiencias de diseño y eficacia de estas intervenciones que se analizan en el siguiente capítulo. La comunicación tiene un fuerte componente de orientación técnica de detalle, administrativo instrumental y de supervisión directa, sin embargo no queda claro de que manera los aportes de los niveles subnacionales en términos de producción de información y evaluación de las acciones realizadas, se incorpora al sistema de información o es utilizada por y desde las áreas técnica y de evaluación y seguimiento del programa. El nivel regional y local, destina un importante tiempo a la supervisión, dirigida a velar por el cumplimiento de acuerdos contraídos en muchos casos, entre las entidades ejecutoras la Secretaría Ejecutiva, y recargado por demandas del nivel central, cumple principalmente funciones de ejecución de decisiones operativas orientadas desde la Secretaría Ejecutiva, esta modalidad de trabajo, en opinión del panel, limita el desarrollo de los niveles subnacionales, restringiendo la capacidad de creación y adecuación a las particularidades regionales y locales, y por ende no se potencia el desarrollo regional y local, con lo cual se corre el riesgo de no rescatar la diversidad del país al emplear el prisma desde el centro.

De la descripción de funciones de los integrantes del sistema subnacional – CONACE regional y SISCOP¹²¹ - en el ámbito de la prevención comunitaria no queda claro sus atribuciones y contribución técnica, especialmente en lo referido a la decisión de cambiar la estrategia e

¹²⁰ De acuerdo a lo informado por la contraparte de Minsal, hasta la fecha no conocen el total de recursos con los cuales contará para el año 2001.

¹²¹ Con la última información recibida desde Conace respecto del traspaso del personal de los Siscop a los municipios mediante los convenios establecidos, no queda claro su participación futura como parte de la red Conace.

implementar el Servicio de Promoción Local y los proyectos de apoyo a la calidad, que se definieron centralizadamente. A juicio del panel, el rol de las ONGs a cargo de esta iniciativa sustituyen o duplican funciones que debieran ser de responsabilidad de los SISCOP y de los CONACE regionales referentes al fortalecimiento de la red social capaz de llevar a cabo los proyectos comunitarios de prevención.

Al examinar la gestión de Minsal y Mineduc, respecto de sus niveles descentralizados, ambos programas sustentan gran parte de su accionar en estos equipos y se coordinan adecuadamente con ellos. La existencia de estructuras descentralizadas con bastante tiempo de instalación en ambos sectores es sin duda un elemento que contribuye a que el programa operando, en esas redes, pueda cumplir con los requerimientos que demanda la acción ejecutora en prácticamente todo el país. En relación a Mineduc, se constata que los equipos regionales, provinciales y locales que se hacen cargo del programa comparten funciones con otros programas, lo cual puede significar una debilidad respecto de que el tiempo de dedicación no sea lo suficiente.

Análisis del Consejo Conace

Por último, si bien el Consejo de Conace no forma parte de esta evaluación, el panel considera importante señalar algunas deficiencias a este nivel que afectan la gestión institucional de Conace. La composición del CONACE como Consejo interministerial refleja la presencia de tres categorías de actores; los que estando incluidos no tienen o cumplen función alguna detectada en la evaluación; por ejemplo el MSG; otros empiezan a tener mayor presencia y que son invitados por ejemplo SEMANE, SERNAM, Asociación de Municipios y otros con los que se mantiene trabajo coordinado más permanente; salud y educación entre otros. El panel evidencia que no todos los sectores e instituciones que están trabajando activamente en el Plan General actualmente, se encuentran representados en la instancia de coordinación superior, lo cual dificulta la toma de decisiones consensuada entre actores relevantes en temas estratégicos y transfiere a la Secretaría Ejecutiva esta función, lo cual al panel no le parece adecuado.

Estructura organizacional de MINSAL y MINEDUC

Las estructuras de las instituciones asociadas a CONACE que forman parte de esta evaluación, Minsal y Mineduc, presentan una adecuada inserción al nivel de sus propias institucionalidades (Programas Formativos Complementarios en Educación y Salud Mental en Salud) y utilizan la estructura organizacional existente para implementar sus estrategias en el ámbito central, regional y local.

El reciente retorno del tema drogas a la Unidad de Salud Mental en el MINSAL aparece consistente con el fortalecimiento y desarrollo de una red asistencial de complejidad creciente para el tratamiento por consumo de drogas, ya que en la práctica buena parte de los centros de atención forman parte de la red de atención en salud mental en general. Llama la atención que existiendo una vasta experiencia sectorial en el ámbito de prevención comunitaria en salud, no se visualice una sinergia de cooperación y colaboración mayor, por ejemplo con el programa Vida Chile.

En relación con Mineduc, se debe formalizar las instancias de coordinación local con las escuelas particulares subvencionadas.

Mecanismos de coordinación

Los mecanismos empleados son: las reuniones, supervisiones o monitoreo, procesos de asignación de recursos.

Las comisiones técnicas, en particular con Educación y Salud, tienen un trabajo de frecuencia mensual (incluso diario en algunos períodos) y la relación con las instituciones involucradas es fluido; lo cual permite avanzar en el diseño e implementación de las estrategias concordadas.

Se destaca como fortaleza, los avances en términos de coordinación entre equipos técnicos para la consecución del Plan, lo cual da cuenta del enriquecimiento de los instrumentos de gestión (Convenios y protocolos entre Minsal y Mineduc con Conace), así como del perfeccionamiento de los materiales educativos, en términos de contenidos y metodologías para llegar adecuadamente a los niños y jóvenes y la generación de planes de salud y protocolos para asegurar mayor calidad en las acciones de tratamiento y rehabilitación.

La Secretaría Ejecutiva al ser la contraparte que asigna los recursos financieros disponible a los sectores por un lado garantiza que se implemente una política de prevención al interior de sectores altamente demandados por otras prioridades y que de no contar fondos cautelados no habría garantía de incorporar acciones de esta naturaleza en el accionar habitual. Esta misma fortaleza se configura como una condicionante, en la relación entre la Secretaría Ejecutiva y los equipos técnicos sectoriales como destinatarios de estos recursos. Esta relación mediada por recursos impide establecer una relación entre pares expertos técnicos, que en conjunto contribuyen al diseño de estrategias más eficaces y eficientes para abordar el tema de prevención frente al consumo de drogas.

Los mecanismos de coordinación se concentran al interior del sector público. Existe escasa articulación formal, estable y periódica con actores fuera del sector público, destacando el esfuerzo incipiente con empresarios privados, relevantes en el tema que serían de gran valor para el diseño de estrategias, acuerdo para acciones conjuntas y aporte de recursos de terceros en el tema.

En opinión del panel, los importantes esfuerzos de coordinación se ven debilitados por varias razones:

1. En primer lugar, la necesidad de cautelar la utilización de recursos solamente en el tema drogas por parte una institución joven y que ha enfrentado el positivo aumento estos, ha contribuido a que la coordinación tenga una finalidad de conducción y apoyo técnico de detalle, y de supervisión y rendición de cuentas sobre los planes de trabajo acordados entre las partes.
2. En segundo lugar, la falta de confianza en la capacidad y nivel de desarrollo de las Instancias con las que se coordina Conace, impide que la Secretaría Ejecutiva se concentre preferentemente a nivel de la conducción estratégica de una política pública de suyo compleja.
3. El escaso avance en definir cuales son los productos (especialmente en el componente comunitario, ver observación al diseño respecto de cambios sucesivos en la estrategia) que serán sujeto de financiamiento desde Conace, así como de los instrumentos de intermediación, tal como se señaló previamente, generan reiterados encuentros entre los agentes ejecutores y la Secretaría Ejecutiva, que el panel los considera inoperantes.
4. El apoyo técnico centrado en la aprobación de programas y proyectos, y en el apoyo bien intencionado, destinado a suplir además otras deficiencias administrativas, hace que la labor desde el aparato central retarde o sustraiga fuerzas para la implementación de la política al ocuparse de detalles técnicos y administrativos que podrían ser de competencia de los equipos locales y regionales.

Insuficiencias en los esfuerzos de coordinación, especialmente a nivel de político-estratégico, para la implementación del plan de prevención

La Comisión interministerial se reúne cuatro veces al año; las ministras de los sectores evaluados, salud y educación, envían a sus representantes que son los directivos técnicos a cargo del programa

de Prevención del consumo de drogas. Esta modalidad ha contribuido a que el Consejo Nacional deje de ser la instancia de articulación de una política de Estado para el tema y se transforme lentamente en otra comisión técnica.

Respecto de la coordinación de actores y sectores para desarrollar un plan integral, a partir de la revisión de los documentos entregados al panel y de las entrevistas con las instituciones asociadas a CONACE, se reitera la crítica y autocrítica¹²² respecto de las insuficiencias para que los esfuerzos intersectoriales en definitiva se integren en la población objetivo del plan. Una primera dificultad que se diagnostica está dada por la constitución del Conace, ya que algunas instituciones y actores relevantes en la implementación del Plan General no están representados allí, lo cual genera una dificultad para la búsqueda de consensos nacionales respecto de las políticas y decisiones estratégicas que el país debe adoptar para enfrentar el problema. Del análisis realizado, se percibe incluso ausencia de conocimiento de algunas instituciones involucradas del Plan General¹²³ y en ocasiones la ausencia de miradas comunes entre los sectores y actores relevantes sobre las orientaciones del Plan¹²⁴, que fundamentan el juicio del panel evaluador.

Del trabajo de revisión de información y entrevistas con los actores, se desprende que la no asunción del rol coordinador político-estratégico del Conace (Consejo), lleva a que la Secretaría Ejecutiva asuma este rol. Sin embargo los esfuerzos de coordinación de esta instancia, tal como ya señaló, se orientan fundamentalmente a conducir y dar viabilidad a los programas y proyectos específicos que Conace define como prioridad, sin que se visualice un espacio activo, en que las autoridades sectoriales y actores nacionales relevantes, analizan y establecen compromisos en conjunto respecto de los lineamientos políticos y estratégicos que deben orientar el quehacer del Plan General. El análisis respecto de cuales son las mejores estrategias para fortalecer las redes sociales de apoyo a la prevención, el énfasis de los mensajes comunicacionales, cuanto de prevención específica e inespecífica debiera estimular el Plan General, cual es el apoyo y compromiso político de las autoridades (Salud y Educación, por ejemplo) respecto del problema de consumo de drogas, son algunos de los temas que al panel le parecen no resueltos y que debieran ser revisados a este nivel.

Un ejemplo que da cuenta de esta debilidad es lo que está ocurriendo a partir de la constitución de instancias de coordinación intersectorial a nivel comunal para diversos temas, que funcionan en paralelo (sistemas de promoción de salud local "Vida Chile", sistemas de seguridad ciudadana comunal, etc.) Muchos de ellos en la práctica operan con los mismos agentes territoriales y dirigen

¹²² La información del documento Informe N°1 y N°2 respecto del cumplimiento de la política y plan general de prevención y control de drogas realizado por Conace durante el 2000 en respuesta al requerimiento realizado por el Presidente de la República en reunión con el Consejo del 14 de abril del 2000, señala múltiples comentarios de las instituciones que dejan ver la ausencia de coordinación.

¹²³ En el mismo documento señalado en referencia anterior, Sename: "Respecto del Plan Nacional....que se expone, con sus objetivos y los Ministerios responsables y asociados a cada uno de éstos, y sobre el cual se debe informar que para el período 1993-1999, hay que señalar que el Sename no ha conocido formalmente de él y,; posteriormente se agrega de parte de Sename lo siguiente: "No obstante haber trabajado todo este tiempo desvinculado del Plan Nacional....., el Servicio tuvo que desarrollar igualmente su programa en el tema". Se incluirá en las recomendaciones al punto continuar con los esfuerzos en marcha para perfeccionar la coordinación entre la Secretaría Ejecutiva y los equipos técnicos responsables de la implementación de las acciones del plan nacional.

¹²⁴ Esto es especialmente evidente respecto de la opinión de los sectores respecto del enfoque de las campañas comunicacionales, donde Mineduc señala: "campañas cercanas, tolerantes, no cupabilizadoras y desdramatizadoras, para abordar la prevención del consumo de drogas.", por otra parte la Policía de Investigaciones de Chile indica: "el Estado debe construir un discurso unívoco respecto del consumo de drogas y del daño que provoca, no permitiendo una eventual lectura permisiva del consumo. Toda droga es mala." Informes N°1 y 2 de evaluación de los sectores respecto del cumplimiento de la política y plan nacional de prevención del consumo de drogas.

recursos estatales diversos a los mismos actores, sin embargo no se observa un esfuerzo de coordinación a nivel superior de las instancias involucradas, en lo cual el Consejo Conace podría ofrecer un punto de partida en esta coordinación.

Por otra parte, persisten al interior de las instituciones sectoriales (Minsal, Mineduc y otras) modelos de gestión con enfoques verticales y en algunos casos muy centralista, que impiden el desarrollo de iniciativas locales que permitan la integración territorial, familiar e individual de los beneficios que se ofrecen (los SICOP pretenden ser el instrumento que viabilice este desafío), lo que sumado a que el problema de consumo de drogas no necesariamente constituye una prioridad sectorial, puede generar algún grado de ineficacia e ineficiencia del programa nacional. Esto reafirma la importancia de la coordinación y compromisos entre las autoridades sectoriales involucradas en el problema. Al nivel de cada sector también se identifican dificultades para la coordinación cotidiana en torno a la ejecución de sus componentes¹²⁵.

Este escenario da cuenta de que las mayores debilidades en términos de coordinación están a nivel de las autoridades, no así a nivel técnico. En este sentido la composición actual del Consejo CONACE afecta la coordinación, siendo el espacio privilegiado para dar mayor coherencia y sinergia a las estrategias dirigidas a desarrollar la articulación intersectorial.

2.1.2. Funciones y Actividades de Seguimiento y Evaluación que realiza la Unidad Ejecutora

Se aprecia aún un bajo desarrollo de un sistema integral de diagnóstico, evaluación de resultados e impacto del plan. Se detecta un deficiente análisis del comportamiento de los factores de riesgo y protectores que constituyen variables relevantes para la medición del logro del propósito del Plan. Respecto del avance en un sistema de evaluación que de cuenta de resultados e impacto, actualmente se encuentran varios estudios en ejecución, que podrían entregar importantes pistas respecto del logro del propósito y orientaciones respecto a la construcción de estándares e indicadores que sustenten un sistema de evaluación.

La forma en que se ejerce la función de evaluación posee diversos atributos; por un lado se externaliza a través de la licitación de estudios o se realiza directamente por las instancias centrales, regionales y locales de CONACE (especialmente lo referente a supervisión y seguimiento administrativo - financiero y de actividades programadas). En general, se puede concluir que la evaluación técnica (de procesos y resultados) está desfasada del proceso de toma de decisiones, por lo general se observan cambios en el diseño de los componentes que se anticipan a los resultados de las evaluaciones en curso (evaluaciones sobre el componente comunitario y de organizaciones intermediarias). En otras oportunidades los resultados de las evaluaciones son subutilizados. Del análisis realizado por el panel se identifican muchas recomendaciones que aún no sido implementadas. (Informe CONACE- CEPAL; Evaluación U de Chile.)

La función de monitoreo, que principalmente es un proceso administrativo centrado en dar cuenta, en formularios del cumplimiento de actividades programadas, se cumple con rigurosidad, al extremo que los ejecutores son demandados constantemente de información de carácter administrativa, que bien puede desvirtuar el logro de los objetivos planteados. La forma que ha adoptado esta forma de seguimiento, sumado a la estrecha vinculación entre el nivel local y el conductor central, hace que este proceso se transforme en una carga administrativa con escaso valor en términos de orientar las acciones hacia la obtención de mayores resultados para el ejecutante.

¹²⁵ Informe final primera fase. Evaluación del programa de prevención del consumo de drogas y alcohol del Ministerio de Educación. U. de Chile Facultad de Medicina. Enero 1998.

A pesar de lo anterior, el panel destaca la periodicidad, calidad y homogeneidad lograda en los informes de gestión de los CONACE regionales cuyos resultados debieran ser más utilizados por las áreas técnicas del programa. Por otra parte, si bien aún tiene imperfecciones, resulta valorable el registro sistemático que realiza el MINSAL respecto de personas atendidas en el programa¹²⁶ a nivel de cada Servicio de Salud del país. En MINEDUC se observan el seguimiento de las estrategias implementadas que dan cuenta principalmente de acciones realizadas, personas capacitadas, es decir información centrada principalmente en los procesos, sin embargo es importante señalar que se han realizado esfuerzos orientadas a evaluar resultados del programa con financiamiento sectorial. El seguimiento de factores de riesgo y protectores en la comunidad escolar en forma periódica y sistemática, da cuenta de los avances de este sector para medir efectos de las intervenciones realizadas en el tiempo.

2.2. Conclusiones sobre la Organización y Gestión del Programa

Las principales fortalezas están relacionadas con un creciente fortalecimiento de la capacidad institucional de CONACE y de las instituciones asociadas (MINSAL y MINEDUC) para llevar a cabo el programa, así como con la disponibilidad creciente de recursos para abordar estos temas, que permite tener recursos protegidos para impulsar temas emergentes o que no son prioridad en el cúmulo de otros temas de igual o mayor envergadura a nivel de cada sector.

Se observan debilidades en lo referente a cuatro funciones consideradas por el panel como prioritarias para conducir la política de Estado en el tema: sistema de información, estudios, comunicaciones y apoyo técnico. No queda claro donde radica el poder de decidir la construcción de una agenda de investigación, la priorización y selección de los estudios especialmente en cuanto contribuyan a la eficacia del programa. No se diferencian las funciones de desarrollo de una política comunicacional, relaciones públicas de la institución y campañas comunicacionales preventivas ni está claro donde radica la toma de decisiones al respecto. En el plano de las atribuciones técnicas no queda claro a quién le compete evaluar y decidir la pertinencia respecto de la introducción de otras estrategias al programa. Aún no se reconoce su rol de comprador de servicios de Conace, lo que no ha permitido focalizarse en el desarrollo de procedimientos e instrumentos que estandaricen la relación con los proveedores y la definición de productos.

En particular, la ausencia de un procedimiento formal de acreditación de organizaciones e instituciones que postulan a financiamiento del Conace, es un elemento que conspira contra la transparencia en la asignación de recursos públicos.

En relación a la gestión de Conace, destaca el avance en el ámbito técnico para ir consolidando los componentes del programa orientándose crecientemente a una mayor eficacia de sus acciones. Se perciben algunas debilidades centradas al menos en cuatro aspectos: desequilibrio entre funciones normativas y estratégicas respecto de funciones operativas del programa, insuficiente desarrollo de la política de recursos humanos, problemas de procedimientos y oportunidad para el traspaso de recursos en la administración financiera e insuficiente fortalecimiento de los niveles subnacionales de la institución.

Se observa un desarrollo importante de funciones operativas, en las cuales la Secretaría Ejecutiva participa activamente en la conducción, apoyo técnico y administración de programas específicos (particularmente los programas comunitarios), que atenta contra el fortalecimiento de los espacios

¹²⁶ El registro de personas atendidas en el sector salud es una debilidad generalizada del sistema que principalmente da cuenta de atenciones realizadas.

de decisión descentralizados y va en desmedro de sus funciones de formulación de políticas, asesoría y construcción de alianzas para el fortalecimiento de la política nacional de prevención.

En los años evaluados, la gestión no ha incorporado la lógica, criterios, tiempos y mecanismos de administración de políticas públicas al interior del aparato del Estado. Los cambios frecuentes los instrumentos de asignación de recursos, que se visualizan en la actualidad, cada año, sumado a las importantes insuficiencias para el traspaso de recursos financieros a las entidades que finalmente deben ejecutar las acciones priorizadas en el plan constituyen las debilidades principales respecto de la gestión administrativa-financiera. Las modalidades de selección de personal que no incorporan el reconocimiento y ascenso del personal, la escasa inversión en capacitación y perfeccionamiento del personal, especialmente subnacional, en gestión de políticas públicas y en áreas técnicas específicas relacionadas con la complejidad de las intervenciones de prevención en consumo de drogas, son algunas de las deficiencias respecto de la política de desarrollo de recursos humanos.

Las orientaciones para la acción en el nivel comunal no tiene presente los marcos de funcionamiento de la administración general del Estado y de los Municipios, en particular en lo referido a los tiempos y fechas claves para la planificación y asignación de recursos de un año para otro; fechas o hitos claves que condiciona el funcionamiento de este aparato como son procesos electorarios y cambio de autoridades, así como periodos del año en que favorecen o limitan la ejecución de acciones de parte de organizaciones sociales en los niveles locales.

Las principales debilidades en relación con la coordinación de actores y sectores para que los esfuerzos intersectoriales en definitiva se integren en la población objetivo del programa, se da a nivel de las autoridades, lo cual se explica en parte porque no todas las instituciones y actores que participan activamente en el Plan General de Prevención están representados en el Consejo, dejando el rol de coordinación estratégica y política radicada en la Secretaría Ejecutiva, lo cual al panel evaluador no le parece apropiado.

Aún no resuelve organizacionalmente la forma en que se materializa la integralidad de las acciones a nivel local, especialmente del componente comunitario dentro del plan de prevención, en lo referente al rol y atribuciones de las instancias regionales (CONACE regional) y locales (SISCOP u otro).

2.3. Recomendaciones sobre la Organización y Gestión

Las recomendaciones del panel evaluador se sintetizan en una propuesta de modelo de organización de Conace¹²⁷ que considera lo siguiente:

1. Fortalecer del rol del Consejo Nacional de Conace en lo referente a definir los lineamientos estratégicos, prioridades de asignación de recursos, evaluación y reorientación de políticas y estrategias fundamentales, acción concertada sobre políticas públicas que están vinculadas al tema y el fortalecimiento de alianzas estratégicas (tanto públicas como privadas). Se recomienda revisar la composición del Consejo Nacional de acuerdo a los avances que ha tenido la implementación de esta política, la experiencia acumulada y la presencia de actores activos que en el presente resultan claves para el Plan General de Prevención. Es necesario fortalecer la presencia de la Secretaría General de Gobierno, de la Asociación de Municipalidades, del Ministerio del Interior en particular de la Subsecretaría de Desarrollo Regional, así como formalizar la participación de SENAME y otras instituciones con activa participación en el plan.

¹²⁷ Se adjunta cuadro síntesis de la propuesta.

2. Crear un sistema de acreditación de Organizaciones No Gubernamentales y otros proveedores de servicios, como forma de garantizar la transparencia en las convocatorias a licitaciones privadas y facilitar los procesos de reclutamiento y selección de eventuales prestadores de servicios de calidad y solidez institucional conocida y comparable.
3. Continuar avanzando en la consolidación de la coordinación intersectorial técnica a nivel central a través de los Comité intersectoriales (en prevención¹²⁸(laboral), tratamiento, comunicaciones, sistema de información, estudios e investigación) que de manera formal, sistemática y permanente trabajan junto a la Secretaría Ejecutiva.
4. Fortalecer el Sistema de Información fortaleciendo mecanismos efectivos de coordinación y explotación de la información, desarrollando la capacidad de análisis y uso de la información, poniéndola a disposición de los procesos de toma de decisiones de los distintos sectores y actores con los que se mantienen relaciones de colaboración.
5. Fortalecer el área de estudios e investigación aplicada para generar mayor evidencia respecto de la eficacia de las intervenciones que el plan debe mantener e incorporar, para lo cual se recomienda construir una agenda consensuada de investigación en el tema que satisfaga los intereses de los que participan en el Plan.
6. Fortalecer un área de comunicaciones y desarrollar la función de relaciones públicas, que permita articular una política comunicacional con participación de agentes de los medios de comunicación masiva y otros actores con los cuales se establezcan alianzas estratégicas respecto de mensajes a la población sobre el tema.
7. Fortalecer y mejorar los sistemas de asignación y traspaso de recursos a través de la utilización de las estructuras probadas del Estado. Se recomienda externalizar el quehacer administrativo a otra institución con especificidad en estos mecanismos, como el Fondo de las Américas que es una entidad especializada en Asignación y administración de recursos vía fondos concursables y que en la actualidad presta servicios a otros servicios públicos como CONAMA y a diversas empresas privadas. Otra alternativa puede ser avanzar en la línea de instalación de estos fondos en el FNDR (Fondo Nacional de Desarrollo Regional) Esta medida potencia y acelera la definición de criterios operativos que sean capaces de encausar una política de Estado.
8. Perfeccionar los mecanismos de asignación presupuestaria especialmente en relación con los convenios con Mineduc y Minsal, separando un componente de presupuesto de continuidad de acciones concordadas que deben seguir trabajándose y por lo tanto no requieren negociación año a año, de un presupuesto de expansión que incluye la negociación de nuevas líneas de acción o focalización de intervenciones.
9. Desarrollar procedimientos que permitan mayor oportunidad en la transferencia de recursos y que considere las condiciones propias administración del aparato público y coincida con los hitos relevantes de la gestión del resto de las instituciones. En relación con Minsal, se recomienda continuar en la estrategia de transferir los recursos a Fonasa manteniendo el carácter de recursos protegidos para las acciones que se deben ejecutar en el marco del Plan General.
10. Favorecer la descentralización a nivel regional y local (a través de los Conace regionales y los SISCOP) construyendo un plan de transferencia de la toma de decisiones y fortalecimiento de las competencias para ello. Potenciar el rol de articulador de la red local de los SISCOP. Es necesario repensar la repercusión de la doble dependencia de este funcionario y las limitaciones que acarrea para el cumplimiento de sus funciones.
11. Continuar con los esfuerzos para instalar un sistema integrado de seguimiento y evaluación de los programas y proyectos que forman parte del Plan General, especialmente orientado a dar cuentas respecto del avance en términos de resultados e impacto sobre el problema y los factores de riesgo y protectores asociados.

¹²⁸ Si bien laboral es parte de la prevención, por la especificidad de sus actores pueden mantenerse separados.

3. EFICACIA Y CALIDAD DEL PROGRAMA

3.1 Análisis de aspectos relacionados con la Eficacia del Programa

3.1.1 Desempeño del Programa en cuanto a la producción de componentes

Primer componente: Estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyéndose un Sistema Nacional de Información sobre Drogas

Los antecedentes disponibles para el caso del componente **Sistema Nacional de Información de Drogas (SNID)**, permiten realizar las siguientes observaciones respecto de su producción y uso de la información generada:

1° Durante el periodo de evaluación se continuó con la línea de estudio de medición nacional del consumo, mejorándose y ampliándose tanto la representatividad de la muestra tomada, los niveles de desagregación de los datos (desde el estudio de 1998 se incluye un análisis comunal de la información), se ha dado continuidad y ampliado el estudio de población escolar, y se ha construido y determinado un "Índice de Gravedad Comunal Frente al Consumo de Drogas", así como también se han incorporado crecientemente nuevas dimensiones de medición, tales como percepción de gravedad, percepción de acción preventiva, etc., orientadas a medir el avance del propósito del programa.

Se debe resaltar y valorar que cada uno de estos avances da cuenta del desarrollo creciente de un estable y riguroso sistema de medición del consumo, que representa un esfuerzo colectivo y coordinado de un conjunto de instituciones involucradas en la tarea.

2° Adicionalmente, se debe resaltar el esfuerzo del área de Estudios de Conace, que a partir del año 2000, señala modificaciones valorables en el SISNID, incorporando acciones que buscan traspasar horizontal y verticalmente a todas las áreas de la Secretaría Ejecutiva del CONACE, e integrar la información recogida por todas ellas, además de la información proveniente de los ministerios y dependencias ministeriales que manejan o requieren de información relacionada con el tema drogas. En este sentido el SISNID adquiere el carácter de ente coordinador, internamente entre las distintas áreas de la Secretaría Ejecutiva e intersectorialmente en las diversas dependencias ministeriales, para producir, recopilar y sistematizar la información generada en Chile con relación al tema drogas. El panel espera que el nuevo enfoque del SISNID tenga frutos en el futuro.

3° A diferencia de la línea de medición del consumo que señalábamos, que claramente muestra una orientación y expresa un proceso de trabajo sistemático que progresivamente se desarrolla y perfecciona, otras mediciones y estudios que hacen parte de este sistema de información, no muestran igual tendencia.

Se comienza la implementación, del estudio de "Vigilancia Epidemiológica" en servicios de urgencia y centros de detención, que es discontinuado en el año 1998, sin razones conocidas para ello. De acuerdo a lo señalado por Conace en el 2001 se está realizando un estudio de "Detección de drogas en consultantes de los servicios de urgencia del país", coordinado por Minsal, que no queda claro si esto implica que esta vigilancia se retoma nuevamente. La construcción del banco de datos sobre las actividades de tratamiento y rehabilitación de consumidores, entregando información respecto de las personas atendidas, número de pacientes de alta, diagnóstico respecto del tipo de drogas consumidas, vías de consumo y enfermedades asociadas, que fueron definidas en el Plan General en 1993, y que tienen como entidad responsable el Minsal, se han desarrollado parcialmente.

Respecto de estudios específicos de prevalencia de consumo de drogas, que complementan los datos del sistema, si bien se describen las acciones realizadas, no se cuenta con un programa de trabajo con un marco de definiciones, criterios, objetivos, periodicidad, etc. desde los cuales se de coherencia y se comprenda la elección de grupos específicos y periodicidad de los diversos estudios que componen el sistema.

En el año 1997 se realiza por única vez un estudio de Conductores de Locomoción Colectiva Urbana y por otra con el "Estudio de Prevalencia de hallazgo de sustancias psicoactivas en fallecidos peritados en el Servicio Médico Legal"¹²⁹. En el año recién pasado se realiza también una única versión del estudio "Consumo de Drogas en Conductores de Buses y Camiones Interprovinciales" y otros estudios que se están realizando en 2001¹³⁰.

Finalmente a partir de los compromisos contraídos por los gobiernos en la Cumbre de las Américas (realizada en Santiago de Chile) y confirmada posteriormente por los representantes del Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM) se priorizaron como temas prioritarios de investigación 8 temas (jóvenes de enseñanza media, jóvenes con problemas judiciales, pacientes toxicómanos en tratamiento, pacientes en salas de urgencia, sustancias psicoactivas en medicina forense, estudiantes de educación superior, población general) de los cuales en 5 de ellos se están realizando estudios en nuestro país, lo cual constituye un importante avance en este sentido.

4° *El estado de avance de este sistema hasta el año 2000, presenta insuficiencias en la medición de otras dimensiones de relevancia y consensualmente reconocidas como necesarias de observar para una adecuada medición y comprensión el fenómeno y de las necesidades de respuesta e intervención.*

Tal como indican el Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)¹³¹ y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD)¹³², para una adecuada medición del problema de drogas, es necesario que junto a los datos de prevalencia e incidencia en población general, se implementen también mediciones en: poblaciones especiales (grupos vulnerables y de riesgo, usuarios de drogas inyectables, consumidores dependientes, etc.); se obtenga información relativa a la utilización de servicios de tratamiento; información sobre morbilidad general y psiquiátrica asociada a drogas; se estudie la asistencia a unidades de emergencia; se determinen los efectos sobre exclusión y discriminación, sobre niveles de criminalidad; al igual que se hace necesario información respecto del mercados de drogas.

La ausencia de medición sistemática de estas dimensiones en el SISNID, limita su contribución para la determinación de la magnitud e implicancia del problema de drogas, especialmente en lo referente a su contribución para el diseño de estrategias de intervención en prevención específica.

5° Se hace necesario un mayor desarrollo de la capacidad de este sistema para contribuir con información específica respecto del estado y tendencias en la dimensión de los Factores de Riesgo y de Protección, más aún cuando las estrategias de prevención del Plan General apuntan a influir en estos componentes.

En el caso de los estudios de población escolares incluyen mediciones y análisis de estos factores, que no solo sirve para medir el impacto de las acciones del componente de prevención escolar. Se

¹²⁹ En el 2000 se realiza un nuevo estudio en el Servicio Médico Legal, cuyos resultados están en procesamiento.

¹³⁰ Por ejemplo el estudio "Mujeres de sectores populares y microtráfico de drogas: una aproximación exploratoria".

¹³¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) "Drug information systems: Principles, structures and indicators". Vienna, 6-15 March 2000.

¹³² Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (OEA/CICAD), "Resumen Estadístico sobre Drogas". 1999.

observa además un uso adecuado de la información proporcionada por estos estudios en el caso del diseño y orientación de las acciones de este componente en particular.

No obstante la política de prevención orienta su acción y focaliza sus objetivos centralmente en el ámbito de los Factores de Riesgo y de Protección, aún la contribución del SISNID respecto del estado de estos factores en la población general, así como en poblaciones específicas, no permite contar con información suficiente que aporte en la construcción de la línea base, ni con información suficiente de la modificación del estado de estos factores que permita la comparación e indique la tendencia de cambio.

6° Una debilidad adicional que se identifica respecto del SISNID, es el insuficiente análisis y uso que se hace de la información disponible para orientar las acciones del Plan General, objetivo último de su existencia. Aunque potencialmente, dada la riqueza de la información disponible, podrían hacerlo. Adicionalmente la asociación entre esta información y lo proveniente de la evaluación y seguimiento de los programas y proyectos del Plan General, debiera aportar insumos muy valiosos para orientar las acciones futuras, en este sentido se espera que la reciente constitución del área de Evaluación y Seguimiento de la Secretaría Ejecutiva, contribuya a este fin.

Además el SISNID debe recoger los aportes que se han generado a nivel local y que sin duda contribuyen a mejorar la calidad y focalización de las intervenciones, específicamente esto se refiere a la inclusión de los mapas de riesgo comunales elaborados por el conjunto de las redes comunales de prevención en los Siscop.

Por tanto, desde estos antecedentes queda la interrogante respecto del grado en que este sistema se estructura efectivamente como un programa integrado con objetivos debidamente fundamentados, planes de desarrollo y con una clara delimitación y conformación de roles de quienes alimentan el sistema, y definición de acciones y mecanismos que aseguren y conduzcan a la utilización de la información generada por el conjunto de actores que hacen parte de la política de prevención. Se espera que los esfuerzos de reorganización iniciados por Conace, permitan en el corto plazo avances en este sentido.

Segundo componente: Sensibilización e información a la población general respecto a los riesgos del uso de drogas

Desde los antecedentes disponibles, se observan los siguientes aspectos del proceso de producción de este componente:

1° Durante el periodo correspondiente a esta evaluación, se han realizado tres campañas de sensibilización de la opinión pública, las cuales han sido, tal como se describe en Cuadro N°8: “Juégatela por tus amigos... sin drogas más libres”, en 1998, dirigido a sensibilizar a los jóvenes respecto de prevenir el consumo de drogas y resaltar la importancia de los amigos como agentes preventivos, “Tu también... juégatela por la vida”, en 1999 - 2000 y “La droga amenaza... conversemos”, también en el año 2000, dirigido a persuadir a la opinión pública y especialmente a las familias, sobre la necesidad de dialogar acerca del tema¹³³.

La frecuencia anual de ellas, así como la envergadura de las acciones que implicaron da muestra de un permanente y sostenido esfuerzo de trabajo en esta materia, necesario de resaltar y valorar.

¹³³ Para el año 2001, se realiza una campaña de verano “Yo no le hago” en 52 comunas del país, se está realizando el Concurso Nacional de Prevención “Pinta la Prevención a tu Pinta” que busca que los propios jóvenes construyan los mensajes comunicacionales.

Así también se debe resaltar como un aspecto valioso y adecuado que la producción de este componente ha considerado una sistemática evaluación de cada una de estas campañas, realizándose tanto estudios de logro de objetivos en cada caso, además de incluir como tópico de análisis al menos en una de las evaluaciones generales realizadas (específicamente en la realizada por CEPAL¹³⁴), así como también se ha incluido mediciones de recordación de estas en los estudios de consumo implementados en cada periodo correspondiente.

El logro de objetivos de estas campañas ha sido diferente entre ellas. Específicamente para el caso de la primera, el estudio de Adimark¹³⁵ y los datos obtenidos a este respecto por el ya citado estudio de CEPAL, indican que:

Al analizar los resultados referidos a la recordación de elementos específicos, la comprensión del mensaje principal y la recordación del slogan, se deduce que el mensaje de esta campaña no logra diferenciarse, ser entendido y asimilado.

Como señala la conclusión del estudio Adimark "En estricto rigor, la campaña evaluada no resulta ser una estrategia comunicacional preventiva". Así también se señala que la campaña logra un impacto emocional débil, porque los jóvenes se sienten poco identificados con los personajes presentados y estiman que el trato del tema es algo superficial. Por último también se constata que el mensaje de amistad y ayuda solidaria, que hace centro de la campaña, no es suficientemente internalizado, y se imponen los elementos prohibitivos, y solamente en segundo lugar a los aspectos que esta campaña busca difundir para enfrentar la realidad del problema.

Para el caso de la campaña "La droga amenaza... conversemos", realizada el año recién pasado, los logros obtenidos han sido mayores. Específicamente, tal cual señala la evaluación encargada por CONACE¹³⁶: la campaña logró el objetivo de posicionar al gobierno y al CONACE, como agentes fundamentales en la prevención del consumo de drogas ilícitas.

El mensaje "conversemos" es recibido tanto por jóvenes, como por padres. La campaña tuvo su mayor logro en cuanto abrió el tema a nivel la "conversación" del país. Además, tal cual se indica en el texto de presentación de los resultados del IV estudio nacional de drogas, proporcionado por CONACE, esta campaña es la que mejor se recuerda y muestra que CONACE comienza a ser percibido como un órgano principal en la acción del gobierno, a la par de la policía de investigaciones y ligeramente detrás de Carabineros.

Adicionalmente de acuerdo a lo señalado por Conace¹³⁷, esta campaña fue difundida gratuitamente por todos los canales de TV durante dos meses y a partir de ella se desarrollan otras actividades locales, tales como la campaña "Fiesta de la conversa" realizada en 5 regiones en conjunto con INJ y donde participaron cerca de 30.000 jóvenes.

2º Sin embargo, a juicio del panel evaluador, las campañas realizadas durante los años 1998, 1999 y 2000, no dan cuenta de una estrategia comunicacional consistente y sostenida en el tiempo.

La primera de ellas, "Juegatela por tus amigos... sin drogas más libres", realizada 1998, según indica sus objetivos, esta destinada a:

¹³⁴ Diagnóstico y evaluación de la gestión de CONACE. Informe final primera etapa de cooperación técnica CEPAL-CONACE

¹³⁵ Informe Final : Estudio Cualitativo-Exploratorio Evaluación Campaña Comunicacional "Juegatela por tus amigos, sin drogas mas libres". Adimark. 1998.

¹³⁶ Informe Final de segunda fase del estudio cualitativo de la campaña comunicacional CONACE 2000. 2001.

¹³⁷ Ver documento de observaciones y comentarios al preinforme final de evaluación del programa de Conace.

- Prevenir la iniciación del consumo (asociado a segmentos de la población y períodos del año de alto riesgo):
- Generar un clima social favorable para la prevención del consumo de drogas.
- Incorporar, a través de las piezas y mensajes comunicacionales, los conceptos de reconocimiento efectivo y amistad, como recursos para trabajar con los distintos agentes sociales la prevención del consumo de droga

En cambio la campaña realizada en junio del año 2000 "*La droga Amenaza ... conversémoslo*" tiene el objetivo de:

- Sensibilizar a la opinión pública sobre la gravedad del problema y dar a conocer la firme decisión gubernamental de combatir el consumo y tráfico de drogas en el país.
- Generar conversaciones ciudadanas en diversos ámbitos y responder a las necesidades de información y orientación.

Así, la primera de estas, tal cual se señala en su diseño, descarta "*la idea de enfatizar recursos de atemorización o de énfasis en las consecuencias negativas del consumo, como el uso de mensajes que buscarán el rechazo o la guerra contra las drogas sin dar alternativas viables y atractivas*", en cambio la segunda refiere explícitamente a la necesidad de "combatir" el problema.

Los cambios que implicaron esta última campaña, vienen a reforzar y nuevamente dan pertinencia a la observación y recomendación que hace CEPAL en 1998, respecto de que el trabajo desarrollado hasta ahora en el área específica de las campañas muestra una marcada tendencia a lo coyuntural, notándose la ausencia de criterios y lineamientos de una política de comunicaciones estable y de largo plazo en materia de drogas en Chile.

Independientemente de la pertinencia de estos cambios en la estrategia comunicacional, entre los antecedentes revisados no se encuentra una elaboración y desarrollo de las razones y fundamentos que sostienen y determinan la importancia de la reorientación de estrategia comunicacional. Adicionalmente, en la última evaluación respecto del cumplimiento de la política y plan de prevención y control de drogas, realizado en conjunto con los sectores involucrados siendo evidente la falta de coincidencia entre los actores respecto del énfasis de los mensajes comunicacionales, así como la ausencia de participación de muchos de ellos en las decisiones estratégicas al respecto¹³⁸.

Tampoco es explícito y no se encuentra en la documentación revisada, un análisis respecto de la coherencia que esta última campaña tiene con la política preventiva. Aunque podría estar influyendo en estas modificaciones los factores críticos detectados en los logros de la de la campaña de 1998, pensamos que ello debiera estar explícito y dar cuenta del sentido o dirección del cambio ocurrido.

Es de opinión de este Panel de Evaluación, que se hace necesario iniciar un análisis y discusión que lleve a la formulación y desarrollo de una política de comunicaciones integral y coherente, que tenga continuidad con el tiempo, y que establezca nítidos lazos con la estrategia general de la política de prevención.

No se evidencia aún impacto en los agentes de comunicación masiva cuyos mensajes suelen ser incluso contradictorios con la política comunicacional definida por la Secretaría Ejecutiva¹³⁹.

¹³⁸ Ver Informe N°1 y 2, del cumplimiento de la Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas, Conace 2000.

¹³⁹ Para este año (2001) está programada la realización de un Seminario respecto del rol de los medios de comunicación que se orienta a modificar esta situación.

Tercer componente: Programas y proyectos de prevención comunitaria

Respecto del desempeño del proceso de producción de este componente, el análisis de su desarrollo muestra que durante el periodo de evaluación la calidad de las acciones (proyectos implementados) ha tenido mejora en aspectos técnicos y especificidad de las acciones, pero mantiene y reproduce limitaciones críticas en áreas específicas en las cuales no se constata mejora y desarrollo.

Se constata que en materia de noción de prevención, es donde se ha producido la mayor evolución y desarrollo, avanzándose, desde lo señalado en el estudio de 1996, de que estas nociones aparecen ambiguamente definida, a una mejora de este aspecto en 1999, en donde se observa una amplia, actual y coherente nociones a este respecto, rescatándose además que todos los proyectos presentados para el trabajo comunitario fueron realizadas por organizaciones sociales. También en la elaboración de proyectos realizado a partir de los servicios de promoción local, se observa una mayor claridad de objetivos y metodologías de intervención especialmente dirigidas hacia la capacitación de agentes y desarrollo de acciones orientadas más hacia la prevención específica en el tema de drogas, evitando aquellas iniciativas que apuntaban solo al uso del tiempo libre y recuperación de espacios comunitarios.

Si tomamos el estudio de impacto realizado por la Universidad de Chile en 1996¹⁴⁰, como línea base del nivel de desarrollo técnico y logro de los proyectos implementados en este componente, y los comparamos por una parte con el estado de estos proyectos según muestra el estudio descriptivo de la convocatoria de 1997 realizada por Cima consultores¹⁴¹, a la vez que también los comparamos con la evaluación ex antes realizada por Ancora de la convocatoria de 1999¹⁴², encontramos que los proyectos mantienen significativas limitaciones en el grado de calidad técnica de su formulación:

En el estudio de 1996, se constata:

- ◆ La falta de diagnósticos de prevalencia mas acotados y específicos que fundamenten una intervención localizada en el ámbito territorial o de grupo objetivo.
- ◆ Los proyectos no pueden diseñar sistemas de cumplimiento de objetivos en función de cambios efectivos ocurridos en la población, en la medida que operan sobre la base de definiciones conceptuales y operacionales inespecíficas.
- ◆ Existe una tendencia generalizada a identificar impacto con la cuantificación efectista de las coberturas.
- ◆ Los proyectos evaluados presentan niveles de impacto más bien discretos, asociados principalmente a externalidades del proceso de ejecución, más que a cambios cualitativos significativos atribuibles a la acción desarrollada. En este sentido los plazos de ejecución de los proyectos es también considerado muy reducido.
- ◆ Un engorroso del sistema de traspaso de fondos que retarda la ejecución de los proyectos.
- ◆ Ausencia de mecanismos de evaluación y medición de resultados.
- ◆ El reducido monto de los proyectos no permite garantizar tiempo real de la intervención en terreno de parte de los ejecutores y solo se realizan intervenciones puntuales, etc.

¹⁴⁰ Estudio de Evaluación d

e Impacto de Proyectos Financiados por el Fondo CONACE 1996, elaborado por el Departamento de Sociología de la Universidad de Chile.

¹⁴¹ Informe del Estudio Descriptivo Concurso 1997, elaborado por CIMA Consultores.

¹⁴² Informe Final "Evaluación Ex- Ante de los Proyectos presentados al Concurso 1999, elaborado por la Corporación Ancora.

Se destacan como fortalezas: la posibilidad de acceso a recursos por parte de organizaciones sociales y la posibilidad de construir redes sociales de trabajo local.

Por su parte el estudio de 1997 indica que:

- ◆ El nivel logrado en la formulación de los proyectos hace necesario orientar y apoyar la construcción de estos, así como también la definición adecuada de las intervenciones a cada situación problema.
- ◆ Se requiere contar con diagnósticos regionales más acotados respecto de las poblaciones en riesgo prioritarias de ser intervenidas.
- ◆ Se adolece de un sistema formal y estructurado de sistematización a nivel del programa. Se hace necesario que diseños que permitan el falseo o validación de estrategias o modelos

Se reconoce como una fortaleza una importante participación en el financiamiento (cerca del 50%) de recursos propios de las organizaciones o de terceros.

El estudio Ancora de 1999, indica que es en el área de la formulación de proyectos en donde se produce la principal debilidad en la mayoría de los proyectos. Lo cual incluye, diagnóstico, formulación de objetivos y efectos, y diseño de evaluación.

Cabe señalar, como indican estos estudios que las debilidades en el diseño de los programas resultan cruciales para la posibilidad de evaluación de ellos, implicando así también la imposibilidad de revisar, orientar y ajustar las estrategias de trabajo utilizadas.

En este marco, el panel entiende que el cambio de estrategia del 2000, orientando los recursos a través de los servicios de promoción local, desarrollados por organismos intermedios, seleccionados mediante concursos en cada región, que apuntan al desarrollo de proyectos por grupos sociales e incluyen una rigurosa revisión de la calidad técnica y focalización de las acciones; así como los proyectos de apoyo a la calidad que se elaboran con el apoyo de una contraparte técnica de la Secretaría Ejecutiva, que tienen el propósito de fortalecer líneas de trabajo e incidir en variables de elevada incidencia en el problema de drogas, de carácter nacional y regional, apuntan a resolver los problemas de formulación y diseño de estos proyectos.

Sin embargo, el panel señala su preocupación por los sucesivos cambios en los criterios de asignación de recursos a este componente en los años analizados son un factor que también opera en contra de avanzar en el mejoramiento de la calidad y eficacia de estos proyectos, ya que variaciones estratégicas, como lo es el término del fondo concursable dirigido a financiar proyectos específicos de organizaciones sociales para el año 2000, y su reemplazo por el servicio de promoción local¹⁴³ y los proyectos de apoyo a la calidad dirigidos a financiar preferentemente instituciones sin fines de lucro, desorientan a los agentes sociales responsables de la implementación de estas acciones y que ya forman parte de las redes sociales constituidas frente al problema de drogas.

Más aún no parecen justificados los apresurados cambios establecidos el 2000, cuando existen estudios de evaluación externa sobre el componente (proyectos comunitarios y programas de organizaciones intermediarias) que están en curso y que se espera contribuyan al mejoramiento de estas intervenciones. Lo que señala el primer informe de avance de la evaluación de los programas

¹⁴³ Por intermedio de estas instituciones seleccionadas se financian para el año 2001 alrededor de 600 proyectos de prevención comunitaria que deben cumplir con bases técnicas más estrictas.

de organismos intermediarios (ONGs)¹⁴⁴, señala que existe una escasa relación de los proyectos con el tema drogas, lo que se ve reforzado por el hecho de que estos proyectos operan en la práctica como recursos adicionales en apoyo a las actividades que realizan habitualmente estas instituciones, refuerza el juicio del panel en el sentido de las estrategias de mejoramiento de este componente requieren de un análisis más profundo respecto de las debilidades observadas en los agentes responsables de su implementación.

Adicionalmente, se constata que los proyectos financiados mantienen montos menores de 2 millones de pesos¹⁴⁵ y se mantienen los cortos tiempos de ejecución de los proyectos (menores de un año), muy similar a la situación que ya se criticaba en 1996, y que tienen implicancias en términos del número y calidad de los ejecutores directos por proyecto, su permanencia en los territorios en que se desea impactar y la posibilidad de planificar acciones de más largo plazo (no solo intervenciones puntuales) que permitan mejorar la eficacia de estos proyectos.

Por último, un hecho relevante a destacar es la existencia de esfuerzos sistemáticos de evaluación ex – ante de los proyectos y ex – post, y el perfeccionamiento de las convocatorias al concurso en los años estudiados, sin embargo aún no se observa la implementación de indicadores de evaluación de resultados, que ya fueron propuestos por los organismos externos que han participado en las evaluaciones en 1999.

Cuarto componente: Programas y proyectos de prevención escolar en establecimientos educacionales

Respecto de la producción de este componente se observa (ver anexo 6) el desarrollo de una línea de trabajo sostenido, permanente y de coherencia, que evidencia grados de avance y perfeccionamiento técnico, particularmente respecto de dos dimensiones que a opinión del Panel de Evaluación, resultan de particular valor.

Una primera dimensión tiene que ver con el avance y creciente desarrollo de lo que han llamado "Modelo teórico: Capacidad y Competencia Preventiva", como modelo de interpretación y evaluación de las acciones del programa, de gran integralidad y capacidad de instrumentación operativa.

El valor de este modelo refiere a que se sitúa e instrumenta preventivamente dentro de las dinámicas del contexto escolar, orientando además el trabajo hacia el desarrollo de mejores estilos de vida como marco potenciador de los Factores de Protección. Este abordaje permite incluir como parte de la situación a intervenir y por tanto como recurso de acción, las dinámicas socio comunitarias relativas a las necesidades de los destinatarios y focalizar en los determinantes de los niveles de calidad de vida de ellos.

Además este modelo de trabajo, provee un sistema de indicadores, de gran valor en la fundamentación técnica y conducción de los procesos de trabajo así como en la evaluación rigurosa y válida de sus resultados.

Una segunda dimensión que hace destacable el proceso de desarrollo que muestran las acciones implementadas desde este componente tienen que ver con la integración que ha ido ocurriendo gradualmente en las dinámicas y procesos de la reforma educativa que se implementa en el sistema escolar. La política de droga se ve fortalecida materialmente, a la vez que reforzada técnicamente al nutrirse de los desarrollos que se posibilitan en esta reforma. En este sentido el esfuerzo realizado

¹⁴⁴ Primer informe de avance "Evaluación de procesos y efectos del subprograma de prevención con organizaciones intermediarias", de Asesorías para el Desarrollo, enero 2001.

¹⁴⁵ Fuente Secretaría Ejecutiva de CONACE.

por asegurar su integración a los objetivos fundamentales transversales (OFT) y a los grandes programas educacionales de la reforma educacional, es altamente valorado por el panel evaluador.

Una dimensión que debe ser desarrollada, dice relación el desarrollo de estrategias y acciones para el abordaje específico de prevención frente al consumo de diferentes drogas, lo cual requiere de personal capacitado ad-hoc, instrumentos de educación especializados y metodologías de abordaje del tema diferenciadas.

En el proceso de producción del componente se evidencian limitaciones derivadas del engoroso sistema de asignación presupuestaria desde Conace, que todos los años plantea la revisión completa de todo el componente, en consecuencia de que los convenios de gestión en marcha, permitirían diferenciar los ámbitos de continuidad cuyos resultados requieren de un plazo superior al año para producirse, de otros que constituyen nuevas iniciativas o nuevos grupos objetivo hacia los cuales se desea crecer en este componente. Esto retrasa la implementación de las acciones y reduce el éxito de los resultados esperados.

Quinto componente: Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas

Se destaca, por una parte la capacidad demostrada en aumentar la cobertura de atención ambulatoria e internación, el avance obtenido en la construcción de una red de atención en proceso de acreditación, la elaboración de planes de salud con procedimientos de derivación establecidos y la reciente elaboración de algunos protocolos de tratamiento basados en evidencia.

La producción de este componente ha implicado avances en la construcción y desarrollo de un sistema integrado de atención que cuenta con instrumentos de evaluación y acreditación de centros de atención, instrumentos de protocolización de atención y sistemas de registro de uso amplio en la de atención en salud, todo lo cual contribuye a la definición y evaluación del cumplimiento de estándares de calidad esperados para este componente.

Se presenta debilidad en la producción de este componente en relación, por una parte, a las dificultades derivadas de un engoroso sistema de traspaso de fondos a las instituciones implicadas en las atenciones¹⁴⁶ y que forman parte de la red de atención ya señalada, lo cual afecta de manera importante el cumplimiento de las acciones programadas.

Por otro lado también este componente presenta debilidad debido a la falta de una línea sistemática y de envergadura dedicada a asegurar una debida reinserción escolar, social y laboral de las personas tratadas, lo cual puede afectar seriamente los resultados obtenidos con el tratamiento y rehabilitación.

Finalmente también existen debilidades en los sistemas de registro de las atenciones especialmente en lo referido a identificar pacientes atendidos, pacientes dados de alta, tiempos de intervención en función de los diagnósticos, en especial en el registro de las prestaciones que directamente realizan los Servicios de Salud sin financiamiento de Conace, que permitirían mejorar la identificación de resultados obtenidos por el componente en la población atendida.

Sexto componente: Plan Comunal de prevención en un grupo de comunas seleccionadas (sistemas comunales de prevención (SISCOP)

¹⁴⁶ Para el convenio 2001 se ha definido el traspaso a Fonasa para agilizar el procedimiento.

El proceso de implementación de este componente, logra un nivel de desarrollo y de avance adecuado, según indica la evaluación en curso¹⁴⁷. Como ya hemos señalado del total de comunas en donde se ha implementado el programa, en un 59 % de ellas su proceso de instalación y logros es entre normal y óptimo, y solo en un 8,9 % se han producidos impedimentos críticos. La estrategia implementada y las acciones definidas para favorecer la articulación local (comunal) de las acciones que se desarrollan a través de los distintos componentes del programa (comunitario, escolar y salud) es adecuada y muy importante para asegurar la integralidad del programa en los beneficiarios efectivos.

Los cambios en la modalidad de gestión de este componente, informados recientemente por Conace, en el sentido de que todo este quehacer incluido el personal del nivel local se transfiere a los municipios a partir del 2001, si bien podría ser una fortaleza ya que su institucionalización se lleva a cabo en el espacio local privilegiado para programas de acción intersectoriales locales, pudiera transformarse en una debilidad si no se consideran esfuerzos tendientes al fortalecimiento de los equipos técnicos locales para llevar a cabo acciones de conducción, coordinación y asesoría a los diferentes organismos e instituciones que trabajan en el plan comunal de prevención, en un tema que es en sí mismo muy complejo.

Séptimo componente: Sistema de información al público en general

Los antecedentes disponibles indican una adecuada producción de este componente, en lo respectivo al programa FonoDrogas, el cual registraría, como ya se ha indicado, un alto porcentaje de llamadas pertinentes y acordes con su función.

Sobre las otras acciones de este componente no se dispone de información que permita elaborar un juicio fundado.

Finalmente en relación a los componentes 3, 4 y 5 se evidencia hasta el 2000 un lento desarrollo y escaso impacto de acciones destinadas a promover la movilización de recursos privados e incorporar al sector empresarial en estos desafíos, especialmente en prevención y reinserción laboral¹⁴⁸. Es posible que en el futuro al menos a nivel local, la estrategia de los Siscop cumpla con este objetivo.

3.1.2 Nivel de logro del propósito del Programa

Como ya se ha señalado en el análisis de lógica horizontal, a opinión del Panel de Evaluación, un sistema de indicadores confiables y válidos¹⁴⁹ para la determinación adecuada de logros a nivel de del propósito debiera idealmente permitir determinar los niveles y grados de modificación ocurrida en cualquiera de los factores de riesgo o de protección en la población general, en la población en riesgo o en la población destinataria / beneficiaria¹⁵⁰ (por ejemplo los factores definidos en el

¹⁴⁷ Seguimiento, monitoreo y evaluación del proceso de implementación de los SISCOP, informe intermedio de septiembre del 2000. Consultora DGV.

¹⁴⁸ Desde el 2001 se está poniendo en marcha el programa de prevención laboral cuyas líneas de acción se describen en el Anexo N°4, dirigido a estimular la participación del sector productivo privado y público en el tema. Aún no se ha planteado el tema de reinserción laboral de rehabilitados porque se percibe falta de sensibilización de los actores.

¹⁴⁹ Para los cuales existen datos en el SISNID, tal como ya se señaló.

¹⁵⁰ Los estándares en esta materia indican que para determinar o evaluar efectos o logros de un programa se debe necesariamente considerar un conjunto de controles metodológicos que aseguren que los cambios observados son resultado de la acción de un programa. Específicamente, se debe controlar la incidencia de factores externos, a través de mediciones antes y después de la intervención (o procedimientos equivalentes tales como Series Temporales o línea Base), utilizando escalas o instrumentos de medición validados - lo que

documento de lineamientos técnicos de CONACE¹⁵¹, tales como: autoestima, autonomía, tolerancia a la frustración, información sobre drogas y consecuencias, mitos sobre drogas, habilidades sociales, etc. - ver Pág. 6 y 7 del citado documento)¹⁵².

Por tanto, en la medida que como se ha indicado en el punto anterior el SISNID no informa suficientemente sobre estos aspectos, en términos estrictos, no es posible evaluar el logro del propósito, en cuanto, no se dispone de mediciones del estado y niveles de los factores de riesgo y protección en las poblaciones destinatarias o beneficiarias del programa.

A pesar de lo anterior con la información disponible, el Panel de Evaluación ha realizado un análisis genérico y estimativo respecto del cambio referido solo a la auto percepción de la población escolar respecto de algunos de estos factores en los cuales es posible derivar datos a partir de la encuesta de consumo en esta población.

De los estudios de consumo en escolares se observa una fuerte asociación entre la auto percepción de factores de riesgo y la ausencia de factores protectores con la prevalencia de consumo de vida y especialmente del último año. Los factores de riesgo con mayor peso son: problemas de salud mental, problemas escolares, inseguridad en el barrio, sin embargo el resto de los factores de riesgo la población escolar los percibe presentes en más del 50% de ellos. Respecto de los factores protectores la percepción de los escolares es que estos se encuentran presentes en mayor o menor medida en la mayor parte de esta población, tal como se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro N° 24: Percepción escolar respecto de factores de riesgo y protectores de la encuesta sobre consumo de drogas 1997.

		1997		1999	
		Ausente	Presente	Ausente	Presente
Factores de riesgo	Conducta agresiva	46,8%	53,2%	46,7%	53,3%
	Pares con problemas	47,2%	52,8%	47,0%	53,0%
	Problema salud mental	6,5%	93,5%	8,8%	91,2%
	Problemas escolares	5,7%	94,3%	9,7%	90,3%
	Irritabilidad	16,5%	83,5%	17,4%	82,6%
	Pares consumidores	30,5%	69,5%	29,4%	70,6%
	Familiares con problemas	45,9%	54,1%	47,1%	52,9%
	Baja participación en act. Recreativas	32,3%	67,7%	37,3%	62,7%
	Inseguridad barrio			2,0%	98,0%
		Ausente	Presente	Ausente	Presente
Factores protectores	Familia	4,4%	95,6%	4,7%	95,3%
	Percepción daño marihuana	5,3%	94,7%	9,9%	90,1%
	Actividades prevención	69,7%	30,3%	6,5%	93,5%
	Prevención en general	6,4%	93,6%	6,7%	93,3%

me consta que existen en el medio nacional -, asignando aleatoriamente a grupos de control - grupos sin intervención - sujetos y realizando mediciones de seguimiento que determinen la sustentabilidad de los cambios en los grupos intervenidos, usando además pruebas estadísticas de significación de las diferencias en los deltas (antes - después) de los grupos intervenidos y los de control).

¹⁵¹ Lineamientos técnicos para programas, proyectos y acciones de prevención del consumo de drogas, CONACE (11/2000).

¹⁵² Entendemos "Evaluación Rigurosa" a partir del documento Cuaderno Técnico sobre evaluación de programas de prevención del consumo de drogas. Agosto 2000. elaborado por MINSAL.

Nota: cuadro elaborado por el panel evaluador. La categoría ausente se refiere al porcentaje de población que indica ninguna respuesta positiva y presente es una o más respuestas positivas frente a las preguntas sobre factores de riesgo y protectores del Estudio de Consumo Escolar.

Al realizar el análisis comparativo 1997 y 1999 se observa que se mantiene la auto percepción de factores de riesgo y ausencia de factores protectores, con oscilaciones menores. Se exceptúa de esto el crecimiento muy significativo con relación a las actividades de prevención escolar en que la población que participa de alguna de estas actividades crece de un 30% a un 93,5%.

Si bien este análisis no da cuenta del real comportamiento de los factores de riesgo y protectores, al menos permite una aproximación al tema, con lo cual se puede concluir que en el ámbito escolar (aumento de la participación en actividades de prevención) se evidencian cambios relevantes en este período, que indirectamente entregan indicios relativos al cumplimiento del propósito del programa.

3.1.3 Beneficiarios Efectivos del Programa

Se dispone de información para determinar beneficiarios efectivos en el caso de algunos componentes.

Para el componente SISNID no corresponde definir población beneficiaria. Para el componente Campañas se asume que al menos corresponde a la población nacional a quien se dirigen los mensajes comunicacionales: niños, jóvenes, padres y redes de apoyo en general.

1. Determinación de beneficiarios del componente Programas Comunitarios, en términos absolutos se observa crecimiento significativo en el número de beneficiarios (más del 100% para el período). Si se considera como población objetivo el total de personas que viven en las comunas priorizadas según lo que indica el índice de gravedad comunal que entrega la encuesta de consumo a hogares (1998: grupos I al IV), se observa una cobertura oscila en los años analizados entre 2,3% y 5,1%¹⁵³. Si se considera como población objetivo solamente los menores y jóvenes de sectores medios y bajos de esas comunas prioritarias, la cobertura obviamente mejora (por reducción del denominador).

Se desconoce el peso en la población objetivo de las familias y redes sociales (otros grupos a los cuales van dirigido estos proyectos), para una mejor aproximación a este análisis.

Es importante considerar que esta es una medición indirecta ya que los proyectos comunitarios no solo se realizan en esas comunas más críticas sino en todo el país, si se utilizara como denominador la población de las 56, 62 o 82 comunas priorizadas¹⁵⁴, la cobertura sería mucho menor.

Por otra parte, si se considera como población beneficiaria efectiva a las organizaciones territoriales y funcionales comunitarias, se observa un crecimiento hasta 1999, que tiende a disminuir en el 2000 con el cambio a Servicios de Promoción Local. Si se utiliza para definir el denominador, el parámetro referencial de grupos objetivo que señala la convocatoria realizada para capacitar a estas organizaciones con el objetivo de participar del fondo concursable realizado en 1998 (2.400 organizaciones a nivel nacional) se logra una cobertura que crece desde 9,3% (1997) alcanzando para el 2000 el 26,1%. El análisis descrito se muestra en el cuadro siguiente.

¹⁵³ Usando cifras entregadas por Secretaría Ejecutiva.

¹⁵⁴ Dependiendo del criterio que se use para incluir comunas como relevantes en relación al problema de consumo de drogas ilícitas.

Cuadro N° 25: Cobertura programa de prevención comunitaria 1997 – 2000

	1997	1998	1999	2000	Variación absoluta del período
Beneficiarios de proyectos comunitarios	49.374	155.167	110.821		61.447
Cobertura (1)	2,3%	7,2%	5,1%		2,8%
Cobertura (2)	8,7%	27,4%	19,6%		10,8%
N° de organizaciones beneficiadas	223	432	683	627	404
Cobertura de grupos sociales (3)	9,3%	18,0%	28,5%	26,1%	16,8%

Nota(1) Se utiliza como denominador al total de población de las 20 comunas con mayor índice de gravedad en consumo de drogas¹⁵⁵. (2) Se usa como denominador solamente a menores y jóvenes de sectores medios y bajos de las comunas con mayor índice de gravedad en consumo de drogas. (3) Se utiliza como denominador el total de 2.400 organizaciones convocadas a la capacitación para postular al Fondo Concursable comunitario 1998.

Fuente: elaboración del panel evaluador

2. **Determinación de beneficiarios del 4° componente**, correspondiente al Programa de Prevención en establecimientos educacionales, la información proporcionada indica el siguiente comportamiento para los años 1997-2000:

Cuadro N° 26: Beneficiarios efectivos del componente prevención escolar y coberturas logradas

	1997	1998	1999	2000
Profesores capacitados	6.568	10.105	12.127	18.216
Alumnos beneficiarios	140.296	176.033	479.881	695.893
Padres beneficiarios	34.050	124.496	383.904	482.657
Beneficiarios totales	180.914	310.634	875.912	1.196.766
Matrícula total (A)	3.306.154	3.337.976	3.429.927	s/dato
Grandes ciudades (B)	753.250	s/dato	987.980	s/dato
Cobertura alumnos (A)	4,2%	5,3%	14,0%	
Cobertura alumnos (B)	18,6%		48,6%	

Nota: (A): matrícula 1° básico a 4° medio general país.
(B) matrícula 8° básico a 4° medio de grandes ciudades.

Si se considera como población objetivo la matrícula total de 1° básico a 4° medio del país, la cobertura crece entre un 4,2% (1997) hasta el 14% de los alumnos (1999), lo cual mejora a un 48,6% si solamente se consideran los alumnos de 8° básico a 4° medio de las grandes ciudades (según estudios de consumo escolar).

Si se analiza la evolución del programa en población beneficiaria en términos absolutos se observa un importante crecimiento en los años evaluados, esto implica que para el 2000 existen un total de 555 mil alumnos y 448 mil apoderados cubiertos por el programa más que el año 1997 y que durante todo el período se han capacitado un poco más de 47 mil docentes. Finalmente si se analiza la relación de padres por alumno beneficiario se observa una mejoría en el indicador entre los años 1998 y 1999, el cual desciende nuevamente el 2000 tal como se observa en el cuadro siguiente.

¹⁵⁵ Estudio Nacional de Consumo 1998, grupos I al IV de gravedad comunal.

Cuadro N° 27: Relación padres y alumnos beneficiarios (1997 a 2000)

	Relación padres/alumno beneficiario
1997	0,24
1998	0,71
1999	0,80
2000	0,69

3. **Determinación de beneficiarios del 5° componente**, correspondiente al Programa de Tratamiento y rehabilitación. Para estimar la población atendida con relación a problemas derivados del consumo de drogas se utilizó la información desagregada por Servicio de Salud entregada por el Minsal para el año 1999 que indicaba que si bien se presentan fuertes variaciones regionales, en promedio el 24,9% de las atenciones efectuadas para tratamiento de alcohol y drogas son específicas para problemas derivados del consumo de drogas.

Si se agrega la información entregada por CONACE respecto de los cupos ambulatorios y de residencia que se financian con fondos de esta institución (mediante los convenios CONACE – Minsal) y se estima la población potencialmente atendida¹⁵⁶, se puede concluir que para ese años, del total de atenciones que el Minsal a través de su red asistencial para atención de problemas derivados del consumo de drogas, un 10,9% fueron financiadas por el programa de CONACE y el resto es financiada con aportes sectoriales.

Cabe señalar que los pacientes atendidos que señala Minsal no necesariamente son equivalentes al concepto de “cupos Conace”, ya que este último garantiza una atención sostenida con el paciente hasta su rehabilitación. En cambio las atenciones efectuadas por Minsal solamente dan cuenta de personas que han accedido a alguna atención de salud mental, sin que esto signifique asegurar su tratamiento. Esta situación se ha modificado en la medida de que Conace aumenta el financiamiento a nuevos cupos de atención en drogas (ver cuadro N° 27 para el año 2000). El análisis detallado por regiones de atenciones Minsal (totales para alcohol y drogas y específico para drogas) y cupos CONACE se presenta en el cuadro siguiente¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Para esta estimación se utiliza la información proporcionada por Dr. Pemjean, miembro de la Unidad de Salud Mental, que indica que de acuerdo a la experiencia del primer período de aplicación del procedimiento de financiamiento de cupos de tratamiento, se puede estimar que, en 6 meses, 5 personas son beneficiadas o atendidas en cada cupo ambulatorio y 2 en cada cupo residencial. Esto no necesariamente continuará siendo así. De acuerdo a lo proyectado en los planes de tratamiento, el rendimiento máximo es de 3 personas por cupo ambulatorio por año y 2 por cupo residencial.

¹⁵⁷ Se ha realizado el análisis de este año dado que se dispuso de toda la información que permite esta desagregación, lo cual no fue posible para otros años ya que la información de población atendida no desagrega alcohol y drogas.

Cuadro N° 28: Análisis por región de atenciones en tratamiento y rehabilitación 1999.

Regiones	Atención drogas Minsal (1)	% pacientes atendidos por drogas (1)	Subprograma Tratamiento CONACE cupos 1999		N° pacientes posibles de atender por año	% pacientes CONACE sobre total atendidos por Minsal
			Ambulatorio	Residencial		
1° región	838	74,9%	5	9	43	5,1%
2° región	95	100,0%	5	4	33	34,7%
3° región	192	43,6%		14	28	14,6%
4° región	243	100,0%	16	1	82	33,7%
5° región	4.641	77,3%	23	7	129	2,8%
6° región	1.325	71,5%	2	3	16	1,2%
7° región	1.179	51,5%	10		50	4,2%
8° región	1.823	26,3%	18	6	102	5,6%
9° región	198	11,9%		4	8	4,0%
10° región	140	6,0%	7		35	25,0%
11° región	s/atención				0	-
12° región	s/atención		4	2	24	100,0%
13° región	4.871	24,6%	107	32	599	12,3%
Total país	10.539	24,2%	197	82	1.149	10,9%

Nota: (1) corresponde a la relación porcentual entre pacientes atendidos por drogas del total de pacientes atendidos por OH y drogas.

En los Servicios de Salud que no entregan datos de cobertura se estima: Antofagasta (todos por ser de Comunidad Terapéutica), Valparaíso (idem Viña del Mar 30%), Ñuble (idem los otros servicios de la región 26%), Metropolitano Norte y Central (idem resto R. Metrop.).

Los Servicios de Salud de Aconcagua, Concepción, Bío-Bío, Talcahuano, Arauco, Araucanía Norte y Metropolitano Sur que no entregan Cobertura diferenciada se estima 30% de las atenciones realizadas a drogas, en Arica que se le asigna 74% a drogas por incidencia del problema (idem Iquique). Se excluyen las evaluaciones médico-legal por no constituir tratamientos.

Si se aplica el mismo criterio de participación de tratamiento específico por consumo de drogas a las poblaciones atendidas en los años 1998 y 2000 entregadas por el Minsal (24% aproximadamente) y se estima como población objetivo, la población estimada según la prevalencia de último mes de pasta base observada en la encuesta de consumo (según lo indicado por el equipo Minsal responsable del tema) se puede concluir que la cobertura fluctúa entre 25% y 40%. Sin embargo si se utiliza el criterio de meta de demanda definida por el Minsal a satisfacer (corresponden al 30% de la población objetivo según lo informado por Minsal) se concluye que durante todo el período las atenciones efectuadas han superado la meta, tal como se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 29: Beneficiarios efectivos del componente tratamiento y rehabilitación; coberturas logradas (1997 – 2000)¹⁵⁸

Programa de tratamiento y rehabilitación	1997	1998	1999	2000
Personas atendidas por Minsal (1)	s/dato	6711	10539	6845
Personas atendidas por cupo CONACE (2)	no corresponde	no corresponde	1149	4800
% pacientes Conace/Minsal			10,9%	70,1%
Población objetivo (3)		25681	26769	
Meta de demanda a atender (4)		5136	5354	
Cobertura respecto a población objetivo		26,1%	39,4%	
Cobertura respecto a la meta esperada		130,7%	196,8%	

Nota:

(1) para los años 1998 y 2000 se considera que se mantiene proporción de población atendida por el tema drogas estimada para 1999.

(2) Para estimar beneficiarios se utiliza el criterio de un cupo ambulatorio equivale a 5 beneficiarios-año y un cupo residencial a 2 beneficiarios-año. En el 2000 se considera el doble de los cupos indicados por Conace porque según lo indicado por la Unidad de Salud Mental las cifras son semestrales.

(3) La población objetivo se calcula en función de la prevalencia del último mes de consumo de pasta base en encuesta a hogares para 1998 y para 1999 se mantiene lo indicado por Minsal

(4) La meta de demanda es la definida por el Minsal: 20% de la demanda por atención esperada

Al respecto es importante señalar que las personas atendidas son, en realidad, una desagregación de los registros que consignan personas atendidas por alcohol y/o drogas, y estimada por los encargados de alcohol y drogas de cada Servicio de Salud. Son realmente personas que tuvieron acceso a atención, pero no necesariamente recibieron la atención que requieren en cuanto a duración y calidad necesaria. Por ello, la "meta" sobrepasada se refiere a "acceso" más que a "atención", dado que en realidad, en opinión del equipo de la Unidad de Salud Mental (Minsal) la atención es más bien precaria aún.

Para el año 1999 se observa una población atendida muy superior a 1998 y 2000, lo cual puede ser resultado de errores en su estimación¹⁵⁹. Sin perjuicio de lo anterior para el año 2000 se observa un incremento en el peso relativo de los pacientes atendidos gracias a los cupos financiados por Conace, lo cual asegura que esos pacientes han recibido el tratamiento integral que demanda su rehabilitación.

Si se utiliza otra información proporcionada por Minsal¹⁶⁰, dado que el año 2000 se atendió un poco más de 6.800 personas por problemas de consumo de drogas en el país, y que el total de población con dependencia al consumo de drogas que arroja la encuesta de consumo en hogares era de 68,8 mil personas, de las cuales alrededor de 26.000 constituyen la demanda potencial efectiva, se concluye que la cobertura de acceso no alcanza al 10%, lo cual indica que la meta está lejos de ser alcanzada por el programa aún.

¹⁵⁸ Meta de cobertura según lo indicado en informe de comentarios Minsal al informe de avances, en documentos previos del Minsal se establece meta de cobertura del 30% para el 2000.

¹⁵⁹ Debe ser considerada con cautela.

¹⁶⁰ Informe sobre estado actual del desarrollo del Área Tabaco, Alcohol y Drogas, por Servicio de Salud, Minsal 2000 y entrevista con el Dr. Luis Caris.

Cuadro N° 30: Análisis de cobertura en programas de tratamiento y rehabilitación por consumo de drogas para 1999

Población beneficiaria entre 15 y 54 años (1)	4.960.638
Población que requiere tratamiento de alcohol y drogas (2)	297.638
Población con dependencia a drogas (3)	68.876
Demanda potencial (4)	26.000
Meta cobertura programa para el 2000	30%
Personas atendidas en programa drogas (5)	6.845
Cobertura total 1999 (respecto a demanda potencial)	9,94%

Nota: (1) La población beneficiaria Fonasa se basa en cifras entregadas por la Dinred del Minsal para ese año.

(2) corresponde al 6% población beneficiaria de Fonasa

(3) cifra obtenida de encuesta de consumo en hogares 1999

(4) de acuerdo a experiencia internacional.

(5) datos obtenidos de personas atendidas el 2000

Finalmente se presenta un cuadro resumen que da cuenta de la evolución de los beneficiarios del Plan General de Prevención (1997 al 2000) de acuerdo a la información disponible. Tal como se muestra en el cuadro se observa un crecimiento sostenido para el componente de prevención escolar y en las comunas donde se implanta el SISCOP, sin embargo para el resto de los componentes se observan fluctuaciones que no evidencian una tendencia al crecimiento de los beneficiarios efectivos. El total de beneficiarios efectivos excluye los Siscop.

Cuadro N° 31: Beneficiarios efectivos del Plan General de Prevención (1997 – 2000)

	1997	1998	1999	2000
Fondo Nacional para la Prevención	62.886			
Campañas y acciones educativas a nivel nacional				
Programas y proyectos de prevención comunitaria	49.374	155.167	110.821	no corresponde
Programas y proyectos de prevención escolar	180.914	310.634	875.912	1.196.766
Acciones de tratamiento y rehabilitación CONACE	2.516	6.290	1.149	4.800
Sistemas comunales de prevención(N° comunas)	3	15	56	76
Servicio de información usuarios (Web)				
Total de beneficiarios efectivos	243.800	472.091	987.882	1.201.566

Nota: beneficiarios 1997 fuente es estudio CIMA consultores del Fondo CONACE

Para el programa de prevención escolar, Mineduc es la fuente de información respecto de los beneficiarios efectivos.

En salud se informa que en 1997 se financiaron 20 proyectos para atender a un total de 2.516 pacientes.

Se usa la misma estimación de pacientes para 1998 donde se financiaron 50 proyectos.

Para 1999 y 2000 se utiliza la información de cupos Conace, donde en atención ambulatoria 1 cupo es igual a 4 pacientes al año y un cupo residencial es igual a 2 paciente por año.

Fuente de la información de SISCOP entregada en informes de CONACE.

3.1.4 Grado de Focalización del Programa (En caso que corresponda)

Para el segundo componente: campañas comunicacionales dependiendo de los mensajes comunicacionales y de los recursos disponibles se definen los medios a través de los cuales localizan las campañas, la presencia de campañas comunicacionales a través de medios masivos (TV por ejemplo) no permite focalizar a sus destinatarios.

Respecto de la focalización en el componente tres, Programas y Proyectos de Prevención Comunitaria, según se analiza en el anexo N° 5: (Análisis detallado del comportamiento de los proyectos en el componente comunitario), se presenta una adecuada focalización. En cuanto el análisis por región indica que la mayoría de las regiones se ordenan según prevalencia y poblaciones asociadas a un mayor consumo de drogas.

Para el año 1998 solamente las regiones V y VIII presentan una selección porcentual de proyectos menor de lo esperado en función de la gravedad del problema de consumo de drogas en ellas.

En el año 1999, donde se produce un crecimiento del 52% en el número total de proyectos financiados, esta capacidad de focalización disminuye, presentándose una importante disparidad entre porcentaje de selección de proyectos financiados dentro de los técnicamente elegibles y los niveles de prevalencia de consumo en estas regiones, ocurriendo una sobre selección en las regiones XI, VII, IX, X y XII y una subselección en las regiones IV, V y VIII.

En el 2000, se observa en general una asignación consistente con la prevalencia de consumidores de drogas (estudios nacionales de consumo), con excepción de que aparecen con una mayor asignación relativa las regiones 10ª y 7ª y con una menor asignación las regiones del norte del país.

En el caso del componente cuatro, Prevención Escolar, se puede observar que sus acciones y específicamente la selección de zonas o comunas para implementar acciones, sigue criterios de demanda y gravedad del problema presente en las localidades elegidas. Existen algunas intervenciones que han ido creciendo en cobertura y actualmente se instalarán en alrededor del 90%¹⁶¹ de los establecimientos urbanos (estrategias estandarizadas) y otras intervenciones de prevención más específica que se focalizan en las comunas consideradas de mayor riesgo y vulnerabilidad (Ocupa tu escuela, formación de agentes juveniles, etc.)

Es así que, este subprograma, durante 1999 beneficia al 100% de la matrícula escolar municipal de 45 comunas del país, cubriendo 13 de las 15 comunas de mayor gravedad (según el índice de gravedad comunal del año correspondiente) y solo 5 de las comunas elegidas están entre las 12 en donde la problemática se presenta en menor intensidad.

Así también se observa esta correspondencia, si se cruza el porcentaje de gasto asignado a cada región, ya presentado en el Cuadro N° 49 (Evolución regional del gasto), para el caso de este componente, con las prevalencias de consumo en el año y de pasta base, arrojadas por el estudio nacional del consumo en el año 1998, tal como mostramos en el cuadro siguiente

¹⁶¹ Según lo señalado por Conace.

Cuadro N° 32 : Consumo regional y asignación de gasto en componente prevención escolar

Región	Prevalencia año	Prevalencia mes pasta base	% de gasto regional del total nacional en sub programa
13° región	6,65%	1,12%	37,92%
5° región	5,30%	0,57%	8,38%
6° región	2,28%	0,37%	5,26%
8° región	3,70%	0,29%	7,81%
1° región	3,99%	0,25%	7,05%
4° región	4,05%	0,22%	5,40%
2° región	5,70%	0,09%	5,59%
3° región	3,56%	0,06%	5,37%
7° región	2,83%	0,00%	4,21%
9° región	2,59%	0,00%	4,43%
10° región	2,03%	0,00%	4,27%
11° región	1,48%	0,00%	2,14%
12° región	1,23%	0,00%	2,17%
Total país	5,31%	0,37%	

Respecto de la focalización en el componente Tratamiento y Rehabilitación, esta se lograría relativamente, si se observa, como ya hemos indicado, que las poblaciones mejor cubiertas corresponden a la 1°, 3° y 6° región, localizándose en la zona sur del país las coberturas más bajas incluso algunas regiones declaran no tener sistemas de atención para este problema (11° y 12° región), lo cual se asocia a menores prevalencias en el consumo de drogas. Sin embargo se mantiene baja la cobertura de la Región Metropolitana que constituye la mayor prioridad según vulnerabilidad y volumen de población afectada.

A la vez si cruzamos la asignación de gasto, ya presentada en el cuadro N° 50, con las prevalencias y el porcentaje de personas que demandan tratamiento por región, según datos de 1999, encontramos que, las regiones 5ta y 8va, reciben porcentualmente menos recursos que el porcentaje de demanda esperado. Así también, por el contrario, las regiones 1ra, 2da, 3ra y 12ava, recibe un porcentaje del gasto nacional mas elevado que lo que les corresponde de la demanda nacional. El mayor énfasis proporcional en la Región Metropolitana se justifica por el riesgo y peso poblacional ya señalado.

Para el caso del componente seis: Siscop, según se observa en el proceso de implantación de estos años, ha sido acorde con los índices de riesgo y vulnerabilidad. Sin embargo, en la situación actual, donde estos sistemas se espera estén instalados en todas las comunas urbanas y relativamente grandes del país, ya no es un componente que presente focalización al menos comunal, posiblemente en su interior continúe focalizándose en los grupos más vulnerables.

Hasta el año 2000, se puede indicar que 13 de las 56 comunas en que se ha instalado corresponden a las 15 de mayor vulnerabilidad, y 6 corresponden a una de las 12 de menor vulnerabilidad.

3.1.5 Grado de satisfacción de los beneficiarios efectivos

Respecto del grado de satisfacción de los usuarios, no se dispone de información sistemática para establecer un juicio fundado a este respecto.

3.1.6 Resumen evaluativo de los logros del programa

De acuerdo a la información proporcionada por CONACE, Mineduc y Minsal se construye el siguiente resumen respecto del cumplimiento de los indicadores propuestos en el marco lógico¹⁶²:

Cuadro N° 33: Evolución de indicadores de desempeño del programa (1997 – 2000)

Evolución de Indicadores / Información					
Objetivo	Indicador	Cuantificación			
		1997	1998	1999	2000
Propósito	1)N° de agentes preventivos activos / N° de beneficiarios del programa 2)N° de organizaciones de la comunidad que en forma permanente fomentan, implementan y participan en redes de prevención / N° de organizaciones beneficiarias del programa 3)N° de jóvenes beneficiarios del programa que manifiestan una actitud crítica frente al consumo de drogas / N° total de jóvenes beneficiarios del programa	S/datos	S/datos	S/datos	S/datos
Componente N°1	1)Estudios Nacionales de Consumo de Drogas con aumento sostenido en representatividad y desagregación comunal 2) N° de consultantes año – N° de consultantes año anterior / N° de consultantes año anterior	Se han realizado 4 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas con aumento sostenido en representatividad y desagregación comunal (1994, 1996, 1998, 2000)			
		Sin datos			

¹⁶² Se agregan algunos indicadores contruidos directamente por el panel. Se excluyen indicadores entregados que no forman parte del marco lógico.

Componente N°2	1) Grado de recordación de mensajes de las campañas mediáticas 2) Cobertura neta de los mensajes televisivos 3) Cobertura geográfica de los mensajes en la vía pública 4) Grado de focalización de los mensajes preventivos. Mensajes orientados a poblaciones objetivos en riesgo / Mensajes orientadas a la opinión pública en general	S/ medición	% de personas que recuerdan campañas para prevenir el consumo de drogas: 79,1% Grado de recordación campaña específica: estudio '98: 4,3% y estudio 2000: 3,3% S/dato para indicadores 2, 3 y 4.	S/ medición	% de personas que recuerdan campañas para prevenir el consumo de drogas: 93,5% Grado de recordación campaña específica: estudio 2000 22,5% S/dato para indicadores 2, 3 y 4.
Componente N°3	% de organizaciones comunitarias capacitadas al efecto que postulan proyectos preventivos: N° de organizaciones postulando proyectos de prevención / N° total de organizaciones ¹⁶³ capacitadas en formulación de proyectos de prevención N° de proyectos desarrollados en población en riesgo/ N° de proyectos ejecutados Grado de cobertura de los programas comunitarios preventivos: Población beneficiaria real / Población beneficiaria potencial Porcentaje de ejecución de proyectos/ gasto efectivo de los proyectos N° de proyectos de prevención comunitaria seleccionados / N° total de proyectos postulados por organizaciones capacitadas en formulación de proyectos de prevención Gasto por organismo beneficiario de los programas comunitarios ¹⁶⁴ Porcentaje aportado por otros actores a los programas comunitarios	9,3% S/ dato 49.374 beneficiarios directos (sin dato del denominador para construir indicador) S/ dato 146 proy seleccionados/ 491 proyectos presentados = 29,7% M\$3.823 53,1% ¹⁶⁵	18,0% S/ dato 155.167 beneficiarios directos (sin dato del denominador para construir indicador) S/ dato 432 proy seleccionados / 933 proyectos postulados = 46,30% M\$2.627 S/ dato	28,5% S/ dato 110.821 beneficiarios directos (sin dato del denominador para construir indicador) S/ dato 683 proyectos seleccionados / 1.200 proyectos postulados = 56,91% M\$2.707 S/dato	26,1% S/ dato Aun no termina proceso de selección S/ dato Aun no termina proceso de selección M\$2.670 S/dato

¹⁶³ Construido por el panel evaluador considerando 2.400 organizaciones como objetivo de capacitación.

¹⁶⁴ Construido por el panel evaluador, para el año 1997 la cifra se ve distorsionada porque se incluyen proyectos de prevención escolar y de tratamiento (Fondo CONACE indiferenciado)

¹⁶⁵ Fuente: CIMA Consultores evaluación proyectos 1997.

Componente N°4	1) Porcentaje de población escolar municipalizada intervenida con programas preventivos.	S/dato	S/dato	S/ dato	S/ dato
	2) Porcentaje de población escolar particular subvencionada intervenida con programas preventivos	No se realiza	No se realiza	S/ dato	S/ dato
	3) Porcentaje de profesores de establecimientos municipalizados capacitados en prevención escolar	S/dato	S/dato	S/ dato	S/ dato
	4) Porcentaje de profesores de establecimientos particular subvencionados capacitados en prevención escolar	No se realiza	No se realiza	S/ dato	S/ dato
	5) Relación entre los recursos aportados por el sector educación a acciones preventivas del consumo de drogas/ presupuesto del programa ¹⁶⁶		64,7%	67,8%	86,3%
Componente N°5	1) N° de personas con problema de dependencia de drogas que requieren tratamiento con financiamiento público / N° total de personas con problemas de dependencia que requieren tratamiento	S/datos	S/datos	S/datos	S/datos
	2) N° de centros de tratamiento acreditadas ante MINSAL / N° total de centros de tratamiento con financiamiento público				384 centros identificados y 145 centros acreditados.
	3) % de personas con problemas de consumo de drogas que iniciaron tratamiento con financiamiento público y fueron dados de alta / % total de personas con problemas de consumo de drogas que iniciaron tratamiento con financiamiento público	S/ datos	S/ datos	S/ datos	S/ datos
	4) % de recursos aportados por CONACE al MINSAL / Total de recursos destinados al tema drogas en el MINSAL	S/datos	S/datos	S/datos	S/datos
	5) Variación de los recursos destinados al tema drogas (97-2000) del aporte CONACE al MINSAL.				Crecimiento de un 287,26% en el período ¹⁶⁷
	6) Variación de los recursos del MINSAL (sin aporte CONACE) destinados al tema drogas (97-2000)				S/datos
	7) % de la ejecución presupuestaria del MINSAL destinada al tema drogas (97-2000)	S/datos	S/datos	S/datos	S/datos

¹⁶⁶ Construido por el panel evaluador sobre la base de cifras de aporte Mineduc y CONACE para el programa de prevención escolar.

¹⁶⁷ Construido por el panel evaluador sobre la base de cifras entregadas por CONACE.

Componente N°6	1)N° de comunas urbanas con SISCOP / N° total de comunas del país 2)N° de planes comunales de prevención de drogas / N° de planes comunales de desarrollo 3)N° de organizaciones comunitarias participantes del SISCOP / N° de organizaciones comunitarias de la comuna	3 comunas = 0,87%	15 comunas = 4,65%	56 comunas = 16,27%	76 comunas = 22,09%
Componente N°7	1) N° de visitantes de la Página WEB año – N° de visitantes de la Página WEB año anterior / N° de visitantes de la Página WEB año anterior 2) N° de consultas año al SNID – N° de consultantes año anterior / N° de consultantes año anterior				S/datos 12,62% de crecimiento respecto de 1999

Tal como se observa en el cuadro anterior, en general se presenta una tendencia al mejoramiento de los indicadores donde existen datos para su construcción, sin embargo es necesario considerar que existe un número considerable de indicadores incluidos en la matriz de marco lógico que no tienen información para poder opinar sobre ellos.

3.2 Conclusiones sobre la Eficacia del Programa

Si miramos la eficacia del programa respecto los indicadores definidos en su propósito, no se cuenta con información para determinar los grados en que efectivamente se lograron modificar factores de riesgo y factores de protección, así como en términos específicos se modifican creencia y actitudes respecto de las drogas.

La insuficiencias en la medición y análisis de factores asociados al consumo resulta importante a este respecto. El panel, considera que es imprescindible que se cuente con información respecto de esto indicadores, como requisito para asegurar un sistema de evaluación riguroso y sistemático para la determinación de eficacia.

Mientras no se disponga de un sistema de indicadores que permita medir estos factores no se podrá determinar la capacidad de eficacia en el cumplimiento del propósito del programa, en la medida que estas son las variables eje de la acción de prevención, desde la cual se fundan las acciones y se define el propósito de estas.

Respecto del avance en los indicadores de logro considerados en cada componente se concluye que:

En el componente **SISNID** se observa un importante logro al estructurar un sistema de medición del consumo, reconocido por su calidad metodológica reconocida internacionalmente, que avanza a obtener representatividad comunal desde 1998, lo cual permite focalizar mejor las acciones del programa. También se destaca el aporte de la construcción del Índice de Gravedad Comunal frente al consumo de drogas. Se verifica un logro en cuanto a la representatividad y desagregación de los estudios nacionales del consumo, tal como hemos ya indicado. Se perciben aún insuficiencias para el análisis y uso de la información disponible, que es muy extensa y de buena calidad. Aún no existe una estructuración programática del conjunto de los estudios y mediciones realizadas en este ámbito.

En el componente de **Campañas masivas**, se logra efectivamente implementar campañas de cobertura nacional, y se alcanzan parcialmente sus objetivos particulares, destacándose la participación activa de los sectores, actores e instituciones en el desarrollo de acciones complementarias que refuerzan los mensajes comunicacionales.

La principal limitación en este ámbito tiene que ver con la ausencia de una política de comunicación consensuada y consistente con la política preventiva general.

Respecto de los logros alcanzados en el componente **Programas y proyectos de prevención comunitaria**, se destaca la capacidad de poner en acción a las organizaciones sociales en el tema, lo cual ayuda a consolidar las redes de apoyo, se visualiza un mejoramiento en cuanto la calidad técnica de los proyectos que forman parte de esta línea de acción, aunque aún mantiene estándares bajos, según indican las evaluaciones revisadas a este respecto.

Los componentes que muestran mayor capacidad de avance y desarrollo, así como de logro estimado de su propósito, son, el **Programas y proyectos de prevención escolar en establecimientos educacionales** y el **Programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas y los Sistemas Comunales de Prevención (SISCOP)**. Se observa aún una importante brecha en las coberturas de atención de salud si se considera la población que demanda atención por este concepto.

3.3 Recomendaciones sobre la Eficacia

Las principales recomendaciones para mejorar la eficacia del programa son las siguientes:

1. Desde una mirada integrada del comportamiento y proceso de producción del conjunto de componentes, ocupa un espacio clave y estratégico la necesidad de avanzar en el desarrollo de un sistema de medición y monitoreo de logros e impactos efectivos de la acción preventiva.
2. Una mirada comprensiva de las acciones realizadas coloca en un lugar estratégico la necesidad de instalar un sistema de medición riguroso y estable de factores de riesgo y protectores, así como avanzar en una mejor identificación de poblaciones objetivo de mayor riesgo y vulnerabilidad, en la línea de los mapas de riesgo comunales, tal como los que se han venido proponiendo desde varias de las evaluaciones realizadas.

Ello resulta crucial y determinante a juicio de este Panel de Evaluación, para resolver en parte los problemas ya constatados, así como para mejorar la capacidad de eficacia de las acciones en general en su contribución al propósito.

3. Específicamente, a juicio del panel, se hace necesario la construcción de criterios, instrumentos, metodologías y capacidad operativa que recojan los avances técnicos disponibles para la observación, medición y retroalimentación de los procesos implicados y sobre los efectos mensurables de las acciones; es decir, avanzar en la explicitación de los productos que se financien a través de Conace. Específicamente se requiere de mayor claridad respecto de que tipo de intervenciones y que tipo de efectos esperados sobre la población objetivo, se estimulará para mejorar la eficacia de los componentes de prevención escolar, tratamiento y comunitario. Esto permitirá también a los organismos y organizaciones sociales orientar su oferta de proyectos y programas.

Es necesario continuar avanzando en la selección de intervenciones y acciones preventivas, que en la experiencia nacional e internacional, entregan mayor evidencia científicamente fundadas tal como lo señala Minsal y Mineduc en sus planteamientos estratégicos respecto al tema.

Especial mención se hace respecto de este tema para continuar perfeccionando las acciones de prevención específica respecto del tema drogas, diferenciando estrategias de intervención en función del tipo de droga.

Complementariamente, un sistema de esta naturaleza permitiría por una parte orientar criterios de decisión gubernamental, tanto en aspectos técnicos, políticos como presupuestarios, así como también permitiría aportar con información a la opinión pública nacional.

4. Otra recomendación que se desprende desde el análisis realizado, tiene que ver con la necesidad de construcción y desarrollo de una política de comunicaciones integral y coherente, que tenga continuidad con el tiempo, acorde con la estrategia general de la política de prevención, así como también que recoja los intereses, valoraciones, apreciaciones de la más amplia gama de actores y equipos técnicos, particularmente los sectores responsables de los otros componentes de esta política.

4. EFICIENCIA Y ECONOMIA DEL PROGRAMA

4.1. Análisis de Aspectos relacionados con la Eficiencia del Programa

4.1.1. Análisis de actividades y/o componentes

El bajo cumplimiento de la ejecución presupuestaria, es uno de los mayores problemas detectados, esto se explica fundamentalmente por que el sistema de pagos y transferencias hacia las entidades ejecutoras vía Ministerio del Interior, hace que la gestión sea lenta y no se puedan concretar los presupuestos¹⁶⁸. Asimismo, esto también se explica por que en los inicios del programa, la estructura administrativa del CONACE estaba orientada exclusivamente al aspecto técnico, en el cual cada unidad se hacía cargo de los proyectos, su personal y el cumplimiento de estos, no existiendo un ente regulador interno que verificara los cumplimientos a nivel global.

Esta situación a cambiado a contar de fines de 1999, donde se creó en CONACE, el Departamento de Administración y Finanzas que está realizando un estricto control de los fondos entregados, rendidos y pagados en pro de mejorar los índices de cumplimiento existentes, cifra que ha aumentado el último periodo.

Con el objeto de mejorar el sistema de pagos se utiliza un organismo externo que realiza estos en forma más expedita, utilizando una forma de pagos de proyectos validada en forma internacional, denominado PNUD. El PNUD funciona como un organismo administrador de los recursos financieros con el objeto de dar agilidad a la entrega de los fondos.

Adicionalmente se han desarrollado convenios de gestión para la asignación de recursos a Minsal, Mineduc y a partir del 2001 a los Municipios (para financiar las acciones del Plan Comunal de Prevención a cargo de los Siscop). No queda claro para el panel, lo engorroso y lento que resulta el mecanismo de asignación en estos casos, tal como se señaló en el punto de gestión del programa, ya que los presupuestos de continuidad de las líneas de acción concordadas entre Mineduc, Minsal con Conace no debieran ser objeto de mayor discusión, especialmente cuando se reconoce la necesidad de mantener por tiempos más prolongados las intervenciones elegidas para lograr impacto. El retraso en la firma de convenios y transferencia a los municipios se puede explicar en parte por el cambio de autoridades edilicias, que coincide con el momento en que la Secretaría Ejecutiva decide modificar el instrumento de asignación.

¹⁶⁸ A pesar de los esfuerzos realizados a través de PNUD tal como se describe previamente.

4.1.2. Alternativas de gestión más eficientes para alcanzar los mismos resultados

Con respecto a los recursos transferidos al área de salud y educación, el establecimiento de convenios de gestión interinstitucional ha mejorado la eficacia en la asignación de recursos pero aún no se resuelve la eficiencia en la materia. En este sentido, la reciente decisión de transferir los recursos al sector salud a través de FONASA, siempre que sea bajo la modalidad de fondos protegidos (para evitar su uso en otras prioridades del sector), se visualiza como una oportunidad para mejorar la eficiencia, al facilitar la oportunidad en el acceso a los recursos de parte de las entidades ejecutoras, garantizar el adecuado seguimiento de los fondos y asegurar que serán utilizados en los fines priorizados.

Con respecto a los SISCOP, se detecta una gestión lenta en la transferencia de recursos a los municipios, existiendo retrasos en los envíos de remesas, que han afectado los pagos de los salarios del personal y la ejecución de los programas, tal como ya se señaló. El ajuste de los cronogramas de negociación y firma de los convenios con los municipios, ajustado al cronograma de discusión de los planes de desarrollo comunales y la discusión presupuestaria anual, resolvería algunas de estas dificultades.

En general se evidencian debilidades importantes en la gestión administrativo-financiera del programa, que no considera adecuadamente las condiciones y complejidad inherente a la administración pública, su burocracia, más en un contexto en el cual se trabaja con diversas instituciones públicas que deben actuar coordinadamente tanto a nivel central, regional y local. Para mejorar en este sentido es necesario el establecimiento de procedimientos que simplifiquen y descentralicen la toma de decisiones en esta área, sumado a un mayor énfasis en las acciones de seguimiento y monitoreo respecto de la ejecución presupuestaria en el año para los diferentes componentes. Adicionalmente es necesario elevar las competencias técnicas a este nivel para actuar oportunamente frente a la complejidad derivada de la coordinación con tan diversos sectores e instituciones.

En parte esto se explica porque la estructura organizacional definida actualmente dificulta la operatividad del sistema. El pertenecer al Ministerio de Interior como programa, para los efectos administrativos y presupuestarios, lleva a que las prioridades, plazos y obligaciones contraídos por CONACE con las entidades ejecutoras no siempre forman parte de las prioridades de este Ministerio. En este sentido el fortalecimiento de las competencias institucionales de Conace para la administración financiera, a través de la transferencia oportuna de todo el presupuesto asignado a Conace y la delegación de funciones de administración podrían resolver parcialmente estas dificultades.

4.1.3. Duplicidad de funciones con programas que tienen el mismo grupo de beneficiarios objetivo y nivel de coordinación en los casos de intervenciones complementarias.

La coordinación aparentemente ha ido mejorando con el tiempo de ejecución del programa, existiendo estudios y propuestas políticas que contribuyen a continuar mejorando esta labor. De la descripción del programa se desprende que el ámbito de la prevención del consumo de drogas (en sus niveles primario, secundario y terciario) está a cargo de un conjunto amplio de instituciones

públicas que participan en CONACE y que por lo tanto se espera que coordinen y potencien sus esfuerzos.

En términos de complementariedad de la prevención en el sistema educacional se detecta que CONACE financia la implementación de programas de prevención escolar, a través de carabineros y el OS7. El panel no cuenta con información para emitir un juicio sobre la eventual complementariedad y coherencia de los mensajes educativos entre estas instituciones y Mineduc; ya que el accionar de otras instituciones que operan en el ámbito de la prevención, quedó excluido de la evaluación.

Las acciones preventivas de SENAME, dado que trabajan con una población cautiva se supone que es un accionar complementario al de salud.

Por otra parte, existen una serie de programas complementarios, que están vinculados a la disminución de los factores de riesgo (pobreza, desempleo, espacios públicos, desintegración familiar, etc.) con los cuales no existe coordinación¹⁶⁹, lo cual podría generar duplicidad de acciones sobre el grupo de beneficiarios objetivo.

4.1.4. Análisis de Costos

El presupuesto asignado aumentó en 216,19% y el gasto efectivo del programa en 293,81% en el periodo analizado 1997-2000, debido al incremento en la relación gasto efectivo sobre valor del presupuesto asignado de 48,5% a un 60,46%, lo cual implica una mejor utilización del presupuesto en los últimos periodos. Sin embargo, esta cifra denota un bajo cumplimiento de la ejecución presupuestaria que está explicado por la dificultad en la transferencia de los recursos, así como los sucesivos cambios en las estrategias de acción especialmente en prevención comunitaria, como ya fue descrito.

Los gastos administrativos han disminuido su porcentaje respecto al gasto efectivo, desde 23% en 1997 a un 13,97% en el año 2000, originado fundamentalmente porque el gran incremento en los recursos que no se traduce necesariamente en un incremento proporcional de los gastos de administración, más bien genera una mayor eficiencia en el uso de estos. En el período también, se observa una disminución de los gastos de personal proporcional al total de recursos disponibles del programa, de un 13,99% a un 4,53 % que contribuyen a explicar lo anterior.

El gasto administrativo de regiones se ha incrementado desde 1,01% a 10,41%, lo que se asocia a la estrategia de fortalecimiento realizado en las regiones a través de los CONACE Regionales y la mayor asignación de recursos para prioridades regionales del programa.

Los costos asignados a los componentes de Conace se han incrementado en 340,15% en el periodo de análisis, en mayor proporción que los gastos efectivos, esto explicado fundamentalmente por la mejor distribución de los recursos en los distintos componentes.

¹⁶⁹ De la ficha de antecedentes entregada por Secretaría Ejecutiva.

EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS DEL PLAN GENERAL DE PREVENCIÓN

4.1.1.1. Porcentaje de gasto efectivo en relación con el presupuesto asignado

Cuadro N° 34: Gasto efectivo en relación con el presupuesto asignado CONACE

AÑO	Presupuesto Asignado A	INCREMENTO ANUAL A	Gasto Efectivo B	INCREMENTO ANUAL B	%(B/A) Relación cumplimiento presupuestario	Saldo presupuestario A-B
1997	2.894.009		1.413.605		48,85%	1.480.404
1998	6.436.852	122,42%	3.225.305	128,16%	50,11%	3.211.547
1999	8.060.578	25,23%	4.224.223	30,97%	52,41%	3.836.355
2000	9.164.949	13,70%	5.566.954	31,79%	60,76%	3.597.995
2001	12.850.073	40,21%	////////		////////	////////
INCREMENTO TOTAL	216,19%		293,81%			

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Se ha incrementado la utilización de recursos asignados desde 48,85% a 60,76%, sin embargo esta relación debe continuar mejorando.

Cuadro N° 35: DESGLOSE DE PRESUPUESTO ASIGNADO CONACE

Año	Presupuesto según Ley (A)	Aumento o rebaja presupuestaria(B)	Saldos iniciales (C)	Presupuesto asignado anual (A+B+C)
1997	2.365.686		528.323	2.894.009
1998	4.020.261	1.020.000	1.396.591	6.436.852
1999	6.249.031	-1.400.000	3.225.304	8.060.578
2000	6.424.918	-1.094.150	3.834.181	9.164.949
2001	8.659.928	594.150	3.595.995	12.850.073

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Es importante destacar que los saldos presupuestarios iniciales generalmente son sumados al nuevo presupuesto anual.

4.1.1.2 Desglose del presupuesto y gasto general del programa en personal, bienes y servicios de consumo, inversión y otros.

Este análisis incluye la evolución anual de cada ítem y porcentaje que representa del presupuesto y gasto del programa.

Cuadro N° 36: Evolución de CONACE

GASTO	1997	%Participación	1998	%Participación	1999	%Participación	2000	%Participación
Personal	197.711	13,99%	261.187	8,10%	257.476	6,10%	252.316	4,53%
Bienes y Ss de Consumo	109.164	7,72%	139.619	4,33%	167.857	3,97%	238.421	4,28%
Inversión	4.019	0,28%	39.141	1,21%	23.310	0,55%	58.017	1,04%
G.adm Regiones	14.233	1,01%	55.795	1,73%	122.600	2,90%	229.227	4,12%
Total G. Adm	325.127	23,00%	495.742	15,37%	571.243	13,52%	777.981	13,97%
Total aumento anual			52%		15%		36%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Los gastos de administración CONACE han evolucionado de forma positiva hacia la descentralización donde la Administración Central decreció en su participación en los gastos de administración de 13,99% a 4,53% y las regiones se incrementaron desde 1,01% a un 4,12% de gasto.

Cuadro N° 37: Evolución Programa de Prevención Escolar MINEDUC¹⁷⁰

	1997	%Participación	1998	%Participación	1999	%Participación	2000	%Participación
Personal	29.051	7,10%	39.857	9,00%	45.668	15,70%	76.183	13,40%
Bienes y Servicios de Consumo	226.673	55,43%	239.141	54,00%	136.117	46,79%	315.155	55,42%
Inversión	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Otros	153.196	37,46%	163.856	37,00%	109.105	37,51%	177.321	31,18%
TOTAL	408.920	100,00%	442.854	100,00%	290.889	100,00%	568.659	100,00%
Total incremento							39,06%	

(Cifras en Miles de Pesos Reales)

Se observa un incremento de los costos por concepto de bienes de consumo desde 1,90% a 7,05%.

Cuadro N° 38: Evolución del Programa de Alcohol y drogas de MINSAL¹⁷¹

	1998	%Participación	1999	%Participación	2000	%Participación
Personal - Proyectos					162.000	49,54%
Bienes y Servicios de Consumo	8.473	5,59%	35.130	21,67%		
Inversión						
Transferencias a Servicios	143.200	94,41%	127.000	78,33%	165.000	50,46%
Otros						
TOTAL	151.673	100,00%	162.130	100,00%	327.000	100,00%
TOTAL INCREMENTO					115,60%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

¹⁷⁰ Incluye el presupuesto aportado por Conace para prevención de drogas a partir de 1999, desagregación se presenta más adelante.

¹⁷¹ Incluye el aporte de Conace a prevención de drogas a partir del 2000.

Los componentes de mayor relevancia dentro del programa de salud mental son las transferencias a servicios de salud, que representan el 50,46% de los gastos y el aporte recibido de Conace en el año 2000, destinado a personal que apoya directamente la ejecución de los componentes, que representa un 49,54%

4.1.1.3. Gastos administrativos respecto a presupuesto asignado y gasto efectivo

Cuadro N° 39: Evolución de CONACE

AÑO	Costos Administrativos	Presupuesto Asignado	% Gasto .Adm. sobre Ppto. Asig.	Total Gasto Efectivo	% Gasto .Adm. sobre G. Efectivo
1997	325.127	2.894.009	11,23%	1.413.605	23,00%
1998	495.742	6.436.852	7,70%	3.225.305	15,37%
1999	571.243	8.060.578	5,57%	4.224.223	13,52%
2000	777.981	9.164.949	8,49%	5.568.954	13,97%
Incremento Periodo	139,29%	216,69%		293,95%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Ha disminuido el porcentaje de gastos administrativos respecto al gasto efectivo, desde 23% en 1997 a un 13,97% en el año 2000 y respecto al presupuesto de 11,23 a 8,49%, esto se debe a que el mayor incremento de los recursos se destinó preferentemente a fortalecer los componentes y el costo administrativo creció en menor proporción.

Cuadro N° 40: Evolución del Programa de Prevención Escolar Mineduc¹⁷²

AÑO	Costos Administrativos	Presupuesto Asignado	% Gasto Adm. sobre Ppto. Asig	Total Gasto Efectivo	% Gasto .Adm. sobre G. Efectivo
1997	97.971	459.460	21,32%	408.920	23,96%
1998	129.179	458.497	28,17%	442.854	29,17%
1999	71.244	291.383	24,45%	290.889	24,49%
2000	83.326	589.323	14,14%	568.660	14,65%
Incremento Periodo	-14,95%	28,26%		39,06%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Los costos de administración han decrecido en los últimos periodos tanto en relación al presupuesto asignado como al gasto efectivo, lo cual indica que las expansiones presupuestarias se han destinado a acciones directas del programa.

¹⁷² Incluye aporte Conace para los años 1999 y 2000.

Cuadro N° 41: Evolución del Programa de Alcohol y drogas de Minsal¹⁷³

AÑO	Costos Administrativos	Presupuesto Asignado	% Gasto .Adm. sobre Ppto. Asig.	Total Gasto Efectivo	% Gasto .Adm. sobre G. Efectivo
1997					
1998	8.473	151.673	5,59%	151.673	5,59%
1999	35.130	162.130	21,67%	162.130	21,67%
2000	11.000	371.386	2,96%	327.000	3,36%
Incremento Periodo	29,82%	144,86%		115,60%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Se realizó el supuesto que los bienes de Consumo y servicios son gastos de administración para este programa. Los gastos correspondientes a personal son aportados por Minsal y se pagan directamente con cargo a la estructura adm. existente.

Los gastos administrativos presentan una importante elevación el año 1999 y posteriormente vuelven a decrecer a niveles muy bajos.

Cuadro N° 41-A: Evolución del gasto administrativo integrado Conace, Mineduc y Minsal

AÑO	Costos Administrativos	Presupuesto asignado	% gasto adm del presupuesto asignado	Gasto efectivo	% gasto adm. del gasto efectivo
1997	431.571	3.353.469	12,9%	1.822.525	23,7%
1998	660.051	6.973.047	9,5%	3.819.832	17,3%
1999	653.487	8.141.034	8,0%	4.603.392	14,2%
2000	861.307	9.281.658	9,3%	5.922.917	14,5%
Incremento Periodo	99,6%	176,8%		225,0%	

Nota: el presupuesto asignado corresponde a la suma del presupuesto Conace, Mineduc y Minsal sin duplicaciones. Para el cálculo del gasto efectivo de Mineduc y Minsal se ajustó el aporte sectorial al mismo desempeño del presupuesto total (incluido Conace).

Los gastos administrativos consolidados del programa¹⁷⁴ casi se han duplicado en el período, sin embargo su crecimiento es menor que el crecimiento del presupuesto asignado y gasto efectivo del programa en esos años, razón por la cual su peso relativo disminuye entre 1997 y 2000.

4.1.1.4. Costos por componente CONACE entre los años 1997-2000¹⁷⁵

Los montos asignados a componentes se han incrementado en 340,15% en el periodo de análisis, en mayor proporción que el incremento total del gasto, que fue de 293,95%.

Se ha producido una mejor distribución de los recursos en los distintos componentes incrementándose fuertemente, el SISCOP (1632,74%), las campañas (1511,46%) y los sistemas de información (1046,87%) respecto a su periodo inicial.

El único componente que disminuyó fue Programas y proyectos de prevención escolar en establecimientos educacionales en un 3,68% en el periodo 1997-2000 y también los fondos de

¹⁷³ Incluye aporte Conace para el año 2000.

¹⁷⁴ Para el gasto administrativo de salud debe considerarse que se incluye el total para la Unidad de Alcohol y drogas.

¹⁷⁵ Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

convenios y transferencias asociados a más de un componente ya que se incrementa la asignación a cada componente específico.

♦ **Evolución de gastos por componente respecto al gasto efectivo del programa 1997-2000**

Cuadro N° 42: Evolución del gasto por componente CONACE

Año	Total Gasto Efectivo	Total Costos Componentes	
		Monto	% sobre G. Efectivo
1997	1.413.606	1.088.478	77,00%
1998	3.225.305	2.729.563	84,63%
1999	4.224.223	3.775.030	89,37%
2000	5.568.954	4.790.973	86,03%
Incremento Periodo	293,95%	340,15%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Se observa el incremento de los costos asignados a los componentes de un 77% a 86,03% en el periodo de analizado.

Cuadro N° 43: Evolución del Programa de Prevención Escolar Mineduc

Año	Total Gasto Efectivo	Total Costos Componentes	
		Monto	% sobre G. Efectivo
1997	408.920	310.949	76,04%
1998	442.854	313.675	70,83%
1999	290.889	219.644	75,51%
2000	568.660	485.334	85,35%
Incremento Periodo	39,06%	56,08%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Se observa el crecimiento de los Gastos en componente (56, 08%) en mayor proporción que los Gastos efectivos.

Cuadro N° 44: Evolución del Programa de Alcohol y Drogas Minsal años 1997-2000¹⁷⁶

Año	Total Gasto Efectivo	Total Costos Componentes	
		Monto	% sobre G.Efectivo
1997			
1998	151673	151.673	100,00%
1999	162130	162130	100,00%
2000	327.000	327000	100,00%
Incremento Periodo	115,6%	115,6%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Cuadro N° 45: Costos por Componente CONACE años 1997-2000¹⁷⁷

NOMBRE	1997	%Part	1998	%Part	1999	%Part	2000	%Part	Incremento Año inicial
Componente 1: SISNID	21.532	1,52%	49.452	1,53%	51.996	1,23%	246.944	4,43%	1046,87%
Componente 2 Campañas	40.095	2,84%	300.894	9,33%	537.893	12,73%	646.116	11,60%	1511,46%
Componente 3: Proyectos Comunitarios	848648	60,03%	1134939	35,19%	1.848.978	43,77%	1.673.837	30,06%	97,24%
Componente 4 Prevención escolar			708.846	21,98%	430.000	10,18%	682.726	12,26%	-3,68%
Componente 5 Tratamiento y rehabilitación			119.777	3,71%	416.022	9,85%	463.850	8,33%	287,26%
Componente 6 SISCOP				0,00%	55.000	1,30%	953.008	17,11%	1632,74%
Componente 7 : Sistema de información al público			11.968	0,37%	999	0,02%	20.349	0,37%	70,02%
Gastos de convenios y transferencias asociados a más de un componente	178.203	12,61%	403.687	12,52%	312.092	7,39%	104.143	1,87%	-41,56%
Total Componentes	1.088.478	77,00%	2.729.563	84,63%	3.652.980	86,48%	4.790.973	86,03%	340,15%
Total Gasto efectivo	1.413.606	100,00%	3.225.305	100,00%	4.224.223	100,00%	5.568.954	100,00%	
Total incremento							293,95%		

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

¹⁷⁶ Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

¹⁷⁷ Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

El componente SISNID crece acorde con el incremento presupuestario total y aumenta su participación relativa en el año 2000.

El componente Campañas, crece en su participación el año 1998 y después mantiene un incremento acorde con el crecimiento del presupuesto global de Conace.

El componente de proyectos comunitario, presenta una mayor oscilación en su participación relativa en el presupuesto global, que en definitiva la reduce a la mitad si se compara 1997 y 2000, si bien los recursos absolutos varían levemente debido al efecto del crecimiento sostenido del presupuesto global.

El componente de Tratamiento y Rehabilitación, crece en forma importante en 1999 y después mantiene su participación relativa en el presupuesto global, incrementado levemente el volumen de recursos en términos absolutos.

El componente Siscop presenta un crecimiento relevante tanto en términos absolutos como relativos de su presupuesto entre 1998 y el 2000.

El componente Sistema de Información al Público representa una cifra marginal respecto del presupuesto global y con algunas oscilaciones mantiene su participación relativa en el presupuesto.

Finalmente se observa que el gasto efectivo en los componentes crece en 1998 que marca un cambio en la asignación de recursos más dirigido a los componentes que a la administración institucional y posteriormente mantiene su participación relativa en el presupuesto global, incrementándose solamente por el crecimiento del presupuesto global, que para el período analizado representa un 294%, tal como ya se señaló.

Cuadro Nº 46: Costos por áreas del Programa de Prevención Escolar Mineduc años 1997-2000¹⁷⁸

	AÑO 1997	%Participación	AÑO 1998	%Participación	AÑO 1999	%Participación	AÑO 2000	%Participación
Investigación	17.129	5,51%	87.628	27,94%	41.812	19,04%	11.884	2,45%
Capacitación	56.553	18,19%	145.720	46,46%	100.836	45,91%	127.480	26,27%
Difusión	7.802	2,51%	7.601	2,42%	19.355	8,81%	6.732	1,39%
Proy. Esc. Prev.	163.043	52,43%	12.130	3,87%	32.163	14,64%	132.516	27,30%
Material Educativo	66.422	21,36%	60.596	19,32%	25.478	11,60%	206.722	42,59%
Total	310.949	100,00%	313.675	100,00%	219.644	100,00%	485.334	100,00%
Total Incremento							56,08%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Los recursos administrados por Mineduc estaban inicialmente destinados preferentemente a la ejecución de acciones directas del componente de prevención escolar, cifra que disminuyó desde 52,43% a 27,30% en periodo de evaluación. En investigación se produjo un crecimiento importante en 1998 y después disminuye su participación relativa. El componente Material Educativo es el que ha adquirido mayor preponderancia aumentando desde 21,36% a 42,59% especialmente debido al crecimiento observado el 2000.

¹⁷⁸ Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

Cuadro N° 47: Costos por área del programa de salud mental asignado a drogas de Minsal años 1997-2000¹⁷⁹

	1998	%Participación	1999	%Participación	2000	%Participación
Transferencia a S.S.	4.023.000	99,89%	3.570.000	99,16%	4.380.000	95,55%
Estudios	4.237	0,11%	5.000	0,14%	13.500	0,29%
Insumos Nivel Central			25.130	0,70%	17.386	0,38%
Refuerzo Equipos					162.000	3,53%
Insumos Ref. Equipos					11.000	0,24%
Total	4.027.237	100,00%	3.600.130	100,00%	4.583.886	100,00%
Total Incremento	13,82%					

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales . Para el cálculo del gasto en drogas se ha estimado el 30% de las transferencia a los S.S., el 50% del gasto en estudio y el 100% de los items insumos nivel central (que corresponden a material de difusión en drogas) y reforzamiento equipos entregado por Conace.

Los recursos de este programa están destinados fundamentalmente a Transferencia a los Servicios de Salud para la realización de las prestaciones, que si bien crecen en términos absolutos reducen significativamente su participación relativa en el presupuesto en el año 2000. Ese año se incorporó el refuerzo a los equipos que representa una cifra de 43,62%, recursos que también están dirigidos a financiar personal que ejerce funciones de atención. El total de incremento en el programa en el periodo de estudio es de 13,8%.

♦ **Evolución anual y por región de los costos de cada componente del programa**

Cabe destacar que dentro de las políticas de prevención está la orientación a los centros urbanos más poblados y con mayor riesgo, con lo cual la distribución de los recursos se debería orientar a estos sectores. Se observa una alta y creciente concentración de los recursos en la región Metropolitana, coherente con la mayor concentración de población y la prevalencia de consumo de drogas. Respecto de la asignación a regiones se observa variación en el tiempo, que da cuenta de un crecimiento en la asignación a la V y VIII Región que a pesar de la reducción porcentual observada el 2000 respecto de 1999 mantiene cifras de aporte cercano al 7%-8%. Llama la atención que se ha producido una reducción en el peso relativo del aporte asignado a las primeras regiones siendo para el 2000 alrededor del 2% a 3%, lo cual no se correlaciona con los riesgos existentes en ese territorio.

¹⁷⁹ Esta información se obtiene del ítem 2.2 de la Ficha de Antecedentes Presupuestarios y de Costos proporcionada por la Institución encargada del programa.

Cuadro N° 48: CONACE: Evolución regional del componente3: Prevención Comunitaria

Regiones	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total	Incremento anual
AÑO 1997	61.657	59.742	55.780	51.440	67.615	49.755	53.679	59.759	52.353	51.209	28.538	25.834	231.287	848.648	
%	7,27%	7,04%	6,57%	6,06%	7,97%	5,86%	6,33%	7,04%	6,17%	6,03%	3,36%	3,04%	27,25%	100,00%	
AÑO 1998	80.036	63.434	60.987	61.256	95.072	59.644	47.774	88.670	50.287	48.481	24.281	24.681	430.336	1.134.939	33,73%
%	7,05%	5,59%	5,37%	5,40%	8,38%	5,26%	4,21%	7,81%	4,43%	4,27%	2,14%	2,17%	37,92%	100,00%	
AÑO 1999	72.776	45.817	58.986	113.760	288.082	38.511	136.921	198.274	87.019	72.275	25.530	18.347	692.680	1.848.978	62,91%
%	3,94%	2,48%	3,19%	6,15%	15,58%	2,08%	7,41%	10,72%	4,71%	3,91%	1,38%	0,99%	37,46%	100,00%	
AÑO 2000	53.450	33.680	47.050	35.587	127.257	45.294	49.705	147.565	70.644	71.074	8.821	14.687	969.023	1.673.837	-9,47%
%	3,19%	2,01%	2,81%	2,13%	7,60%	2,71%	2,97%	8,82%	4,22%	4,25%	0,53%	0,88%	57,89%	100,00%	
IncrementoTotal														97,24%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

La evolución del presupuesto por regiones en general está acorde a la situación de riesgo y vulnerabilidad en el tema, observándose una reducción en el peso relativo de las regiones del norte del país donde el problema es más importante. El crecimiento en el peso relativo de la VIII región, en el presupuesto 2000, que supera la participación de la V región aparece algo sobredimensionado comparativamente, dado la mayor magnitud del problema en esta última región.

Cuadro N° 49: Evolución regional del Componente 4: Atención Ambito Escolar

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total	Incremento anual
AÑO 1997															
AÑO 1998	49.988	39.619	38.090	38.258	59.379	37.252	29.838	55.380	31.407	30.280	15.165	15.415	268.774	708.846	
%	7,05%	5,59%	5,37%	5,40%	8,38%	5,26%	4,21%	7,81%	4,43%	4,27%	2,14%	2,17%	37,92%	100,00%	
AÑO 1999														430.000	-39,34%
AÑO 2000														682.726	58,77%
IncrementoTotal														-3,68%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Solamente se cuenta con datos para 1998, los cuales muestran una concentración de los recursos en la Región Metropolitana con un 37% en 1998. En las regiones primera, quinta y octava los recursos superan en 7%. Sin embargo su distribución relativa en función del riesgo y vulnerabilidad es adecuado.

Cuadro N 49: Evolución por regiones del Componente 5: Tratamiento y rehabilitación

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total	Incremento anual
AÑO 1997															
AÑO 1998	8.447	6.695	6.436	6.465	10.034	6.295	5.042	9.358	5.307	5.117	2.563	2.605	45.416	119.777	
%	7,05%	5,59%	5,37%	5,40%	8,38%	5,26%	4,21%	7,81%	4,43%	4,27%	2,14%	2,17%	37,92%	100,00%	
AÑO 1999	26.252	14.390	20.682	17.894	39.147	9.077	9.800	27.130	9.490	6.860	0	8.665	226.635	416.022	247,33%
%	6,31%	3,46%	4,97%	4,30%	9,41%	2,18%	2,36%	6,52%	2,28%	1,65%	0,00%	2,08%	54,48%	100,00%	
AÑO 2000	27.955	14.390	26.975	18.053	45.698	9.078	9.860	42.088	9.490	6.860	0	8.665	244.738	463.850	11,50%
%	6,03%	3,10%	5,82%	3,89%	9,85%	1,96%	2,13%	9,07%	2,05%	1,48%	0,00%	1,87%	52,76%	100,00%	
IncrementoTotal														287,26%	

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Este componente presenta una alta y creciente concentración de recursos en la Región Metropolitana pasando desde 37,92% a 52,76% en el periodo, lo cual es consistente con la magnitud del problema en esta región. Las otras regiones de mayor relevancia son la quinta y la octava con montos sobre 9% y primera región con 6%, lo cual también es adecuado en función de la demanda esperada por consumo de drogas.

Cuadro N° 50: Componente 6: Sistemas Comunales de Prevención (SISCOPE)

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total	Incremento anual
AÑO 1997															
AÑO 1998															
AÑO 1999															
AÑO 2000	51.054	34.036	51.054	17.018	102.108	17.018	17.018	102.108	17.018	34.036	0	17.018	493.522	953.008	
	5,36%	3,57%	5,36%	1,79%	10,71%	1,79%	1,79%	10,71%	1,79%	3,57%	0,00%	1,79%	51,79%	100,00%	
Incremento Total															

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Este componente que entrega datos por región solamente para el año 2000, está altamente concentrado en Región Metropolitana con 51,79% de los recursos y en las regiones V y VIII con 10,71%, le siguen las regiones del norte del país, lo cual también es consistente con la magnitud del problema de drogas.

MINSAL

Cuadro N° 51: Transferencia a los Servicios de Salud¹⁸⁰

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
1998			10700	3000	20000	7000	4000	22500	3000	6900	3100		53900	134100
	0,00%	0,00%	7,98%	2,24%	14,91%	5,22%	2,98%	16,78%	2,24%	5,15%	2,31%	0,00%	40,19%	100,00%
1999	6000	5000	4000	3000	14000	3000	3000	20000	6500	9000	3000	4000	38500	119000
	5,04%	4,20%	3,36%	2,52%	11,76%	2,52%	2,52%	16,81%	5,46%	7,56%	2,52%	3,36%	32,35%	100,00%
2000	10000	4000	6000	6000	19000	5000	6000	26000	8500	12500	4000	4000	35000	146000
	6,85%	2,74%	4,11%	4,11%	13,01%	3,42%	4,11%	17,81%	5,82%	8,56%	2,74%	2,74%	23,97%	100,00%
Total Incremento														

Nota: Cifras en Miles de Pesos Reales

Estas transferencias se realizan vía convenio con comunidades terapéuticas acreditadas, transferencias directas a servicios de salud que también transfieren fondos a terceros, a grupos de autoayuda y comunidades.

¹⁸⁰ Se ha utilizado la información entregada por Minsal que corresponde al programa de alcohol y drogas en conjunto, no ha sido posible desagregar aquí el componente de drogas, pero según lo señalado por Minsal en las regiones del norte prácticamente el 100% de los recursos se destinan a drogas, situación inversa ocurre en las regiones del sur y en la Región Metropolitana aproximadamente un 50% de los recursos se gastan en drogas. El resto de las regiones presenta situaciones intermedias.

Conace extendió los convenios de continuidad hasta Agosto de 2001 y en Septiembre comienza a operar la transferencia de fondos directamente a Fonasa, este año para el segundo semestre se espera una cifra de M\$ 550.

Las regiones más representativas han presentado una evolución en los últimos años concentrándose los recursos actualmente en la Región Metropolitana con un 23,97%, quinta y octava regiones. En la región Metropolitana se observa una baja en los recursos pasando desde 40,19% a 23,97%.

♦ **Costo unitario por componente y/o costo por beneficiario de cada componente**

No se calcula el costo unitario de los componentes 1 y 2 porque no se identifica la población beneficiaria de ellos.

Para el componente de Prevención Comunitaria se evidencia variaciones importantes en el costo por beneficiario, observándose una reducción significativa en 1998 que posteriormente crece a niveles similares al año 1997, tal como se presenta en el cuadro siguiente.

Cuadro N° 52: Componente 3: Prevención Comunitaria (Cifras en Miles de Pesos Reales)

	Total	Costo por beneficiario	Beneficiarios directos de Programas y proyectos de prevención comunitaria
AÑO 1997	848.648	17,2	49.374
AÑO 1998	1.134.939	7,3	155.167
AÑO 1999	1.848.978	16,7	110.821
AÑO 2000	1.673.837		no corresponde

Nota: construcción del panel evaluador con información disponible

Para el componente de prevención escolar se observa una reducción significativa del costo unitario por beneficiario directo (representa la suma de profesores, alumnos y apoderados), a partir de 1999, lo cual puede ser explicado porque en los primeros años se invierte en el diseño de los manuales de prevención y otros materiales educativos y en los años siguientes el esfuerzo está concentrado en la aplicación de las estrategias estandarizadas previamente diseñadas.

Cuadro N° 53: Componente 4: Prevención Ambito Escolar
Cifras en Miles de Pesos Reales

	Total M\$	Costo Unitario por Beneficiario	Beneficiarios de Programas y proyectos de prevención escolar
AÑO 1997	408.920	2,26	180.914
AÑO 1998	442.854	1,43	310.634
AÑO 1999	290.889	0,33	875.912
AÑO 2000	568.660	0,48	1.196.766

Nota: construcción del panel evaluador con información disponible

Respecto del componente de tratamiento y rehabilitación al contrario de lo observado en el componente anterior, se observa un incremento significativo de los costos unitarios por beneficiario atendido por el programa en el 2000. Donde la incorporación del pago por cupo ambulatorio y residencial de Conace que implica un tratamiento sistemático y sostenido para lograr la rehabilitación de los pacientes tiene un mayor impacto (cupos Conace representan 70% de población atendida). Para 1998 no se tuvo disponible el dato de beneficiarios razón por la cual se estimó la población beneficiaria con el mismo criterio de beneficiarios por proyecto de salud observado para el año 1999 (aproximadamente el 24% del total de atenciones realizadas en alcohol y drogas). El año 1999 y 2000 las cifras corresponden a lo informado por Conace y Minsal¹⁸¹

Cuadro Nº 54: Componente 5: Tratamiento y rehabilitación
Cifras en Miles de Pesos Reales

	Total	Nº beneficiarios efectivos	Costo promedio unitario
AÑO 1998	48.490	6.711	7
AÑO 1999	65.830	11.688	6
AÑO 2000	247.686	11.645	21

Nota: construcción del panel evaluador con información disponible, presupuesto Minsal se corrige según

Respecto de los Sistemas comunales de prevención se ha analizado el costo unitario por comuna y se observa un marcado crecimiento entre 1999 (56 comunas) y el 2000 (76 comunas), años en que CONACE entrega la información presupuestaria desagregada para este componente, lo cual puede en parte explicarse por el fortalecimiento institucional de estos sistemas en el ámbito municipal, sin embargo requieren de una explicación más completa de parte de CONACE.

Cuadro Nº 55: Componente 6: SIS COP
(Cifras en Miles de Pesos Reales)

	Total M\$	Costo Unitario por Comuna	Sistemas comunales de prevención(Nº comunas)
1997			3
1997			15
1999	55.000	982	56
2000	953.008	12.540	76

Nota: construcción del panel evaluador con información disponible

- ♦ **Análisis integrado de los proyectos financiados a través del Fondo Concursable Conace para los componentes 3,4 y 5.**

¹⁸¹ Recordar las posibilidad de que los datos 1999 estén sobredimensionados mencionado en el capítulo referido al análisis de población atendida.

Cuadro N° 56: Costos medios en proyectos comunitarios

Proyectos comunitarios	1997	1998	1999
N° proyectos	222	432	683
Monto promedio por proyecto \$	5.242.877	4.589.747	2.214.374

Nota: durante el año 2000 no se realizan proyectos comunitarios directamente sino a través de los Servicios de Promoción Local a cargo de ONGs.

Durante el período analizado se observa una reducción a la mitad del costo promedio por proyecto en este componente entre 1997 y 1999.

Cuadro N° 57: Análisis regional del gasto promedio por beneficiario directo de los proyectos del Fondo Concursable CONACE (1997 – 1999) (Pesos)

Región	Gasto promedio por beneficiario directo (\$)		
	1997	1998	1999
1° región	99,000	36,667	2,833
2° región	23,333	20,000	2,083
3° región	46,667	42,500	68,182
4° región			
5° región	21,905	26,500	31,250
6° región			
7° región	11,667	2,600	2,167
8° región	1,949	17,333	2,639
9° región	7,778	6,905	5,385
10° región			
11° región	9,750	17,750	5,250
12° región	27,500	12,414	18,333
13° región	3,078	1,756	1,299
Total país	25,263	18,442	13,942

Fuente: elaborado por el panel con la información disponible entregada por Conace

Se percibe una gran variabilidad en el gasto promedio por beneficiario tanto entre regiones como en la tendencia al interior de cada región, en términos nacionales se evidencia una reducción en el gasto promedio por beneficiario. En el 2000 se modifica la modalidad y se realizan 28 proyectos (asignados a ONGs) cubriendo todo el país (excepto la XII región) y llegando a 627 grupos sociales siendo el costo promedio por grupo de M\$751¹⁸².

Con la información disponible no es posible identificar la justificación de estas variaciones (tipos de proyectos, complejidad de las acciones, costos de los factores, etc.).

Finalmente si se correlaciona la distribución de recursos financieros con la distribución de población o con la carga de consumidores de drogas¹⁸³ (prevalencia de consumo del último año¹⁸⁴) también se observa una gran variabilidad, con excepción de la consistencia entre estas variables para la Región Metropolitana, tal como se observa en el cuadro siguiente.

¹⁸² Ver cuadro N°3 de Anexo N°5.

¹⁸³ Para algunas regiones no se tiene el dato de prevalencia regional porque está desagregada por comunas.

¹⁸⁴ Datos obtenidos de la encuesta de consumo en hogares para 1998, que se correlaciona con población beneficiaria de Fonasa regional para el mismo año (fuente Dinred-Minsal) y el gasto de 1998 extraído del informe de gestión regional 1999.

Cuadro N° 58: Análisis comparativo regional de la distribución de recursos financieros a los proyectos del Fondo Concursable CONACE (1998).

Región	% población 15 a 64 años	% consumidores (1)	% recursos financieros recibidos (2)
1° región	2.4%	1.8%	7.0%
2° región	2.4%	1.3%	6.3%
3° región	1.8%	2.2%	5.4%
4° región	4.4%	4.7%	5.1%
5° región	11.5%		8.4%
6° región	6.0%	2.6%	5.4%
7° región	7.4%		0.8%
8° región	14.5%		8.2%
9° región	6.7%	3.3%	4.6%
10° región	7.7%	2.9%	4.5%
11° región	0.7%	0.2%	2.3%
12° región	1.0%	0.2%	2.3%
13° región	33.5%	42.2%	39.6%

Fuente: elaborado por el panel evaluador. (1) corresponde al porcentaje observado de consumidores respecto del total nacional basado en la prevalencia del último año de consumo de cualquier droga.

4.1.1.5. Análisis respecto de las fuentes de financiamiento del Plan General de Prevención

Cuadro N° 59: Análisis de las fuentes de financiamiento de CONACE (en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1997		1998		1999		2000		2001	
	Monto	%								
1. Aporte Fiscal Directo	2.894.009	100	6.436.852	100	8.060.578	100	9.164.949	100	8.659.928	100
2. Transferencias de otras instituciones públicas										
3. Otras fuentes de financiamiento										
Total	2.894.009	100	6.436.852	100	8.060.578	100	9.164.949	100	8.659.928	100

No posee financiamiento por transferencia de otras instituciones públicas u otros agentes públicos o privados. No se registra el aporte de terceros que se realiza en los proyectos comunitarios ni en los convenios con los municipios.

Cuadro N° 60: Análisis de las fuentes de financiamiento del programa de prevención escolar de Mineduc (en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1997		1998		1999		2000		2001	
	Monto	%								
1. Aporte Fiscal Directo	459.460	100%	458.497	100%	217.408	75%	216.266	37%	214.508	24%
2. Transferencias de otras instituciones públicas										
3. Otras fuentes de financiamiento										
3.1 CONACE	0		0		73.975	25%	373.057	63%	682.000	76%
Total	459.460	100%	458.497	100%	291.383	100%	589.323	100%	896.508	100%

Es posible observar que los fondos transferidos desde CONACE han crecido desde un 25% hasta el 76% del Programa y que los aportes de Mineduc se han reducido a la mitad llegando a representar para el 2000 el 24% de los recursos disponibles para el programa.

Cuadro N° 61: Fuentes de financiamiento del programa de Salud Mental de MINSAL. (en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1997		1998		1999		2000		2001	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1. Aporte Fiscal Directo			151673	100%	162130	100%	209386	56%	175.918	24%
2. Transferencias de otras instituciones públicas										
3. Otras fuentes de financiamiento										
3.1 CONACE							162.000	44%	555.000/*	76%
Total	0	0%	151.673	100%	162.130	100%	371.386	100%	730.000	100%

*Cifra estimada de aporte para 2001.

En este caso el aporte de Conace representó un 44% de los fondos del programa de salud mental de Minsal en el año 2000. Con el crecimiento del aporte Conace para 2001, esta cifra representará un 76% del valor del Programa. Se debe señalar que los aportes directos de Minsal no permiten separar el gasto dirigido a tratamiento para alcohol del de drogas.

Cabe destacar que este aporte será realizado a contar del segundo semestre del año en curso, fecha en que se implementará la nueva modalidad de traspasos. Actualmente Conace a través de su componente de Tratamiento y rehabilitación financia los presupuestos de continuidad de los proyectos existentes.

4.1.1.6. Comparación de costos (por beneficiario y/o por componente) con los de otros programas similares del sector público o privado

El panel no dispone de información comparativa con otros programas similares por lo cual no puede emitir una opinión en este punto.

4.1.1.7. Identificación de gastos de operación y de inversión, de carácter prescindible o posible de sustituir

No se identifican gastos prescindibles.

4.1.5. Condiciones para una eventual recuperación de costos

Si la política de prevención de drogas es una política pública, la recuperación del costo puede ser referida de manera indirecta a través de su aporte a la disminución del gasto social derivado directa o indirectamente del consumo de drogas. Si se explotan los datos del sistema de información y se especifican factores riesgo asociados al consumo de drogas que el programa puede modificar, es posible estimar el cambio en los costo en atención en urgencia, accidentabilidad, ausentismo laboral y escolar, licencias médicas y mortalidad asociadas al consumo de drogas.

Aumentar los recursos disponibles para la implementación de nuevas acciones a través de la utilización de aportes voluntarios especialmente a nivel de empresas, usando la ley de donaciones, puede ser considerado indirectamente como reducción de costos porque el Estado destinaría menos recursos a este fin. También se podría generar o financiar una unidad de diagnósticos para instituciones, empresas, colegios particulares, etc., con una tarifa hora y posteriormente realizar capacitación a través de Sence.

No es posible para el panel, identificar estrategias para la recuperación de costos efectivos para el programa, salvo la sustitución de aportes estatales por una mayor contribución de terceros asociados al plan, ya que el abordaje de este problema es calificado por el panel como un bien público, que si bien en algunas de sus acciones tiene una alta apropiación individual (especialmente tratamiento y rehabilitación), dado su impacto en la calidad de vida de la población y las externalidades asociadas al tema debe continuar siendo un bien público (o meritorio).

4.2. Conclusiones sobre la Eficiencia del Programa

Se han rebajado los gastos administrativos a nivel central, y se ha incrementado el gasto administrativo de regiones a través de el aumento de transferencias de fondos. Ha mejorado la distribución de los recursos en los distintos componentes, incrementándose las campañas, los SISCOP y el Sistema de información.

La disminución en el porcentaje de gastos administrativos ha permitido incrementar el aporte a los componentes. Ha mejorado la relación gasto efectivo / presupuesto asignado, aunque puede continuar mejorando.

El bajo cumplimiento de la ejecución presupuestaria, es uno de los mayores problemas detectados, esto se explica fundamentalmente por lo engorroso de los procesos de negociación con las instituciones de la asignación presupuestaria y porque el sistema de pagos y transferencias a los ejecutores vía Ministerio del Interior, hace que la gestión sea lenta y no se puedan concretar los presupuestos a pesar de los esfuerzos realizados (incorporación de pago a través de PNUD).

Las variaciones observadas en los costos unitarios son importantes para algunos componentes, puede reflejar el cambio en el tipo de intervenciones, el número, calidad y competencia de los ejecutores de los proyectos (para el caso comunitario), el cambio en los esfuerzos de diseño y multiplicación de acciones (para el caso de la prevención escolar) y una mejor definición del modelo de atención y mayor concentración de acciones por paciente (en el caso de tratamiento y rehabilitación), sin embargo no se cuenta con información objetiva para emitir un juicio fundado al respecto.

No se cuenta con información de recursos y aportes de terceros, entregada por CONACE, sin embargo indirectamente se identifican importantes aportes de terceros a los proyectos del Concurso CONACE 1997 (alrededor del 50% del total de recursos)¹⁸⁵.

El hecho de que el Plan General de Prevención sea un programa inserto dentro de la administración del Ministerio de Interior, implica que los fondos se solicitan y se pagan a través de este último, generando lentitud en la operación de pagos que ha impedido dar una mayor resolución al cumplimiento de lo programado en todas las etapas de la ejecución de los proyectos o acciones.

4.3. Recomendaciones sobre la Eficiencia

Las recomendaciones del panel evaluador respecto de la eficiencia del Plan General de Prevención son:

- Mejorar la oportunidad en la transferencia de recursos a las instituciones ejecutoras de los proyectos seleccionados en el componente comunitario mediante la externalización de la gestión del fondo CONACE a una institución con capacidades y experticia tal como el Fondo de las Américas¹⁸⁶. Consolidar el modelo de transferencia al sector salud a través de Fonasa mediante el establecimiento de un modelo de transferencia que asegure un presupuesto protegido para el tema drogas con el fin de evitar el uso de estos recursos en otras prioridades del sector salud. Diferenciar para efectos de negociación presupuestaria con Mineduc y Minsal, presupuestos de continuidad que no requieren mayor tiempo, de los presupuestos de expansión que requieren mayor discusión para concordar las nuevas líneas de intervención.
- Avanzar en el fortalecimiento de la estructura organizacional y la elaboración de procedimientos, acordes con las características y tiempos de la administración pública para asegurar una gestión financiera más expedita.

5 NIVEL DE LOGRO DEL FIN DEL PROGRAMA

5.1 Análisis de Aspectos relacionados con el Nivel de Logro del Fin del Programa

Respecto del logro del fin del programa, que apunta a mejorar la calidad de vida retardando, evitando o reduciendo el consumo de drogas, del análisis realizado sobre las encuestas nacionales de consumo de drogas tanto al nivel de la población en general como en escolares aún no se evidencian efectos positivos. La tendencia de prevalencia de consumo que tuvo una reducción inicial (entre 1994 y 1996) presenta posteriormente un crecimiento sostenido hasta el 2000 (ha crecido en un 47,3% lo que significan 185.000 personas que declaran consumo de drogas en el año de estudio, para este período), sin diferenciaciones relevantes entre grupos socioeconómicos, dado especialmente por consumo de marihuana y un crecimiento en la incidencia de nuevos consumidores especialmente en grupos más jóvenes. Con relación a las encuestas de consumo escolar se observa un aumento en el consumo, también principalmente de marihuana (crece en un 52,8% entre 1995 y 1999, especialmente en alumnos de 8° básico y 1° medio), se observa una tendencia a la disminución en la edad de inicio del consumo escolar y un mayor crecimiento del consumo en establecimientos municipales. Con relación al comportamiento de la velocidad de crecimiento, se observa una reducción entre 1998 y 2000, la cual podría estar explicada por la

¹⁸⁵ Fuente: CIMA Consultores, evaluación Concurso CONACE 1997.

¹⁸⁶ En su defecto se debiera considerar continuar con la iniciativa de insertar estos recursos a través del FNDR.

inclusión de comunas nuevas (24) las cuales en su mayoría presentan prevalencias por debajo del promedio nacional. Sin embargo, al realizar el análisis comparado en el universo equivalente de comunas (1998 y 2000) se observa que si bien aumenta la prevalencia persiste una reducción en la velocidad de crecimiento (-25,9% en la encuesta 2000 según universo total y -17,5% en encuesta 2000 comparable con universo comunas 1998), tal como se muestra en el cuadro siguiente.

Cuadro N° 57 : Análisis de la tendencia de consumo de cualquier droga

Años	Tendencia consumo	Intervalo de confianza	Crecimiento absoluto	Crecimiento relativo
1994	4,45			
1996	4,26	3,5 - 5,0	-0,19	-4,3%
1998	5,31	4,94 - 5,68	1,05	24,6%
2000	6,28	5,91 - 6,65	0,97	18,3%
2000^a	6,39		1,08	20,3%

Nota: cálculo prevalencia último año corregida para comunas equivalentes del 2000 elaborado por panel evaluador a partir de la información del Estudio Nacional de Consumo

Si se analiza la tendencia del consumo en las comunas donde se ha focalizado prioritariamente el programa, se puede observar que principalmente en las 45 comunas donde ha intervenido el subprograma de prevención escolar y donde también actúan los Siscop y el subprograma de proyectos comunitarios, se observa una reducción importante en la velocidad de crecimiento (comparando 1998 y 2000) particularmente en regiones.

Este efecto no se visualiza si se considera como universo el total de 56 comunas donde están instalados los Siscop, resultando por el contrario que en regiones la velocidad de crecimiento es mayor que la de los estudios de prevalencia nacional. Hay que considerar que estas nuevas comunas donde se han instalado los Siscop, solamente están en operación efectivamente a partir del año 2000 por lo cual no es posible esperar impacto del programa, pero si se puede concluir que la selección de ellas, especialmente en regiones efectivamente se orienta a aquellas zonas del país donde el problema es más importante ya que presentan en promedio una prevalencia superior al promedio nacional y además su crecimiento es más acelerado.

Cuadro N°58: Tendencia del Consumo en comunas focalizadas por el programa

	1998	2000 (1)	Variación absoluta	Variación relativa
Prevalencia Total				
Metropolitana	6,65%	7,70%	1,05%	15,8%
Regiones	3,68%	4,61%	0,93%	25,3%
Total	5,31%	6,39%	1,08%	20,3%
Prevalencia Prev. Escolar				
Metropolitana	6,85%	7,56%	0,71%	10,4%
Regiones	4,32%	4,72%	0,40%	9,3%
Total	5,33%	6,37%	1,04%	19,5%
Prevalencia Siscop				
Metropolitana	6,51%	7,50%	0,99%	15,2%
Regiones	4,07%	6,32%	2,25%	55,3%
Total	5,33%	7,02%	1,69%	31,7%

Nota: la prevalencia nacional que se usa para el 2000 considera solamente el universo de comunas utilizado en 1998.
Fuente: elaboración del panel a partir de los datos disponibles.

Es importante destacar que las tendencias mundiales de consumo de drogas van en incremento. EEUU señala que la población escolar está tendiendo a disminuir el consumo de drogas lícitas (alcohol y tabaco), disminuyendo el consumo de marihuana, pero aumentado el de éxtasis. Esto podría explicarse por la focalización que se ha dado a los programas preventivos, pero también por la disponibilidad de drogas nuevas que tiene la población escolar. Tal vez el mayor éxito de los programas se refiere al aumento de la edad de inicio de consumo de drogas o a su estabilización. Para poderlo comparar con nuestra realidad debe tenerse en cuenta que USA en 20 años de intervención con los recursos adecuados para hacerlo ha logrado una reducción significativa de la prevalencia (desde 14,1% en 1979 a 6,4% en 1999).

Chile que no se escapa a la tendencia mundial, también presenta un aumento en el consumo de drogas y disminución en la edad de inicio (especial preocupación debe tener el consumo de alcohol y marihuana). Si bien resulta difícil inferir que los resultados obtenidos respecto de la prevalencia del consumo sean atribuibles al programa (ya que el consumo está influido por un conjunto de factores externos al campo de acción del programa), al menos en el corto tiempo de comparación usado (1998-2000) si evidencia una reducción en la velocidad de crecimiento, en las comunas donde ha desarrollado una mayor intervención y por lo tanto se puede esperar que en el futuro impacte en modificar las tendencias nacionales.

5.2 Recomendaciones sobre el Nivel de Logro del Fin del Programa

En panel evaluador recomienda:

- Desarrollar un análisis comparado periódico entre poblaciones objetivo de los programas de prevención respecto de la población no expuesta al programa, de manera de evidenciar el impacto del programa respecto del comportamiento del consumo de drogas.
- Realizar un análisis comparado respecto de comunas con mayor intervención respecto de otras con menor cobertura del programa, similar al construido superficialmente por el panel y seguir su tendencia.

6 JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD

6.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Justificación de la Continuidad

En función de lo indicado respecto de la caracterización del problema y el comportamiento de la población respecto del consumo de drogas es claro que la necesidad que justifica la existencia del programa sigue existiendo y la justificación inicial sigue siendo válida. Considerando los grupos de mayor riesgo asociados al consumo de drogas se puede concluir que las áreas de priorización declaradas por el programa son necesarias.

6.2 Conclusiones sobre la Justificación de la Continuidad

En opinión del panel los argumentos que justificaron la creación del programa se mantienen e incluso se evidencia un crecimiento del problema, razón por la cual es pertinente su continuidad.

7 SOSTENIBILIDAD DEL PROGRAMA

7.1 Análisis de Aspectos relacionados con la Sostenibilidad del Programa

7.1.1 Condiciones para la sostenibilidad del Programa.

De acuerdo a la revisión de antecedentes la sostenibilidad del programa está fuertemente ligado a la voluntad política de las autoridades de gobierno en términos de asegurar la provisión de recursos financieros, dado que la gran mayoría de las acciones que se realizan depende de este financiamiento. El creciente fortalecimiento de las capacidades institucionales del programa constituye una fortaleza en esta materia.

A pesar de la importancia que la opinión pública le asigna al tema, se ha desarrollado escasamente la búsqueda de otros aliados estratégicos en esta tarea, particularmente la participación del sector privado y medios de comunicación de masas.

Es posible que las estrategias de desarrollo de sistemas comunales de prevención (Siscope) orientadas al desarrollo de competencias en el campo de redes sociales que aborden especialmente a grupos de jóvenes que no están en las escuelas, sean en el futuro una opción favorable para una mayor participación de otros actores en el tema, siempre que las autoridades municipales le den prioridad a este problema por sobre otros, pero su reciente implementación no permite emitir un juicio fundado al respecto.

El esfuerzo creciente tanto en educación como en salud de grupos comprometidos con el tema permite vislumbrar la generación de una masa crítica razonable que posibilite el desarrollo de los componentes que son de su responsabilidad. Particularmente el trabajo realizado en el sector educación orientado a incluir este tema en el curriculum transversal de las escuelas y a fortalecer la creación de espacios saludables (escuelas) capaces de generar condiciones favorables para reducir el consumo de drogas, son argumentos que permiten asegurar la sostenibilidad en el largo plazo de las iniciativas tendientes a la prevención escolar ya que crecientemente se institucionaliza el programa al interior de la reforma educacional. No parece tan claro el desarrollo de estas competencias en el campo de las redes sociales locales que permitan abordar a la población objetivo que no pertenece al ámbito escolar.

7.1.2 Replicabilidad del Programa. (En caso que corresponda)

Al panel no le parece pertinente esta pregunta.

7.2 Conclusiones sobre la Sostenibilidad del Programa

La preocupación de la opinión pública respecto al tema (que es alta) asociado a la voluntad política demostrada, constituyen los principales factores que en las condiciones actuales permiten la sostenibilidad del programa.

7.3 Recomendaciones sobre la Sostenibilidad del Programa

El panel recomienda enfatizar en:

- El fortalecimiento institucional de CONACE, especialmente en los niveles subnacionales (regional y local)

- Asegurar el compromiso político de las autoridades de salud y educación respecto de la prioridad que en cada sector se le dará al tema. Esto debiera traducirse en el fortalecimiento profesional de las instancias responsables de la ejecución de los componentes del programa en Minsal y Mineduc, tanto a nivel nacional como descentralizado, lo cual ya está ocurriendo con financiamiento Conace en la red de atención de salud.

8 ASPECTOS INNOVADORES DEL PROGRAMA

8.1 Análisis de Aspectos Innovadores del Programa

En este aspecto destacan las iniciativas del sector educación orientadas con una visión de largo plazo, consistente con el proceso de reforma en marcha que tiende a integrar transversalmente el tema en su malla curricular y en el quehacer habitual de las escuelas. También se evidencia como estrategias innovadoras el desarrollo de los SISCOP como el espacio en que en la práctica se logre la integralidad que se pretende dar al programa. Finalmente el uso de compromisos o convenios de gestión entre CONACE y las instituciones ejecutoras también se considera un paso importante para ir consolidando capacidad institucional, responsabilidades y continuidad en la acción con miras a obtener resultados en el mediano y largo plazo.

8.2 Conclusiones sobre Aspectos Innovadores del Programa

Se evidencian algunos aspectos innovadores descritos más arriba que responden a los desafíos y complejidad que tiene el abordaje del tema.

III. PRIORIZACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

A partir del análisis del Plan General de Prevención realizado por el panel se propone la siguiente priorización de recomendaciones:

1. Profundizar el análisis y explicitar claramente cuales son los factores de riesgo y protectores sobre los cuales el programa actúa, diferenciando ámbitos de acción directa y ámbitos de apoyo a iniciativas de otros sectores o de otras políticas públicas.
2. Ampliar el propósito del programa en el área de prevención, a las consecuencias negativas y al consumo de alcohol por las razones indicadas en las recomendaciones al diseño del programa.
3. Continuar intencionado las acciones de focalización del programa que permitan con los recursos disponibles mayor cobertura de poblaciones de mayor riesgo y consumidores en problema y desarrollar acciones específicas dirigidas a la prevención diferenciando el tipo de droga consumida. Para ello es necesario un sistema de medición y análisis de factores de riesgo y protectores y una mejor identificación de la población objetivo que presenta características de mayor vulnerabilidad, continuando en la línea de elaboración colectiva de los mapas de riesgo comunales.
4. Mejorar la eficacia del programa potenciando las fortalezas y resolviendo las debilidades observadas, especialmente en lo referente a política comunicacional, programas comunitarios (diseño de intervenciones eficaces y específicas en prevención).
5. Desarrollar el área de reinserción social, escolar y/o laboral de los pacientes tratados y rehabilitados de manera de asegurar el éxito real del esfuerzo del sector salud buscando la contribución del sector empresarial privado y también de las instituciones públicas empleadoras.

6. Para el Minsal, se recomienda continuar con los esfuerzos para aumentar cobertura, mejorar la calidad de las intervenciones mediante las estrategias de estandarización de planes de atención, protocolos y modelos de atención basados en la evidencia, que apunten a los problemas de salud específicos derivados del consumo de las diferentes drogas ilícitas.
7. Para el Mineduc, el panel recomienda continuar con los esfuerzos tendientes mejorar coberturas de las intervenciones de demostrada eficacia, potenciar el fortalecimiento de redes de apoyo e incorporar la prevención al consumo de drogas como parte de los objetivos fundamentales transversales y los programas educativos que forman parte de la reforma educacional. Adicionalmente es necesario desarrollar estrategias y materiales educativos, que se orienten con más claridad a al consumo de drogas diversas (el abordaje de la prevención del consumo de pasta base y cocaína no es igual que el de consumo de marihuana).
8. Avanzar en el fortalecimiento institucional orientándose a:
 - a) Fortalecer el rol rector y coordinador de CONACE en la política de prevención del consumo de drogas. Para lo cual se recomienda orientar el rol del Consejo Nacional de Conace en lo referente a definir los lineamientos estratégicos, prioridades de asignación de recursos, evaluación y reorientación de políticas y estrategias fundamentales, acción concertada sobre políticas públicas que están vinculadas al tema y el fortalecimiento de alianzas estratégicas (tanto públicas como privadas). Se recomienda revisar la composición del Consejo Nacional de acuerdo a los avances que ha tenido la implementación de esta política, la experiencia acumulada y la presencia de actores activos que en el presente resultan claves para el Plan General de Prevención.
 - b) Fortalecer los equipos subnacionales (Conace regionales y Siscop) y descentralizar las decisiones relativas a la ejecución de programas y proyectos específicos (si se considera conveniente mantener el fondo concursables se recomienda externalizar las funciones operativas, de administración y asignación de recursos del Fondo CONACE hacia el Fondo de las Américas o al FNDR).
 - c) Fortalecer en la Secretaría Ejecutiva cinco ejes de acción: 1) continuar avanzando en la coordinación técnica en prevención y tratamiento, 2) desarrollar estudios e investigación aplicada orientada a la búsqueda de intervenciones más eficaces basado en la evidencia nacional e internacional, 3) mejorar la utilización y análisis de los datos que genera el sistema de información sobre drogas, 4) elaborar y consensuar la política comunicacional y 5) continuar avanzando en el diseño e implementación de un sistema integrado de indicadores de desempeño con énfasis en resultados e impacto y orientado a rendir cuenta respecto de los avances alcanzados.
 - d) Mejorar los procedimientos administrativos para la transferencia oportuna de recursos, en lo posible utilizando las estructuras administrativo-financieras probadas del Estado manteniendo la condición de “presupuestos protegidos” para el enfrentamiento del problema y perfeccionar los mecanismos de negociación y asignación presupuestaria. En lo referente a los convenios con Minsal y Mineduc, la Secretaría Ejecutiva de avanzar en la separación de presupuestos de continuidad de las intervenciones concordadas y presupuestos de expansión para nuevas líneas, que deben tener un tratamiento y esfuerzo diferente.
 - e) Crear un sistema de acreditación de instituciones no gubernamentales, organizaciones y otros proveedores de servicios, como forma de garantizar la transparencia en las convocatorias a licitaciones y concursos de proyectos.

- f) Avanzar en el desarrollo de una política de recursos humanos que instale sistemas de incentivo al desempeño y reconocimiento a los buenos funcionarios, profesionalizando los equipos técnicos especialmente subnacionales e instituyendo sistemas de concursos abiertos y públicos para la contratación de personal técnico idóneo, para la consolidación de esta política pública y sus planes de mediano y largo plazo, que trascienda los gobiernos de modo de asegurar resultados.

Lo anterior, debiera ser considerado en la propuesta actualmente en diseño de transformar a CONACE en un servicio público.

De las propuestas recomendadas, requieren recursos adicionales los esfuerzos dirigidos a implementar el diseño del sistema de indicadores de desempeño del programa orientados hacia eficacia, calidad, eficiencia, e impacto; la inclusión de nuevas acciones de prevención específica según tipo de droga, los esfuerzos orientados a dar un impulso a la reinserción de los pacientes tratados que podrían considerar cambios en la legislación laboral vigente que incentive a los empleadores (comenzando por el empleador público y siguiendo con los privados) a contratar este tipo de personas, el fortalecimiento técnico especialmente de los niveles subnacionales de Conace y de áreas específicas.

IV. Referencias

1. Bibliografía
2. Entrevistas Realizadas

- ANEXO 1: Matriz de Evaluación del Programa**
- ANEXO 2: Antecedentes Presupuestarios y de Costos**
- ANEXO 3: Propuesta de Matriz de Marco Lógico (en caso que corresponda)**
- ANEXO 4: Síntesis plan general de prevención CONACE y sus áreas de acción 2001**
- ANEXO 5: Análisis detallado del comportamiento de los proyectos en el componente comunitario**
- ANEXO 6: Descripción detallada de las acciones realizadas por el Programa de Prevención Escolar Mineduc (1992 a 2000)**
- ANEXO 7: Planes de atención en tratamiento y rehabilitación en consumo de drogas**
- ANEXO 8: Desagregación de la producción de servicios del componente de tratamiento y rehabilitación en el consumo de drogas**
- ANEXO 9: Tendencia del consumo de drogas ilícitas por comunas**
- ANEXO 10: Propuesta de reorganización institucional de Conace**

**PLAN GENERAL
DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO
DE DROGAS**

**MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO**

MINISTERIOS RESPONSABLES:

**Ministerio del Interior
Ministerio de Educación
Ministerio de Salud**

PANEL EVALUADOR:

**Coordinadora : Soledad Ubilla Foncea
María Cecilia Torche
Carmen Sepulveda
Jaime Alfaro**

ANEXOS

Santiago, Mayo del 2001

ANEXO N°1: MATRIZ DE EVALUACION CONSENSUADA

NOMBRE DEL PROGRAMA: PLAN GENERAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS
CODIGO: 14
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1993
MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DEL INTERIOR
SERVICIO RESPONSABLE: CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE)

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN Contribuir a elevar la calidad de vida de los chilenos evitando, retardando y disminuyendo del consumo de drogas a nivel individual, familiar y social que se por ello se generan.			
PROPOSITO Se ha prevenido el consumo de drogas a través de acciones destinadas a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores que afectan el consumo de drogas, realizadas en conjunto por el Estado y la comunidad organizada.	Porcentaje de personas beneficiarias del programa convertidos en agentes preventivos activos, esto es adquirieron conocimientos, habilidades y aptitudes para ello. (N° de agentes preventivos activos / N° de beneficiarios del programa)	Evaluaciones de resultados para medir efectos de los principales subprogramas Estudios Nacionales sobre consumo de drogas en población general Estudios Nacionales sobre consumo de drogas en población escolar.	Decisión política de seguir profundizando una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, fortaleciendo el rol coordinador de la Secretaría Ejecutiva y ejecutor del conjunto de los organismos del Estado que componen el Conace.
	Porcentaje de organizaciones de la comunidad que, en forma permanente, fomentan, implementan y participan en redes de prevención. (N° de organizaciones de la comunidad que en forma permanente fomentan, implementan y participan en redes de prevención / N° de organizaciones beneficiarias del programa)	Estudios Nacionales sobre consumo de drogas en población escolar. Estudios cualitativos de percepciones y actitudes frente a las drogas	En el país se cumplen ciertas condiciones en el orden económico, social, ético, etc. que contribuyen al fortalecimiento de los factores protectores.

	<p>Porcentaje de jóvenes beneficiarios del programa que manifiestan una actitud crítica frente al consumo de drogas.</p> <p>(N° de jóvenes beneficiarios del programa que manifiestan una actitud crítica frente al consumo de drogas / N° total de jóvenes beneficiarios del programa).</p>	
--	--	--

COMPONENTES

<p>1. Se han llevado a cabo estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyendo un Sistema Nacional de Información sobre Drogas.</p>	<p>Estudios Nacionales de Consumo de Drogas con aumento sostenido en representatividad y desagregación comunal</p> <p>Porcentaje de incremento en el N° de consultantes del Centro de Documentación e Información (CDI).</p> <p>(N° de consultantes año – N° de consultantes año anterior / N° de consultantes año anterior)</p>	<p>Informes Ejecutivos y Finales de los Estudios realizados</p>	<p>Ministerios e instituciones del CONACE responsables y asociados en la concreción del componente cumplen su cometido..</p>
<p>2. Se ha sensibilizado e informado a la población general respecto a los riesgos del uso de drogas.</p>	<p>Grado de recordación de mensajes de las campañas mediáticas</p> <p>Cobertura neta de los mensajes televisivos</p> <p>Cobertura geográfica de los mensajes en la vía pública</p> <p>Grado de focalización de los mensajes preventivos.</p> <p>(Mensajes orientados a poblaciones objetivos en riesgo / Mensajes orientadas a la opinión pública en general)</p>	<p>Estudios nacionales</p> <p>Plan de medios.</p> <p>Estímulos Multimedia en existencia.</p> <p>Informes de evaluación de campañas.</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>
<p>3. Se han ejecutado los programas de prevención comunitaria programados</p>	<p>Porcentaje de organizaciones comunitarias capacitadas al efecto que postulan proyectos preventivos</p>	<p>Informes de supervisión, de avance y finales.</p>	<p>Se mantiene el presupuesto disponible y la comunidad organizada tiene el interés y</p>

	<p>(N° de organizaciones postulando proyectos de prevención / N° total de organizaciones capacitadas en formulación de proyectos de prevención)</p> <p>(N° de proyectos desarrollados en población en riesgo/ N° de proyectos ejecutados)</p> <p>Grado de cobertura de los programas comunitarios preventivos</p> <p>(Población beneficiaria real / Población beneficiaria potencial)</p> <p>Porcentaje de ejecución de proyectos/ gasto efectivo de los proyectos</p> <p>Gasto por organismo beneficiario de los programas comunitarios</p> <p>Porcentaje aportado por otros actores a los programas comunitarios</p>	<p>Informes de evaluación de resultados de subprograma de prevención con organizaciones comunitarias.</p> <p>Informes de evaluación de resultados de subprograma de prevención con organizaciones intermeditarias.</p> <p>Informas de ejecución presupuestaria y análisis de eficiencia en el uso de recursos asignados a programas comunitarios.</p>	<p>las competencias para acceder a esta oferta.</p>
<p>4. Se han ejecutado Programas de prevención en el ámbito de la educación según criterios de focalización basados en indicadores de riesgo de consumo</p>	<p>Porcentaje de población escolar municipalizada intervenida con programas preventivos.</p> <p>Porcentaje de población escolar particular subvencionada intervenida con programas preventivos</p> <p>(Población escolar de establecimientos municipalizados con programas de prevención / Población escolar total de establecimientos municipalizados)</p> <p>(Porcentaje de población escolar particular subvencionada con programas de prevención / población escolar particular subvencionada)</p>	<p>Informes de evaluación del subprograma de Prevención en el Ambito universitario.</p> <p>Informe de evaluación de resultados de programa estandarizado de prevención escolar</p> <p>Materiales preventivos de apoyo elaborados</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>

	<p>Porcentaje de establecimientos educacionales municipalizados subvencionados intervenidos con programas preventivos</p> <p>Porcentaje de establecimientos educacionales particular subvencionados intervenidos con programas preventivos</p> <p>(N° de establecimientos municipalizados y intervenidos / N° total de establecimientos municipalizados)</p> <p>(N° de establecimientos particulares subvencionados intervenidos / N° total de establecimientos particulares subvencionados)</p> <p>Porcentaje de profesores de establecimientos municipalizados capacitados en prevención escolar</p> <p>Porcentaje de profesores de establecimientos particular subvencionados capacitados en prevención escolar</p> <p>(N° de profesores de establecimientos municipalizados capacitados en prevención escolar / N° total de profesores de establecimientos municipalizados)</p> <p>(N° de profesores de establecimientos particular subvencionados capacitados en prevención escolar / N° total de profesores de establecimientos particular subvencionados)</p> <p>Relación entre los recursos aportados por el sector educación a acciones preventivas del consumo de drogas/ presupuesto del programa</p> <p>Porcentaje de personas dependientes tratadas con financiamiento público</p> <p>Porcentaje de personas con problemas de</p>		<p>Estudio Sobre Centros de Hogar de rehabilitación del Hogar de Cristo.</p> <p>Se dispone del financiamiento requerido</p>
<p>5. Se han ejecutado programas de tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas.</p>			

<p>dependencia que requieren tratamiento con financiamiento público</p> <p>(N° de personas con problema de dependencia de drogas que requieren tratamiento con financiamiento público / N° total de personas con problemas de dependencia que requieren tratamiento)</p> <p>Porcentaje de centros de tratamiento acreditados por MINSAL</p> <p>(N° de centros de tratamiento acreditadas ante MINSAL / N° total de centros de tratamiento con financiamiento público)</p> <p>(Porcentaje de personas con problemas de consumo de drogas que iniciaron tratamiento con financiamiento público y fueron dados de alta / Porcentaje total de personas con problemas de consumo de drogas que iniciaron tratamiento con financiamiento público)</p> <p>(Porcentaje de recursos aportados por CONACE al MINSAL / Total de recursos destinados al tema drogas en el MINSAL)</p> <p>Variación de los recursos destinados al tema drogas (97-2000) del aporte CONACE al MINSAL.</p> <p>Variación de los recursos del MINSAL (sin aporte CONACE) destinados al tema drogas (97-2000)</p> <p>Porcentaje de la ejecución presupuestaria del MINSAL destinada al tema drogas (97-2000)</p>	<p>Estudio de evaluación del Subprograma de tratamiento y rehabilitación del Convenio CONACE-MINSAL (en desarrollo)</p> <p>Informe de evaluación de resultados de subprograma de tratamiento y rehabilitación</p> <p>Directorio de Instituciones Acreditadas</p> <p>Informe Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) 2000.</p> <p>Directorio de Instituciones Acreditadas</p>	<p>Informe de evaluación del</p> <p>Se dispone del</p>
<p>6. Se ha elaborado un Plan</p>	<p>Porcentaje de comunas con programas</p>	<p>Informe de evaluación del</p> <p>Se dispone del</p>

<p>Comunal de prevención en un grupo de comunas seleccionadas. (sistemas comunales de prevención SISCOP).</p>	<p>instalados de prevención (N° de comunas urbanas con SISCOP / N° total de comunas del país)</p> <p>Porcentaje de comunas con Plan Comunal de Prevención inserto en el PLADECO</p> <p>(N° de planes comunales de prevención de drogas / N° de planes comunales de desarrollo)</p> <p>Grado de participación de organizaciones comunitarias en SISCOP</p> <p>(N° de organizaciones comunitarias participantes del SISCOP / N° de organizaciones comunitarias de la comuna)</p>	<p>proceso de instalación.</p>	<p>financiamiento requerido</p> <p>Municipios mantienen su interés, facilitan la infraestructura y equipamiento necesarios y participan de su financiamiento.</p>
<p>7. Se ha creado un servicio que ha orientado y dado respuesta a consultas del público cerca del problema de drogas.</p>	<p>Porcentaje de incremento en visitantes de la Página WEB</p> <p>(N° de visitantes de la Página WEB año – N° de visitantes de la Página WEB año anterior / N° de visitantes de la Página WEB año anterior)</p> <p>Porcentaje de incremento en consultantes de la Línea 800</p> <p>(N° de consultas año ± N° de consultantes año anterior / N° de consultantes año anterior)</p>	<p>Base de datos sitio WEB</p> <p>Estadísticas de llamadas con informe de contenidos y procedencia de las mismas</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>

ACTIVIDADES	ACTUAL
1.1	Estudio de costo económico de las drogas
1.2	Vigilancia epidemiológica en servicios de urgencia
1.3	Explotación de base de datos recopilada con estudios nacionales
1.4	Estudio de consumo de drogas en población escolar
1.5	Estudio cualitativo de percepciones y actitudes frente a las drogas
2.1	Diseño, elaboración y distribución del material preventivo
2.2	Planes de medios para campañas nacionales
2.3	Realización de eventos públicos
2.4	Difusión de actividades CONACE en medios de comunicación
2.5	Evaluación de resultados actividades
3.1	Capacitación a organizaciones mediante Servicio de Promoción Local
3.2	Postulación y selección de proyectos de organizaciones comunitarias
3.3	Postulación y selección de proyectos de organizaciones intermeditarias
3.4	Postulación y selección de proyectos de calidad
3.5	Contratación y ejecución de proyectos
3.6	Supervisión de los proyectos
3.7	Evaluación de procesos y resultados del componente
4.1	Convenio con MINEDUC
4.2	Transferencia de recursos financieros
4.3	Evaluación de pertinencia de los contenidos de los materiales
4.4	Diseño de material complementario
4.5	Capacitación de actores de la comunidad educativa en formulación de políticas de prevención de drogas
4.6	Sensibilización respecto del consumo de drogas y difusión de estilos de vida saludables
4.7	Capacitación a alumnos de 1º Básico a 4º Medio en el desarrollo de habilidades protectoras del consumo de drogas
4.8	Coordinación institucional a niveles intra y extra ministeriales
4.9	Evaluación de procesos y resultados del componente
5.1	Establecimiento de convenio con MINSAL para traspaso de apoyo a los servicios de salud y centros de atención primaria
5.2	Convenios con Centro de Tratamiento
5.3	Ampliación de convenios con los Centros de Tratamiento que actualmente son beneficiarios
5.4	Supervisión del cumplimiento de lo establecido en convenios por parte de los CONACE regionales
5.5	Evaluación de procesos y resultados del componente
6.1	Convenios con municipios seleccionados
6.2	Traspaso de recursos financieros
6.3	Ejecución del Plan Comunal
6.4	Seguimiento y sistematización del componente
6.5	Jornadas regionales y nacionales de evaluación

- 7.1 Aumenta la capacidad del Centro de Documentación e Información para dar respuestas a las necesidades de los consultantes
- 7.2 Interactividad de la Pagina WEB
- 7.3 Línea 800
- 7.4 Evaluación de procesos de los instrumentos señalados

ANEXO N° 2: MATRIZ DE COSTOS CONACE**C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS****I. Información del Ministerio del Interior Período 1997-01****(en miles de pesos reales)**

ANO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	1.679.729	1.634.859	97,33
Bienes y Servicios de Consumo	826.396	796.692	96,41
Inversión	197.033	137.695	69,88
Transferencias	44.190.527	38.522.611	87,17
Otros	857.428	847.885	98,89
TOTAL	47.751.113	41.939.742	87,83

ANO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	2.073.578	2.015.972	97,22
Bienes y Servicios de Consumo	1.093.207	844.394	77,24
Inversión	308.259	184.333	59,8
Transferencias	34.513.915	28.607.052	82,89
Otros	1.125.340	1.114.451	99,03
TOTAL	39.114.299	32.766.202	83,77

ANO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	2.158.978	2.100.294	97,28
Bienes y Servicios de Consumo	1.182.803	1.081.919	91,47
Inversión	631.684	263.495	41,74
Transferencias	41.621.932	32.530.584	78,16
Otros	1.553.883	1.533.778	98,71
TOTAL	47.149.280	37.510.070	79,56

AÑO 2000	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	2.177.474	2.191.130	100,63
Bienes y Servicios de Consumo	2.892.066	2.971.597	102,75
Inversión	223.756	195.523	87,38
Transferencias	44.889.260	36.017.113	80,24
Otros	797.330	763.112	95,71
TOTAL	50.979.886	42.138.475	82,66

AÑO 2001	Presupuesto Asignado
Personal	2.136.550
Bienes y Servicios de Consumo	1.930.833
Inversión	112.426
Transferencias	42.701.892
Otros	35.540
TOTAL	46.913.241

II. Información Específica del Programa Período 1997-01 : CONACE

(en miles de pesos reales)

2.1. Presupuesto y Gastos del Programa

ANO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	224.000	197.711	6,83%
Bienes y Servicios de Consumo		109.164	3,77%
Inversion		4.019	0,14%
Otros		1.102.711	38,10%
> Estudios		21.532	0,74%
> Campañas Comunicacionales		40.095	1,39%
> Transferencias a Regiones		14.233	0,49%
> Convenios		178.203	6,16%
> Programas		848.648	29,32%
Total	2.894.009	1.413.606	48,85

ANO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	261.500	261.187	4,06%
Bienes y Servicios de Consumo		139.619	2,17%
Inversion		39.141	0,61%
Otros		2.785.358	43,27%
> Centro de Documentación		11.968	0,19%
> Estudios		49.452	0,77%
> Campañas Comunicacionales		300.894	4,67%
> Transferencias a Regiones		55.795	0,87%
> Convenios		403.687	6,27%
> Programas		1.963.562	30,51%
Total	6.436.852	3.225.305	50,11

ANO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	267.800	257.476	3,19%
Bienes y Servicios de Consumo		167.857	2,08%
Inversion		23.310	0,29%
Otros		3.775.580	46,84%
> Estudios		51.996	0,65%
> Centro de Documentación		999	0,01%
> Campaña Comunicacional		537.893	6,67%
> Transferencias a Regiones		122.600	1,52%
> Convenios		742.092	9,21%
> Programas		2.320.000	28,78%
Total	8.060.578	4.224.223	52,41

ANO 2000	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	241.571	252.316	2,75%
Bienes y Servicios de Consumo		238.421	2,60%
Inversion		58.017	0,63%
Otros		5.020.200	54,78%
> Estudios		246.944	2,69%
> Centro de Documentación		20.349	0,22%
> Campaña Comunicacional		646.116	7,05%
> Transferencias a Regiones		229.227	2,50%
> Convenios		786.869	8,59%
> Programas		3.090.695	33,72%
Total	9.164.949	5.568.954	60,76

ANO 2001	Presupuesto Asignado
Personal	332.885
Bienes y Servicios de Consumo	
Inversión	
Otros	
Total	12.850.073

Cuadro Resumen de Presupuesto y Gastos del Programa:

ANO	A	B		A-B
	Presupuesto Asignado	Gasto		Saldo
		Efectivo		presupuesta rio
		Monto	%(B/A)	
1997	2.894.009	1.413.605	48,85	1.480.404
1998	6.436.852	3.225.305	50,11	3.211.547
1999	8.060.578	4.224.223	52,41	3.836.355
2000	9.164.949	5.566.954	60,76	3.597.995
2001	12.850.073	///////	///////	///////
INCREMENTO TOTAL	216,69%	293,81%		

2.2.

Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa

AÑO 1997	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1 Estudios e Investigación														21.532
Componente 2 Sensibilización e Información														40.095
Componente 3 Prevención Comunitaria	61.657	59.742	55.780	51.440	67.615	49.755	53.679	59.759	52.353	51.209	28.538	25.834	231.287	848.648
gastos de convenios y transferencias asociados a más de un componente														178.203
Total														1.088.478

AÑO 1998	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1 Estudios e Investigación														49.452
Componente 2 Sensibilización e Información														300.894
Componente 3 Prevención Comunitaria	80.036	63.434	60.987	61.256	95.072	59.644	47.774	88.670	50.287	48.481	24.281	24.681	430.336	1.134.939
Componente 4 Prog. Prev. Ambito Escolar	49.988	39.619	38.090	38.258	59.379	37.252	29.838	55.380	31.407	30.280	15.165	15.415	268.774	708.846
Componente 5 Tratamiento y rehabilitación	8.447	6.695	6.436	6.465	10.034	6.295	5.042	9.358	5.307	5.117	2.563	2.605	45.416	119.777
Componente 7 Servicio de Información al Público														11.968
gastos de convenios y transferencias asociados a más de un componente														403.687
Total														2.729.563

AÑO 1999	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Componente 1 Estudios e Investigación														51.996
Componente 2 Sensibilización e Información														537.893
Componente 3 Prevención Comunitaria	72.776 3,94%	45.817 2,48%	58.986 3,19%	113.760 6,15%	288.082 15,58%	38.511 2,08%	136.921 7,41%	198.274 10,72%	87.019 4,71%	72.275 3,91%	25.530 1,38%	18.347 0,99%	692.690 37,46%	1.848.978 100,00%
Componente 4 Prog. Prevención Ambito Escolar														430.000
Componente 5 Tratamiento y Rehabilitación	26.252 6,31%	14.390 3,46%	20.682 4,97%	17.894 4,30%	39.147 9,41%	9.077 2,18%	9.800 2,36%	27.130 6,52%	9.490 2,28%	6.860 1,65%	0 0,00%	8.665 2,08%	226.635 54,48%	416.022 100,00%
Componente 6 Sistemas Comunales de Prevención														5
Componente 7 Servicio de Información al Público														999
gastos de convenios y transferencias asociados a más de un componente														312.092
Total														3.652.980

AÑO 2000	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
----------	---	----	-----	----	---	----	-----	------	----	---	----	-----	----	-------

Componente 1 Estudios e Investigación															246.944
Componente 2 Sensibilización e Información															646.116
Componente 3 Prevención Comunitaria	53.450	33.680	47.050	35.587	127.257	45.294	49.705	147.565	70.644	71.074	8.821	14.687	969.023	1.673.837	
Componente 4 Prog. Prev. Ambito Escolar														682.726	
Componente 5 Tratamiento y Rehabilitación	27.955	14.390	26.975	18.053	45.698	9.078	9.860	42.088	9.490	6.860	0	8.665	244.738	463.850	
Componente 6 Sistemas Comunales de Prevención	51.054	34.036	51.054	17.018	102.108	17.018	17.018	102.108	17.018	34.036	0	17.018	493.522	953.008	
Componente 7 Servicio de Información al Público														20.349	
Gastos de convenios y transferencias asociados a más de un componente.														104.143	
TOTAL														4.790.973	

2.3. Costos Administrativos y por Componente del Programa

AÑO	Costos Administrativos	Costos por Componente	Total Gasto Efectivo	A/B
	A	B	B	
1997	325.127	1.088.478	1.413.605	23,00%
1998	495.742	2.729.563	3.225.305	15,37%
1999	571.243	3.652.980	4.224.223	13,52%
2000	777.981	4.790.973	5.568.954	13,97%

III. Fuentes de Financiamiento del Programa Período 1996-2000
(en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1997		1998		1999		2000		2001		INCREMENTO 1997-2000
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Aporte Fiscal Directo	2.894.009	100	6.436.852	100	8.060.578	100	9.164.949	100	#####	#####	344,02%
2. Transferencias de otras instituciones públicas											
2.1 Otras fuentes de financiamiento											
Total	2.894.009	100	6.436.852	100	8.060.578	100	9.164.949	100	#####	#####	344,02%

MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

I. Información del Ministerio o Servicio Responsable del Programa Período 1997-01
(en miles de pesos reales)

ANO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	58.729.818	57.875.807	98,55%
Bienes y Servicios de Consumo	15.976.142	14.422.962	90,28%
Inversión	5.709.591	4.253.603	74,50%
Transferencias	1.164.283.549	1.116.643.958	95,91%
Otros	21.232.212	15.041.955	0,00%
TOTAL	1.265.931.312	1.208.238.285	95,44%

ANO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	63.988.172	63.248.210	98,84%
Bienes y Servicios de Consumo	12.652.812	12.126.610	95,84%
Inversión	4.662.737	3.732.286	80,04%
Transferencias	1.274.280.558	1.225.616.147	96,18%
Otros	31.595.790	26.419.255	83,62%
TOTAL	1.387.180.069	1.331.142.508	95,96%

ANO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	69.243.661	68.737.243	99,27%
Bienes y Servicios de Consumo	13.362.071	13.031.087	97,52%
Inversión	4.921.409	4.108.369	83,48%
Transferencias	1.375.213.050	1.346.563.904	97,92%
Otros	16.450.715	16.030.215	97,44%
TOTAL	1.479.190.906	1.448.470.818	97,92%

ANO 2000	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo Monto	%
Personal	70.704.696		0,00%
Bienes y Servicios de Consumo	12.948.316		0,00%
Inversión	3.702.281		0,00%
Transferencias	1.487.126.350		0,00%
Otros	13.948.693		0,00%
TOTAL	1.588.430.336		0,00%

ANO 2001	Presupuesto Asignado
Personal	67.534.303
Bienes y Servicios de Consumo	12.293.203
Inversión	3.353.802
Transferencias	1.540.959.802
Otros	12.217.393
TOTAL	1.636.358.503

II. Información Especifica del Program
(en miles de pesos reales)

2.1. Presupuesto y Gastos del Programa

AÑO 1997	Presupuest o Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	32.641	29.051	89,00%
Bienes y Ser	254.689	226.673	89,00%
Inversion	0	0	0,00%
Otros	172.131	153.196	89,00%
Total	459.460	408.920	89,00%

AÑO 1998	Presupuest o Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	40.438	39.857	98,56%
Bienes y Ser	250.939	239.141	95,30%
Inversion	0	0	0,00%
Otros	167.119	163.856	98,05%
Total	458.497	442.854	96,59%

AÑO 1999	Presupuest o Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	46.100	45.668	99,06%
Bienes y Ser	136.157	136.117	99,97%
Inversion	0	0	0,00%
Otros	109.126	109.105	99,98%
Total	291.383	290.889	99,83%

AÑO 2000	Presupuest o Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	76.472	76.183	100%
Bienes y Ser	320.592	315.155	98%
Inversion	0	0	0%
Otros	192.260	177.321	92%
Total	589.323	568.659	96%

AÑO 2001	Presupuest o Asignado
Personal	108.212
Bienes y Ser	456.702
Inversion	0
Otros	331.594
Total	896.508

Cuadro Resumen de Presupuesto y Gastos del Programa:

AÑO	A	B		A-B
	Presupuest o Asignado	Gasto efectivo		Saldo presupuest
		Monto	%	
1997	459.460	408.920	89,00%	50.541
1998	458.497	442.854	96,59%	15.642
1999	291.383	290.889	99,83%	494
2000	589.323	568.659	96,49%	20.664
2001	896.508	///////	///////	///////

Notas:

Las columnas de "Presupuesto Asignado" consideran la totalidad de los Subtítulos de las respectivas Leyes de Presupuestos y sus modificaciones -incluido el gasto en moneda extranjera-, excluyendo las transferencias intrasectorial es.

Las columnas de "Gasto Efectivo" consideran la totalidad de los Subtítulos Presupuestarios -incluido el gasto en moneda extranjera-, excluyendo las transferencias intrasectoriales y los Saldos Finales de Caja.

C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

II. Información Específica del Programa Período 1997-01 (en miles de pesos reales)

2.3. Costos Administrativos y Directos del Programa

AÑO	Costos Administrativos	Costos por Componente	Total Gasto Efectivo
1997	97.971	310.949	408.920
1998	129.179	313.675	442.854
1999	71.244	219.645	290.889
2000	83.326	485.334	568.660

C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

III. Fuentes de Financiamiento del Programa Período 1997-2001
 (en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1997		1998		1999		2000		2001	
	Monto	%								
1. Aporte Fiscal Directo	459.460	100%	458.497	100%	217.408	75%	216.266	37%	214.508	24%
2. Transferencias de otras instituciones públicas										
2.1										
2.2										
2.3										
3. Otras fuentes de financiamiento	0		0		73.975	25%	373.057	63%	682.000	76%
3.1 CONACE										
3.2										
3.3										
Total	459.460	100%	458.497	100%	291.383	100%	589.323	100%	896.508	100%

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

I. Presupuesto Total del Sector Salud 1997 – 2001 (MM\$ de 2001)

ANO 1997	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	354.367	404.816	114,20%
Bienes y Servicios de Consumo	253.561	252.272	99,50%
Inversión	66.915	58.955	88,10%
Transferencias	96.517	90.267	93,50%
Otros	202.856	197.525	97,40%
TOTAL	974.217	1.003.835	103,00%

Fuente:

Ley de presupuesto Año 1997 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

ANO 1998	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	385.652	426.391	110,60%
Bienes y Servicios de Consumo	268.599	280.792	104,50%
Inversión	62.913	50.753	80,70%
Transferencias	99.762	94.154	94,40%
Otros	229.054	254.475	111,10%
TOTAL	1.045.981	1.106.564	105,80%

Fuente:

Ley de presupuesto Año 1998 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

ANO 1999	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	404.845	438.570	108,30%
Bienes y Servicios de Consumo	180.626	181.854	100,70%
Inversión	39.308	44.549	113,30%
Transferencias	216.390	215.048	99,40%
Otros	271.584	276.445	101,80%
TOTAL	1.112.753	1.156.467	103,90%

Fuente:

Ley de presupuesto Año 1999 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1998-1999

ANO 2000	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal	414.607	Sin información	
Bienes y Servicios de Consumo	181.719	Sin información	
Inversión	36.947	Sin información	
Transferencias	230.035	Sin información	
Otros	305.286	Sin información	
TOTAL	1.168.594	Sin información	

Fuente:

Ley de presupuesto Año 2000 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior
Boletín Estadístico FONASA 1997-1998

ANO 2001	Presupuesto Asignado
Personal	438.610
Bienes y Servicios de Consumo	222.526
Inversión	37.193
Transferencias	228.428
Otros	333.214
TOTAL	1.259.971

Fuente:

Ley de presupuesto Año 2000 (Partida: Ministerio de Salud) aprobada en diciembre del año anterior

AÑO 2000	Presupuesto Asignado	Gasto Efectivo	
		Monto	%
Personal*	162.000	162.000	100,00%
Bienes y Servicios de Consumo**	44.386	11.000	24,78%
Inversión			
Transferencias***	165.000	154.000	93,33%
Otros			
TOTAL	371.386	327.000	88,05%

AÑO 2001	Presupuesto Asignado
Personal	
Bienes y Servicios de Consumo	16.536
Inversión	
Transferencias	159.382
Otros	
TOTAL	175.918

*Presupuesto transferido por el Ministerio del Interior para reforzamiento de equipos en los Servicios de Salud

C. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

II. Información Específica del Programa Período 1997-01
 (en miles de pesos reales)

2.2. Costo a Nivel Nacional por Componente del Programa

ANO 1997	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	0													

ANO 1998	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Transferencia a Servicios de Salud			10.700	3.000	20.000	7.000	4.000	22.500	3.000	6.900	3.100		53.900	134.100
Transferencia URACH													9.100	9.100
Estudios													8.473	8.473
Total	0	0	10.700	3.000	20.000	7.000	4.000	22.500	3.000	6.900	3.100	0	71.473	151.873

ANO 1999	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Transferencia a Servicios de Salud	6.000	5.000	4.000	3.000	14.000	3.000	3.000	20.000	6.500	9.000	3.000	4.000	38.500	119.000
Transferencia URACH													8.000	8.000
Estudios													10.000	10.000
Insumos Nivel Central													25.130	25.130
Total	6.000	5.000	4.000	3.000	14.000	3.000	3.000	20.000	6.500	9.000	3.000	4.000	81.630	162.130

ANO 2000	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	Total
Transferencia a Servicios de Salud	10.000	4.000	6.000	6.000	19.000	5.000	6.000	26.000	8.500	12.500	4.000	4.000	35.000	146.000
Transferencia URACH													8.000	8.000
Estudios													27.000	27.000
Insumos Nivel Central													17.386	17.386
Refuerzo Equipos													101.250	101.250
Insumos Ref. Equipos													6.875	6.875
Total	14.050	8.050	10.050	10.050	35.200	5.000	6.000	46.250	12.550	16.550	4.000	4.000	188.636	371.366

2.3. Costos Administrativos y Directos del Programa

ANO	Costos Administrativos A	Costos Directos B	Total Gasto Efectivo B	A/B
1996				
1997	8.473	143.200	151.673	5,59%
1998	35.130	127.000	162.130	21,67%
1999	11.000	360.386	371.386	2,96%

III. Fuentes de Financiamiento del Programa Período 1996-2000

(en miles de pesos reales)

Fuentes de financiamiento del programa de Salud Mental de MINSAL (en miles de pesos reales)

Fuentes de Financiamiento	1997		1998		1999		2000		2001		Monto	%	Monto	%
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%				
1. Aporte Fiscal Directo					151.673	100%		100%	162.130	100%	209.386	56%	175.918	24%
2. Transferencias de otras i														
2.1														
2.2														
2.3														
3. Otras fuentes de financi														
3.1 CONACE										162.000	44%	555.000/*	76%	
3.2														
3.3														
Total		0	0%	0%	151.673	100%	162.130	100%	162.130	100%	371.386	100%	730.000	100%

*Cifra estimada de aporte para 2001.

ANEXO N°3: PROPUESTA DE MATRIZ DE MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA: PLAN GENERAL DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO INDEBIDO DE DROGAS
CODIGO: 14
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 1993
MINISTERIO RESPONSABLE: MINISTERIO DEL INTERIOR, MINEDUC Y MINSAL
SERVICIO RESPONSABLE: CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE), DIVISIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS (DISAP) Y PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGAS Y ALCOHOL- MINEDUC

RESUMEN NARRATIVO DE OBJETIVOS	INDICADORES VERIFICABLES OBJETIVAMENTE	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Contribuir a elevar la calidad de vida de los chilenos evitando, retardando y disminuyendo del consumo de drogas y de las consecuencias negativas a nivel individual, familiar y social que se por ello se generan.</p>			
<p>PROPOSITO</p> <p>Se ha prevenido el consumo de drogas y se han reducido las consecuencias negativas que genera el consumo, a través de acciones destinadas a disminuir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores, realizadas en conjunto por el Estado y la comunidad organizada.</p>	<p>Porcentaje de personas beneficiarias del programa convertidos en agentes preventivos activos, esto es adquirieron conocimientos, habilidades y aptitudes para ello.</p> <p>(N° de agentes preventivos activos / N° de beneficiarios del programa)</p> <p>Porcentaje de organizaciones de la comunidad que, en forma permanente, fomentan, implementan y participan en redes de prevención.</p>	<p>Evaluaciones de resultados para medir efectos de los principales subprogramas</p> <p>Estudios cualitativos de percepciones y actitudes frente a las drogas</p> <p>Otros instrumentos que permitan evaluar estado de factores de riesgo y</p>	<p>Decisión política de autoridades de seguir profundizando una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, fortaleciendo el rol coordinador de la Secretaría Ejecutiva y ejecutor del conjunto de los organismos del Estado que componen</p>

	<p>(N° de organizaciones de la comunidad que en forma permanente fomentan, implementan y participan en redes de prevención / N° de organizaciones beneficiarias del programa)</p> <p>Porcentaje de jóvenes beneficiarios del programa que manifiestan una actitud crítica frente al consumo de drogas.</p> <p>(N° de jóvenes beneficiarios del programa que manifiestan una actitud crítica frente al consumo de drogas / N° total de jóvenes beneficiarios del programa)</p> <p>Porcentaje de reducción prevalencia e incidencia del consumo indebido de drogas en poblaciones objetivo (medido a través del seguimiento de la encuesta nacional de consumo de drogas)</p> <p>Porcentaje de reducción del consumo de drogas en personas atendidas en los programas de tratamiento y rehabilitación</p> <p>Porcentaje de variación en factores de riesgo y protectores sobre los cuales actúa el programa</p> <p>Porcentaje de costos administrativos/gasto efectivo del programa</p> <p>Porcentaje de ejecución presupuestaria / presupuesto asignado al programa</p>	<p>protectores del consumo de drogas.</p>	<p>el Conace.</p> <p>En el país se cumplen ciertas condiciones en el orden económico, social, ético, etc. que contribuyen al fortalecimiento de los factores protectores.</p>
--	--	---	---

COMPONENTES

<p>1. Se han llevado a cabo estudios e investigaciones acerca del problema de las drogas constituyendo un Sistema Nacional de Información sobre Drogas.</p> <p>Annualmente se compara la situación de la línea base con los resultados obtenidos en prevención del consumo indebido de drogas identificándose población objetivo, áreas críticas y definiéndose intervenciones para corregirlas.</p>	<p>Estudios Nacionales de Consumo de Drogas con aumento sostenido en representatividad y desagregación comunal</p> <p>Estudios identifican áreas críticas relevantes sobre las cuales puede intervenir el programa</p> <p>Porcentaje de recursos invertidos en estudios/ recursos disponibles para el programa</p> <p>Grado de amplitud del sistema de información "unificado" respecto del diseño del sistema (u otro indicador que sirva para medir el avance de la implementación del sistema de vigilancia)</p> <p>% de información disponible actualizada al año en curso.</p> <p>Cobertura neta de los mensajes televisivos</p> <p>Cobertura geográfica de los mensajes en la vía pública</p> <p>Grado de focalización de los mensajes preventivos: (Mensajes orientados a población en riesgo / Mensajes orientadas a la opinión pública en general)</p> <p>Porcentaje de recursos invertidos en campañas/ recursos disponibles para el programa</p> <p>Faltan indicadores de resultados: aumento del conocimiento de las poblaciones objetivo respecto de los mensajes entregados. (p.e: porcentaje de aumento del conocimiento de padres y adultos en general respecto consumo drogas, variación en actitud de poblaciones objetivo frente al consumo)</p> <p>Porcentaje de organizaciones comunitarias capacitadas al efecto que postulan proyectos preventivos</p> <p>(Nº de organizaciones postulando proyectos de prevención / Nº total de organizaciones capacitadas en formulación de proyectos de prevención)</p>	<p>Informes Ejecutivos y finales de los Estudios realizados</p> <p>Informes de investigaciones y estudios sobre el tema.</p>	<p>Ministerios e instituciones del CONACE responsables y asociados en la concreción del componente cumplen su cometido..</p>
<p>2. Se han ejecutado campañas y acciones educativas en el ámbito nacional y regional para difundir mensajes preventivos.</p>	<p>Plan de medios.</p> <p>Estímulos Multimedia en existencia.</p> <p>Informes de evaluación de campañas.</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>
<p>3. Se han ejecutado descentralizadamente los programas de prevención comunitaria programados.</p>	<p>Informes de supervisión, de avance y finales.</p> <p>Informes de</p>	<p>de</p>	<p>Se mantiene el presupuesto disponible y la comunidad organizada tiene el interés y las competencias para acceder a esta oferta.</p>

<p>4. Se han ejecutado programas de prevención en el ámbito de la educación según criterios de focalización basados en indicadores de riesgo de consumo.</p> <p>Se ha fortalecido la red de prevención escolar para el consumo de drogas y ejecutado los programas de prevención según los criterios de focalización basados en indicadores de riesgo.</p> <p>Se sugiere abrir el componente en subcomponentes que representen los programas formales del sector que se financian con aportes</p>	<p>(N° de proyectos desarrollados en población en riesgo/ N° de proyectos ejecutados)</p> <p>Grado de cobertura de los programas comunitarios preventivos (Población beneficiaria real / Población beneficiaria potencial)</p> <p>Porcentaje de ejecución de proyectos/ gasto efectivo de los proyectos</p> <p>Gasto por organismo beneficiario de los programas comunitarios</p> <p>Porcentaje aportado por otros actores a los programas comunitarios</p> <p>Otros indicadores de eficiencia:</p> <p>Porcentaje de ejecución de programas en el período/ programas con presupuesto autorizado.</p> <p>Porcentaje de gastos en administración programas / gasto efectivo a los programas</p> <p>Porcentaje de recursos asignados a programas comunitarios/ presupuesto global</p> <p>Indicadores de calidad:</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de metas de los programas comunitarios</p> <p>Faltan indicadores de resultados: calidad de los proyecto y/o acciones, eficacia o efectividad, uso de intervenciones de probada efectividad (evidencia científica)</p> <p>Porcentaje de población escolar municipalizada intervenida con programas preventivos.</p> <p>Porcentaje de población escolar particular subvencionada intervenida con programas preventivos (Población escolar de establecimientos municipalizados con programas de prevención / Población escolar total de establecimientos municipalizados)</p> <p>(Porcentaje de población escolar particular subvencionada con programas de prevención / población escolar particular subvencionada)</p>	<p>de evaluación de resultados de subprograma de prevención con organizaciones comunitarias.</p> <p>Informes de evaluación de resultados de subprograma de prevención con organizaciones intermeditarias.</p> <p>Informes de ejecución presupuestaria y análisis de eficiencia en el uso de los recursos asignados a programas comunitarios</p> <p>Informe de Se dispone del de de financiamiento requerido de de de programa estandarizado de prevención escolar Materiales preventivos de apoyo elaborados Informes de</p>
---	---	--

<p>CONACE y otra línea que indique los programas que se financian con aportes sectoriales</p>	<p>Porcentaje de establecimientos educacionales municipalizados subvencionados intervenidos con programas preventivos</p> <p>Porcentaje de establecimientos educacionales particular subvencionados intervenidos con programas preventivos (N° de establecimientos municipalizados y intervenidos / N° total de establecimientos municipalizados)</p> <p>(N° de establecimientos particulares subvencionados intervenidos / N° total de establecimientos particulares subvencionados)</p> <p>Porcentaje de profesores de establecimientos municipalizados capacitados en prevención escolar</p> <p>Porcentaje de profesores de establecimientos particular subvencionados capacitados en prevención escolar (N° de profesores de establecimientos municipalizados capacitados en prevención escolar / N° total de profesores de establecimientos municipalizados)</p> <p>(N° de profesores de establecimientos particular subvencionados capacitados en prevención escolar / N° total de profesores de establecimientos particular subvencionados)</p> <p>Relación entre los recursos aportados por el sector educación a acciones preventivas del consumo de drogas/ presupuesto del programa</p> <p>Indicadores de eficiencia:</p> <p>Porcentaje de programas ejecutados / programas con financiamiento autorizado.</p> <p>Porcentaje de gastos en administración programas / gasto efectivo a los programas</p> <p>Porcentaje de recursos asignados a programas en educación / presupuesto global</p> <p>Gasto por beneficiario directo de los programas comunitarios.</p> <p>Indicadores de calidad:</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de metas de los programas preventivos en establecimientos educacionales.</p> <p>Faltan indicadores de resultados: p.e. % de retraso en el inicio del</p>	<p>ejecución presupuestaria y análisis de eficiencia en el uso de los recursos asignados a programas en establecimientos educacionales.</p>
--	---	---

<p>consumo de drogas, % reducción consumo en escolares con programas, % reducción de consecuencias negativas por consumo de drogas en escolares.</p>	<p>Estudio Sobre Centros de rehabilitación del Hogar de Cristo.</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>
<p>Relación entre los recursos aportados por el sector educación a acciones preventivas del consumo de drogas / presupuesto del programa.</p>	<p>Estudio de evaluación del Subprograma de tratamiento y rehabilitación del Convenio CONACE-MINSAL (en desarrollo)</p>	
<p>Porcentaje de personas con problemas de dependencia que requieren tratamiento con financiamiento público</p>	<p>Informe de evaluación de resultados de subprograma de tratamiento y rehabilitación</p>	
<p>(N° de personas con problema de dependencia de drogas que requieren tratamiento con financiamiento público / N° total de personas con problemas de dependencia que requieren tratamiento)</p>	<p>Directorio de Instituciones Acreditadas</p>	
<p>Porcentaje de centros de tratamiento acreditados por MINSAL</p>	<p>Informe Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) 2000.</p>	
<p>(N° de centros de tratamiento acreditadas ante MINSAL / N° total de centros de tratamiento con financiamiento público)</p>	<p>Informes de ejecución</p>	
<p>(Porcentaje de personas con problemas de consumo de drogas que iniciaron tratamiento con financiamiento público y fueron dados de alta / Porcentaje total de personas con problemas de consumo de drogas que iniciaron tratamiento con financiamiento público)</p>	<p></p>	
<p>(Porcentaje de recursos aportados por CONACE al MINSAL / Total de recursos destinados al tema drogas en el MINSAL)</p>	<p></p>	
<p>Variación de los recursos destinados al tema drogas (97-2000) del aporte CONACE al MINSAL.</p>	<p></p>	
<p>Variación de los recursos del MINSAL (sin aporte CONACE) destinados al tema drogas (97-2000)</p>	<p></p>	
<p>Porcentaje de la ejecución presupuestaria del MINSAL destinada al tema drogas (97-2000)</p>	<p></p>	
<p>Porcentaje de incremento en el N° de consultantes del Centro de Documentación e Información (CDI).</p>	<p></p>	
<p>(N° de consultantes año -- N° de consultantes año anterior / N° de</p>	<p></p>	

<p>consultantes año anterior)</p> <p>Cobertura de atención:</p> <p>Capacidad resolutive cuantitativa: demanda satisfecha en tratamiento/demanda total por tratamiento en un año.</p> <p>Nº de jóvenes rehabilitados/ jóvenes que requieren rehabilitación en un año</p> <p>Indices de oportunidad de atención:</p> <p>Nº personas en lista de espera por mes, comuna y región</p> <p>Nº días de espera para dar atención a pacientes nuevos por centro (reporte mensual)</p> <p>Indice de utilización de servicios de atención disponibles:</p> <p>Nº días-persona utilizados en un mes / cupos de convenio mensual por centro</p> <p>Indicadores de calidad atención integral:</p> <p>% jóvenes en programas de reinserción sociolaboral/ jóvenes en rehabilitación</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de metas de los programas de salud.</p> <p>Indicadores de eficiencia:</p> <p>Gasto por beneficiario atendido</p> <p>Porcentaje de ejecución de programas en el período/ programas con presupuesto autorizado.</p> <p>Porcentaje de gastos en administración/ gasto efectivo en los programas</p> <p>Porcentaje de recursos asignados a programas de salud / presupuesto global</p> <p>Relación entre recursos que aporta el sector salud al tratamiento y rehabilitación / recursos totales del programa</p> <p>6. Se ha elaborado un Plan Comunal de prevención en un grupo de comunas seleccionadas. (Sistemas comunales de prevención SISCOP).</p>	<p>presupuestaria y de análisis de eficiencia en el uso de los recursos asignados a programas de salud.</p>	<p>Informe de evaluación del proceso de instalación.</p> <p>Se dispone del financiamiento requerido</p> <p>Municipios mantienen su interés, facilitan la infraestructura y equipamiento necesarios y participan de su</p>
<p>Porcentaje de comunas con programas instalados de prevención (Nº de comunas urbanas con SISCOP / Nº total de comunas del país)</p> <p>Porcentaje de comunas con Plan Comunal de Prevención inserto en el PLADECO</p> <p>(Nº de planes comunales de prevención de drogas / Nº de planes comunales de desarrollo)</p>		

<p>7. Se ha creado un servicio que ha orientado y dado respuesta a consultas del público cerca del problema de drogas.</p>	<p>Grado de participación de organizaciones comunitarias en SISCOP (Nº de organizaciones comunitarias participantes del SISCOP / Nº de organizaciones comunitarias de la comuna)</p> <p>Faltan indicadores de calidad, eficacia de intervenciones, eficiencia e integración de acciones en el territorio según riesgo: por ejemplo % Siscop que han construido el mapa de riesgo, % Siscop que han elaborado un plan comunal en conjunto con sectores y actores de la red, etc.</p> <p>Porcentaje de incremento en visitantes de la Página WEB (Nº de visitantes de la Página WEB año – Nº de visitantes de la Página WEB año anterior / Nº de visitantes de la Página WEB año anterior)</p> <p>Porcentaje de incremento en consultantes de la Línea 800 (Nº de consultas año – Nº de consultantes año anterior / Nº de consultantes año anterior)</p>	<p>Base de datos sitio WEB Estadísticas de llamadas con informe de contenidos y procedencia de las mismas</p>	<p>Se dispone del financiamiento requerido</p>
--	--	---	--

<p>ACTIVIDADES</p> <p>1.1 Estudio de costo económico de las drogas</p> <p>1.2 Vigilancia epidemiológica en servicios de urgencia</p> <p>1.3 Explotación de base de datos recopilada con estudios nacionales</p> <p>1.4 Estudio de consumo de drogas en población escolar</p> <p>1.5 Estudio cualitativo de percepciones y actitudes frente a las drogas</p> <p>2.1 Diseño, elaboración y distribución del material preventivo</p> <p>2.2 Planes de medios para campañas nacionales</p> <p>2.3 Realización de eventos públicos</p> <p>2.4 Difusión de actividades CONACE en medios de comunicación</p> <p>2.5 Evaluación de resultados actividades</p> <p>3.1 Capacitación a organizaciones mediante Servicio de Promoción Local</p> <p>3.2 Postulación y selección de proyectos de organizaciones comunitarias</p> <p>3.3 Postulación y selección de proyectos de organizaciones intermeditarias</p> <p>3.4 Postulación y selección de proyectos de calidad</p> <p>3.5 Contratación y ejecución de proyectos</p> <p>3.6 Supervisión de los proyectos</p> <p>3.7 Evaluación de procesos y resultados del componente</p> <p>4.1 Convenio con MINEDUC</p> <p>4.2 Transferencia de recursos financieros</p> <p>4.3 Evaluación de pertinencia de los contenidos de los materiales</p> <p>4.4 Diseño de material complementario</p> <p>4.5 Capacitación de actores de la comunidad educativa en formulación de políticas de prevención de drogas</p> <p>4.6 Sensibilización respecto del consumo de drogas y difusión de estilos de vida saludables</p> <p>4.7 Capacitación a alumnos de 1° Básico a 4° Medio en el desarrollo de habilidades protectoras del consumo de drogas</p> <p>4.8 Coordinación institucional a niveles intra y extra ministeriales</p> <p>4.9 Evaluación de procesos y resultados del componente</p> <p>Faltan actividades de Mineduc (con presupuesto propio y presupuesto CONACE)</p> <p>5.1 Establecimiento de convenio con MINSAL para traspaso de apoyo a los servicios de salud y centros de atención primaria</p> <p>5.2 Convenios con Centro de Tratamiento</p> <p>5.3 Ampliación de convenios con los Centros de Tratamiento que actualmente son beneficiarios</p> <p>5.4 Supervisión del cumplimiento de lo establecido en convenios por parte de los CONACE</p>		
--	--	--

<p>regionales</p> <p>5.5 Evaluación de procesos y resultados del componente Faltan actividades Minsal y S.S. (con presupuesto propio o de CONACE)</p> <p>6.1 Convenios con municipios seleccionados 6.2 Traspaso de recursos financieros 6.3 Ejecución del Plan Comunal 6.4 Seguimiento y sistematización del componente 6.5 Jornadas regionales y nacionales de evaluación</p> <p>7.1 Aumenta la capacidad del Centro de Documentación e Información para dar respuestas a las necesidades de los consultantes 7.2 Interactividad de la Pagina WEB 7.3 Línea 800 7.4 Evaluación de procesos de los instrumentos señalados</p> <p>Se sugiere agregar actividades de coordinación y gestión del programa para asegurar el cumplimiento de sus componentes.</p>		
---	--	--

ANEXO N° 4: Síntesis plan general de prevención CONACE y sus áreas de acción 2001

Area técnica de prevención y tratamiento

PROGRAMA GENERAL DE PREVENCIÓN		
PLAN ESPECIFICO	AREAS DE ACCIÓN	RESPONSABLE
1 Programa de prevención y desarrollo comunitario Objetivo: organizaciones comunitarias previenen específicamente el consumo de drogas en distintos ámbitos a nivel local de acuerdo a lineamientos institucionales de CONACE Tipología de proyectos: capacitación de agentes comunitarios, sensibilización e información, acciones preventivas específicas y prevención secundaria.	1.1 Proyectos de prevención comunitarios	CONACE
	1.2 Servicio de promoción local	CONACE
	1.3 Proyectos con organizaciones intermediarias (desaparece para el 2001)	CONACE
2. Programa de prevención escolar Objetivo: contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y jóvenes de la comunidad escolar, mediante el desarrollo de estrategias globales y específicas de prevención del consumo de drogas por parte de las unidades educativas. Ambito de acción: escuelas municipalizadas y particulares subvencionadas preferentemente. Énfasis en 76 comunas priorizadas por consumo de drogas. En parvularia: Mineduc y JUNJI.	2.1 Programas de uso material estandarizado de prevención de consumo de drogas ¹	MINEDUC
	2.2. Prevención con material estandarizado en escuelas subvencionadas ²	MINEDUC
	2.3 Programa de prevención temprana para educación parvularia ³	CONACE MINEDUC
	2.4 Inclusión de unidades de prevención en malla curricular	MINEDUC
	2.5 Incorporación de prevención en programas Mineduc	MINEDUC
	2.6 Capacitación a distancia de profesores	MINEDUC
	2.7 Diseño de nuevos materiales para 5° a 8° básico	MINEDUC
	2.8. Diseño de nuevo material educativo de 1° a 4° medio	MINEDUC
	2.9. Set básico de materiales preventivos ⁴	MINEDUC
	2.10. Programa de prevención secundaria dentro programa Liceo para todos	MINEDUC
	2.11. Programa ocupa tus ganas, ocupa tu escuela	MINEDUC
	2.12. Programa de prevención para familias	MINEDUC
	2.13. Fondo P-900 ⁵	MINEDUC

¹ Se amplía focalización a 13 comunas más con financiamiento Mineduc y 20 comunas donde funcionan SISCOP con aporte Conace.

² Etapas a desarrollar en escuelas subvencionadas son: apresto (contratación y capacitación de asesores técnicos externos para apoyo del departamento provincial y elaboración del plan de trabajo), sensibilización (difusión propuesta a directivos y sostenedores, capacitación en estrategias estandarizadas, firma de compromiso de implementación estrategias), capacitación (docentes replicadores, reproducción capacitación en más docentes, entrega de materiales educativos) y seguimiento y supervisión a cargo del departamento provincial.

³ Se amplía prevención temprana de 1° a 4° básico a 40 comunas, 10 continúan con financiamiento Mineduc y las 30 restantes con aportes Conace.

⁴ Se ofrecerá set de material respecto de cómo tratar la temática de drogas con estudiantes, profesores y familias, a establecimientos municipales y subvencionados que no cuentan con estrategias estandarizadas en todo el país

⁵ Apoyo de actividades formativas complementarias (AFC) en 200 escuelas del P-900 a través de fondo concursable para potenciar la inclusión de este tema en los objetivos transversales.

3. Programa de tratamiento y rehabilitación Objetivo: ampliar cobertura de atención para personas abusadoras y dependientes de drogas. Resguardar la calidad de atención en base a criterios técnicos y normas de atención. Mejorar la focalización de la inversión de acuerdo a criterios de prevalencia y riesgo social. Tipo de establecimientos de atención: comunidades terapéuticas, COSAM, instituciones privadas (iglesia, ONGs y otros), centros de salud primario, red asistencial pública de salud mental.	3.1 Programa de tratamiento en servicios de salud y comunidades terapéuticas	MINSAL
	3.2 Fortalecimiento de la Atención Primaria	MINSAL
	3.3. Fortalecimiento de la calidad de la atención de salud	CONACE - MINSAL
	3.4. Tratamiento y rehabilitación de los consumidores de drogas en los lugares de trabajo	CONACE MINSAL TRABAJO
	3.5. Atención de consumidores de drogas en los recintos carcelarios	MINSAL - JUSTICIA
4. Programa de prevención laboral (aparece en 2001) Objetivo: promover e impulsar el establecimiento de una política y programa de prevención del consumo de drogas al interior de las organizaciones laborales	5.1. Comité de prevención laboral	CONACE
	5.2. Diseño y difusión de política de prevención en el ámbito laboral	CONACE
	5.3. Formación y capacitación de monitores en prevención	CONACE
	5.4. Modernización de la legislación laboral para apoyo a prevención del consumo de drogas	CONACE
	5.5. Alianza estratégica con instituciones administradoras de riesgos laborales	CONACE
	5.6. Sensibilización sobre importancia de política de prevención laboral	CONACE
	5.7. Proyectos de investigación sobre prevención de la drogodependencia en el medio laboral	CONACE
5. Prevención a través de la comunicación (aparece en 2001) Objetivo: contribuir a la sensibilización de poblaciones claves para la prevención en el consumo de drogas.	6.1. Pinta la prevención a tu pinta	CONACE- Mineduc – SENAME – Hogar de Cristo – Paz Ciudadana - TVN
	6.2. Seminarios de difusión orientado a formación de comunicadores y periodistas en el tema	CONACE
6. Programa de apoyo a proyectos de calidad (aparece en 2001) Objetivo: apoyar técnica y financieramente todos los proyectos de diversas instituciones y organizaciones que tengan relevancia por su calidad, cobertura, focalización o innovación en todos los ámbitos de acción de la prevención. Ambito de acción: nacional, regional y comunal	6.1. Fondo nacional de apoyo a proyectos 6.2. Fondo regional de apoyo a proyectos 6.3. Fondo comunal de apoyo a proyectos (por definir)	CONACE

Area de desarrollo regional

PROGRAMA GENERAL DE PREVENCIÓN		
PLAN ESPECIFICO	AREAS DE ACCIÓN	RESPONSABLE
1. Plan comunal de prevención Sistemas comunales de prevención (SISCOP) Objetivo: fortalecer, potenciar y articular las capacidades locales instaladas para generar políticas y estrategias participativas que aborden el fenómeno de drogas a nivel comunal. Ambito de acción: 76 comunas priorizadas por consumo de drogas y población Entidades que participan en la red social de apoyo: Municipio, SENAME, Integra, Corporación de Asistencia Judicial, ONGs, Organizaciones comunitarias, Centros de salud, Carabineros, Investigaciones, Curz Roja, Iglesias, educación, otros actores relevantes.	1.1. Asesoría técnica y financiera para la creación y fortalecimiento de Comisiones comunales de prevención del consumo de drogas	CONACE
	1.2. Formación de la red social de apoyo al trabajo comunal en prevención del consumo de drogas	SISCOP
	1.3. Elaboración de Planes Comunales para la superación de problemas asociados a las drogas	SISCOP
2. Fortalecimiento de los CONACE regionales Objetivo: fortalecer, potenciar y articular las capacidades instaladas en las regiones.	2.1. Capacitación y fortalecimiento técnico, administrativo y financiero de los CONACE regionales	CONACE
	2.2. Promoción y generación de políticas y estrategias de desarrollo regional	CONACE
	2.3. Monitoreo, seguimiento y evaluación de la gestión regional	CONACE

Area de estudios

PROGRAMA GENERAL DE PREVENCIÓN		
SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE DROGAS	AREAS DE ACCIÓN	RESPONSABLE
1. Programa de desarrollo del área de estudios sobre consumo de drogas (aparece en 2001) Objetivo: obtener información válida, confiable y repetida en el tiempo en relación a la incidencia y prevalencia, factores de riesgo y protectores asociados y otras características del consumo indebido de drogas. Ambito de acción: nacional, regional y comunal	1.1. Presentación de resultados del cuarto estudio de consumo de drogas en Chile.	CONACE
	1.2. Explotación de base de datos del 4° estudio de consumo de drogas	CONACE
	1.3. Estudio cualitativo de factores asociados al consumo y tráfico de drogas	CONACE
	1.4. Estudio en mujeres microtraficantes	CONACE
	1.5. Cuarto estudio en población escolar sobre consumo de drogas	CONACE
	1.6. Estudio de drogas en concriptos	CONACE
	1.7. Estudio de drogas en población de reclusos	CONACE
	1.8. Informe anual de la situación de drogas en Chile (se repone línea de trabajo que se discontinuó en 1997)	CONACE
	1.9. Estudio sobre programas y proyectos de prevención del consumo de drogas en Chile, 1970 a 1998.	CONACE
	1.10. Estudio diagnóstico del consumo de drogas en el ámbito laboral	CONACE
	1.11. Estudio sobre el fenómeno del tráfico de drogas en Chile	CONACE

Area de evaluación y seguimiento

PROGRAMA GENERAL DE PREVENCIÓN		
AREA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	AREAS DE ACCIÓN	RESPONSABLE
<p>Creada a mediados del 2000.</p> <p>Objetivo: instalar y administrar un sistema que tenga como sujetos de evaluación a cada programa, proyecto y acción que lleva a cabo CONACE para determinar si cada uno de ellos obtiene los productos prometidos y provoca los efectos que posibiliten el impacto esperado en los beneficiarios.</p>	<p>Acciones en ejecución:</p> <p>1.1. Evaluación de procesos y efectos del subprograma de organizaciones intermedias.</p>	CONACE
	1.2. Evaluación de resultados del subprograma de prevención con organizaciones comunitarias.	CONACE
	1.3. Estudio exploratorio del subprograma de tratamiento y rehabilitación para construir línea base.	CONACE
	1.4. Evaluación del subprograma de prevención escolar en establecimientos municipales	CONACE
	En proceso de formulación:	CONACE
	1.5. Evaluación del subprograma de prevención escolar en establecimientos subvencionados	CONACE
	1.6. Evaluación de procesos del subprograma "Ocupa tus ganas..."	CONACE
	1.7. Evaluación de procesos del programa Liceo para todos	CONACE
	1.8. Evaluación de proceso de estrategia estandarizada de prevención temprana	CONACE
	1.9. Evaluación de resultados del Servicio de Promoción Local	CONACE
	1.10. Evaluación de resultados de los SISCOP	CONACE
	1.11. Evaluación de resultados del subprograma de tratamiento y rehabilitación	CONACE

ANEXO Nº 5: ANÁLISIS DETALLADO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PROYECTOS EN EL COMPONENTE COMUNITARIO

Cuadro Nº1: Evolución proyectos comunitarios a nivel nacional

Proyectos comunitarios	1997	1998	1999
Nº proyectos	222	432	683
Monto promedio por proyecto \$	5.242.877	4.589.747	2.214.374

Nota: durante el año 2000 no se realizan proyectos comunitarios directamente sino a través de los Servicios de Promoción Local a cargo de ONGs.

Cuadro Nº2: Evolución proyectos comunitarios por regiones

Región	Nº proyectos		
	1997	1998	1999
1° región	15	29	27
2° región	19	32	17
3° región	15	26	22
4° región	13	26	42
5° región	18	39	100
6° región	13	24	14
7° región	18	22	50
8° región	19	29	70
9° región	16	19	33
10° región	17	25	27
11° región	7	10	9
12° región	5	9	7
13° región	48	142	265
Total país	223	432	683

Fuente: elaboración del panel evaluador con datos entregados por Conace

Cuadro Nº3: Proyectos comunitarios por región y montos asignados (1997 – 1999)

Región	Proyectos aprobados y financiados					
	1997	Monto \$	1998	Monto M\$	1999	Monto \$
1° región	15	84.563.000	29	233.166.260	27	59.526.210
2° región	19	81.937.750	32	184.801.310	17	37.477.000
3° región	15	76.503.623	26	177.671.171	22	48.249.605
4° región	13	70.550.400	26	178.455.000	42	93.053.062
5° región	18	92.734.425	39	276.972.000	100	235.643.576
6° región	13	68.240.375	24	173.760.000	14	31.501.240
7° región	18	73.621.207	22	139.180.000	60	111.998.732
8° región	19	81.960.795	29	258.320.000	70	162.183.020
9° región	16	71.802.500	19	146.499.410	33	71.179.954
10° región	17	70.233.470	25	141.240.000	27	59.119.758
11° región	7	39.141.250	10	70.738.000	9	20.883.547
12° región	5	35.438.000	9	71.902.500	7	15.007.637
13° región	47	317.192.000	142	1.253.687.230	265	566.591.018
Total país	222	1.163.918.795	432	3.306.392.881	683	1.512.417.359

Cuadro N° 4: Costo promedio por proyecto y beneficiario de proyectos comunitarios (1997 a 1999)

Región	Costo promedio por proyecto \$			Gasto promedio por beneficiario directo \$		
	1997	1998	1999	1997	1998	1999
1° región	5.666.667	8.034.483	2.222.222	85.000	38.833	2.000
2° región	4.315.789	5.750.000	2.176.471	19.524	18.400	3.083
3° región	5.066.667	6.846.154	2.181.818	50.667	44.500	21.818
4° región	5.461.538	6.846.154	2.214.286	s/dato ben.	s/dato ben.	s/dato ben.
5° región	5.166.667	7.102.564	2.360.000	22.143	27.700	19.667
6° región	5.230.769	7.250.000	2.214.286	s/dato ben.	s/dato ben.	s/dato ben.
7° región	4.111.111	6.318.182	2.240.000	17.619	13.900	9.333
8° región	4.315.789	8.896.552	2.314.286	21.026	172.000	2.250
9° región	4.500.000	7.684.211	2.151.515	8.000	6.952	5.462
10° región	4.117.647	5.640.000	2.185.185	s/dato ben.	s/dato ben.	s/dato ben.
11° región	5.571.429	7.100.000	2.333.333	9.750	17.750	5.250
12° región	7.000.000	8.000.000	2.142.857	29.167	12.414	12.500
13° región	6.604.167	8.830.986	2.139.623	3.078	1.761	2.241
Total país	5.163.711	7.253.791	2.221.222	8.546	4.214	3.675

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles entregados por Conace y beneficiarios según informe de gestión Conace regionales.

Se observa oscilación en costos por proyecto y reducción en gasto medio por beneficiarios en los años estudiados, entre las regiones se presenta una gran heterogeneidad en los costos unitarios por proyectos (siendo más homogéneo el comportamiento 1999) y por beneficiarios.

Cuadro N°5: Servicios de promoción local y su distribución por regiones (año 2000)

Región	N° de servicios de promoción local	Comunas	N° grupos	Monto M\$	Costo promedio por grupo M\$
1° región	2	2	24	17.800	741,7
2° región	1	3	12	8.900	741,7
3° región	1	2	18	16.045	891,4
4° región	1	4	24	21.393	891,4
5° región	2	10	63	46.564	739,1
6° región	1	3	24	18.810	783,8
7° región	1	5	24	18.810	783,8
8° región	4	9	87	66.176	760,6
9° región	2	6	33	26.452	801,6
10° región	2	5	36	27.719	770,0
11° región	1	1	6	6.000	1.000,0
12° región					
13° región	10	41	276	193.531	701,2
Total país	28	91	627	471.211	751,5

Fuente: elaboración del panel evaluador con datos entregados por Conace

Cuadro N°6: Ranking de regiones según monto asignado para financiar los Servicios de Promoción Local 2000

Región	Prevalencia año 2000	Nº grupos	Montos M\$	Costo promedio por grupo M\$
13° región	7,70%	276	196.531	712,1
8° región	4,00%	87	66.176	760,6
5° región	6,60%	63	46.564	739,1
10° región	3,70%	36	27.720	770,0
9° región	4,50%	33	26.452	801,6
4° región	4,50%	24	21.393	891,4
7° región	3,10%	24	18.810	783,8
6° región	4,20%	24	18.810	783,8
1° región	5,70%	24	17.800	741,7
3° región	3,50%	18	16.045	891,4
2° región	5,20%	12	8.910	742,5
11° región	2,20%	6	6.000	1.000,0
12° región	2,60%			
Total país	6,28%	627	471.211	751,5

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Se observa en general una asignación consistente con la prevalencia de consumidores de drogas (Estudio 1998¹), con excepción de que aparecen con una mayor asignación relativa las regiones 10ª y 7ª y con una menor asignación las regiones del norte del país. En general los costos promedio por grupo social involucrado son similares con excepción de la 11ª región.

¹ No se dispuso de la información de prevalencias de consumo último año por regiones para el Estudio Nacional de Consumo 2000.

**Cuadro N°7: Proyectos de apoyo a la calidad de asignación central y regional
(año 2000)**

Región	N° proyectos	Monto M\$	Costo promedio por proyecto M\$
Asignación central	32	287.657,537	8.989,3
Asignación regional	68	218.449,600	3.212,5
1° región	7	18.558	2.651
2° región	6	14.000	2.333
3° región	3	15.000	5.000
4° región	1	2.815	2.815
5° región	8	40.000	5.000
6° región	1	12.000	12.000
7° región	8	15.000	1.875
8° región	11	34.200	3.109
9° región	4	21.260	5.315
10° región	13	20.627	1.587
11° región	5	9.990	1.998
12° región			
13° región	1	15.000	15.000

Nota: rango proyectos de asignación central: M\$ 1.500 a 31.140
rango proyectos de asignación regional: M\$ 1.000 a 15.000

Cuadro N°8: Distribución de proyectos de apoyo a la calidad regionales

Región	Prevalencia año	N° proyectos	Montos M\$
5° región	5,30%	8	40.000
8° región	3,70%	11	34.200
9° región	2,59%	4	21.260
10° región	2,03%	13	20.627
1° región	3,99%	7	18.558
13° región	6,65%	1	15.000
3° región	3,56%	3	15.000
7° región	2,83%	8	15.000
2° región	5,70%	6	13.999
6° región	2,28%	1	12.000
11° región	1,48%	5	9.990
4° región	4,05%	1	2.814
12° región	1,23%		
Total país	5,31%	68	218.450

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Se observa una adecuada distribución según riesgo del consumo con excepción de una asignación relativa menor al riesgo para la 4ª región y Región Metropolitana es probable que los proyectos de apoyo a la calidad de asignación nacional tengan énfasis en la Región Metropolitana, pero su descripción no permite asegurar este comentario.

Cuadro N°9: Proyectos comunitarios presentados para financiamiento 2001 a partir de los servicios de promoción local

Región	Proyectos aprobados	Rango monto por proyecto M\$
1° región	19	1.450 a 1.850
2° región	6	1.686 a 1.835
3° región	13	1.272 a 1.840
4° región	24	1.570 a 1.944
5° región	40	1.711 a 2.000
6° región	24	1.533 a 2.000
7° región	16	1.643 a 1.845
8° región	67	1.660 a 2.000
9° región	30	888 a 1.996
10° región	22	1.570 a 1.864
11° región	1	1.670
12° región	0	
13° región	271	
Total país	533	888 - 2000

Fuente: entregado por Conace

Cuadro N°10: Análisis de asignación proyectos 1998 – 1999 y los criterios de priorización de comunas según prevalencia y población potencialmente afectada por consumo de drogas

Prevalencia último año 2000	Población potencialmente afectada 1998	N° Proyectos comunitarios 1999
Providencia	Puente Alto	Valparaíso
Renca	La Pintana	La Pintana
Lo Barnechea	Viña del Mar	Iquique
Huechuraba	La Florida	Temuco
Lo Espejo	Valparaíso	Arica
La Reina	Santiago	Coquimbo
La Pintana	San Bernardo	Renca
San Joaquín	Concepción	Talca
P. Aguirre Cerda	Peñalolén	San Bernardo
Independencia	Nuñoa	Concepción
Nuñoa	Renca	Peñalolén
Recoleta	Maipú	Talcahuano
Las Condes	Macul	Cerro Navia
Villa Alemana	Talcahuano	El Bosque
Valparaíso	Las Condes	Copiapó
San Miguel	Recoleta	La Serena
Peñalolén	El Bosque	Recoleta
Santiago	Providencia	
La Granja	Antofagasta	Quinta Normal
Quinta Normal	P. Aguirre Cerda	P. Aguirre Cerda
Cerrillos	Pudahuel	Puente Alto

San Bernardo	Conchalí	Conchalí
Conchalí	Est. Central	Melipilla
Est. Central	Cerro Navia	San Joaquín
Quillota	Quinta Normal	Rancagua
Macul	San Ramón	Punta Arenas
Colina	Lo Espejo	Huechuraba
Puente Alto	Copiapó	
La Florida	Iquique	Viña del Mar
Viña del Mar	San Joaquín	Quilpué
Vitacura	La Serena	Antofagasta
Iquique	Talca	Puerto Montt
Preval. promedio país	Arica	San Ramón
Lo Prado	Temuco	Quillota
El Bosque	Lo Bamechea	Pudahuel
Talagante	La Granja	Valdivia
Lota	Lo Prado	Est. Centra
Chiguayante	San Miguel	La Granja
Antofagasta	Huechuraba	Ovalle
Los Andes	Rancagua	La Cisterna
Concepción	La Reina	Lo Espejo
San Ramón	Coquimbo	Maipú
Peñaflor	Independencia	La Florida
Ovalle	Quilpué	Osorno
Pudahuel	Villa Alemana	
La Cisterna	Melipilla	Los Angeles
Padre Hurtado	Vitacura	Macul
Maipú	Puerto Montt	Independencia
Temuco	Valdivia	Lo Prado
Arica	Cerrillos	Cerrillos
Rancagua	La Cisterna	Chillán
Cerro Navia	Peñaflor	San Miguel
San Antonio	Chillán	Nuñoa
La Calera	Quillota	Santiago
Buín	Osorno	Calama
Limache	Punta Arenas	Peñaflor
Quilicura	Ovalle	La Reina
San Pedro	Calama	Lo Bamechea
Coquimbo	Los Angeles	Las Condes
Valdivia	San Antonio	Coihaique
La Serena	Coyhaique	Providencia
Puerto Montt	Curicó	Vitacura
Coronel		
Talcahuano		
Calama		
Vallenar		
Talca		
San Felipe		
Penco		
Copiapó		

Curicó		
Quilpué		
Osorno		
Rengo		
Melipilla		
Constitución		
Linares		
Punta Arenas		
Chillán		
Tomé		Nota explicativa de los colores:
Coyhaique		Adecuada asignación
Curanilahue		Insuficiente asignación
San Fernando		Sobre asignación
Angol		Baja prevalencia pero rápido crecimiento 1998 - 2000
Ancud		Alta prevalencia con NSE alto
Los Angeles		
Cauquenes		

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Del cuadro anterior se desprende que en la mayoría de las comunas la asignación de proyectos se correlaciona con el nivel de riesgo respecto de consumo de drogas, observándose que en Talca, Rancagua y Punta Arenas se asigna proporcionalmente un número superior de proyectos y en Lo Espejo, Maipú, La Florida, Macul, Estación Central, Ñuñoa, Santiago y Lo Barnechea un número inferior de proyectos de acuerdo al criterio de riesgo utilizado para este análisis. San Antonio, Curicó y Villa Alemana son relevantes dado el fuerte crecimiento de su prevalencia del consumo de drogas (dato comparativo entre Estudio Nacional de Consumo 1998 y 2000). Las comunas La Reina, Providencia, Las Condes y Vitacura, si bien presentan prevalencias elevadas no son prioritarias según nivel socioeconómico.

Cuadro N° 11: Cuadro resumen del comportamiento del Fondo Concursable en proyectos comunitarios

	1997	1998	1999
N° proyectos presentados	709	484	1150
No evaluables	709	49	247
N° proyectos elegibles	514	435	679
N° proyectos financiados	223	432	683

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Existe una gran variación en el número de proyectos presentados al concurso, reducción de un 31,7% en 1998 comparado con el año anterior y crecimiento de 37,6% de los proyectos para el año 1999 respecto de 1998. El porcentaje de proyectos elegibles del total de proyectos presentados es variable entre los años analizados: 72,5% (1997), 89,9% (1998) y 59,0% (1999). Finalmente del total de proyectos elegibles los proyectos financiados crecen desde 1997 (43%) hasta el 99% (1998) y el 101% en 1999 (de los antecedentes disponibles no queda claro porque en 1999 se financian más que los proyectos elegibles).

Cuadro N°12: Ranking de la relación porcentual entre proyectos financiados y técnicamente elegibles

1997	1998	1999
XII	III	I
IX	RM	RM
VII	IV	II
RM	II	XI
VIII	I	VII
II	XI	IX
V	VI	X
X	VII	XII
III	IX	IV
I	X	V
VI	V	VI
IV	XII	III
XI	VIII	VIII

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Si bien el análisis por región indica que la mayoría de las regiones se ordenan según prevalencia y poblaciones asociadas a un mayor consumo de drogas, se observa que para 1997 se seleccionaron más proyectos dentro de los técnicamente elegibles para las comunas XII, IX y VII y menos en las comunas V, I y IV. Para el año 1998 solamente las regiones V y VIII presentan una selección porcentual de proyectos no acorde con la gravedad del problema de consumo de drogas. Para el año 1999 la disparidad entre porcentaje de selección de proyectos dentro de los técnicamente elegibles presenta la mayor inconsistencia con una sobreselección de las regiones XI, VII, IX, X y XII y una subselección en las regiones IV, V y VIII.

Para mayor detalle en el cuadro siguiente se presenta la relación entre proyectos presentados, elegibles, financiados y montos asignados por región para los años 1997 a 1999.

Cuadro N° 13: Análisis de los proyectos comunitarios presentados, elegibles, financiados y distribución de recursos financieros (1997 - 1999)

Proyectos comunitarios	1997			1998			1999		
	% técnicamente elegible	% financiados de los elegibles	% distribución \$	% técnicamente elegible	% financiados de los elegibles	% distribución \$	% técnicamente elegible	% financiados de los elegibles	% distribución \$
I	62,9%	33,3%	6,5%	86,7%	223,1%	7,1%	48,1%	108,0%	3,9%
II	77,3%	55,9%	7,1%	87,5%	247,6%	5,6%	31,4%	106,3%	2,5%
III	63,0%	44,1%	6,6%	81,8%	444,4%	5,4%	58,5%	91,7%	3,2%
IV	34,2%	100,0%	6,1%	100,0%	275,0%	5,4%	70,5%	97,7%	6,2%
V	76,6%	30,5%	8,0%	91,3%	117,5%	8,4%	68,7%	97,1%	15,6%
VI	62,9%	63,6%	5,9%	100,0%	195,5%	5,3%	50,0%	93,3%	2,1%
VII	80,4%	40,0%	6,4%	95,7%	177,3%	4,2%	68,5%	100,0%	7,4%
VIII	79,3%	41,3%	7,1%	93,2%	97,1%	7,8%	60,2%	87,5%	10,7%
IX	90,0%	44,4%	6,2%	90,9%	156,7%	4,4%	68,8%	100,0%	4,7%
X	71,2%	45,9%	6,1%	93,3%	153,6%	4,3%	69,2%	100,0%	3,9%
XI	33,3%	100,0%	3,4%	100,0%	222,2%	2,1%	37,5%	100,0%	1,4%
XII	100,0%	62,5%	3,1%	89,3%	104,0%	2,2%	38,9%	100,0%	1,0%
RM	79,5%	36,7%	27,5%	82,8%	280,2%	37,9%	57,4%	107,3%	37,5%

Fuente: elaboración del panel de evaluación con los datos disponibles

Anexo N°6: Descripción detallada de las acciones realizadas por el Programa de Prevención Escolar Mineduc (1992 a 2000)¹

INFORME ACCIONES 1992 - 1999²:

Año	Hitos	<u>Cobertura</u>
1992	<ul style="list-style-type: none"> • Focalización a 12 regiones del país • Capacitación de Profesores • Capacitación Monitores Juveniles 	70 Profesores 2.493 Alumnos
1993	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Profesores en cada una de las regiones • Capacitación a Monitores en cada una de las regiones • Material didáctico: Mapa Biológico 	1.380 Profesores 5.067 Alumnos 1.500 ejemplares
1994	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Profesores a nivel nacional • Taller con Líderes Juveniles • Talleres con Padres • 169 Proyectos Escolares de Prevención • Producción video educativo "Escenarios de Papel" 	260 Profesores 9.302 Líderes 5.766 Padres 56.698 Alumnos 32.967 Padres 3.335 Profesores 124 copias
1995	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Profesores • Capacitación Alumnos • Capacitación a Padres • 191 Proyectos Escolares de Prevención (PEP) • Impresión manual "Vitales y Libres" para 1° y 2° E. Media • Impresión manual "Los Padres Amigos de sus Hijos" • Folletos destinados a "Orientación Familiar", compuesto de 11 fascículos distribuidos a través de un diario nacional. 	1.350 Profesores 21.326 Alumnos 17.670 38.400 Alumnos 4.000 ejemplares 1.500 ejemplares 187.000 folletos
1996	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Profesores • Capacitación a Alumnos • Capacitación a Padres • Elaboración video para E. Media "El Encierro" • 766 Proyectos Escolares de Prevención • Realización de una evaluación sicosocial de la Línea Proyectos Escolares de Prevención 	1.576 Profesores 30.554 Alumnos 33.753 Alumnos 3.000 ejemplares 41.403 Alumnos 14.139 Padres 5.674 Profesores 11 Coord. Regionales 44Superv. Provinciales 51 Coord. Comunales
1997	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Profesores • Capacitación a Alumnos • 637 Proyectos Escolares de Prevención • Elaboración manual "Para Ser y Crecer" • Realización de la 2ª Encuesta Nacional del Consumo de Drogas y Factores Asociados (DUSI) (Con aporte CONACE, 	1.493 Profesores 37.996 Alumnos 102.250 Alumnos 34.050 padres 5.075 Profesores 1.500 set, 10.000 croqueras para estudiantes 37.000 alumnos de 8° a 4° E. Media

¹ Toda la información contenida en este anexo fue entregada por Mineduc.

² Se encuentran con negrita las acciones financiadas por CONACE. El resto está financiado por Mineduc.

	<p>Minsal y Paz Ciudadana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicio del proceso de evaluación del Programa y especialmente de los Proyectos Escolares de Prevención • Elaboración CD Room de prevención "Misión Vital" para 7° a 2° E. Media • Elaboración de Guías de Aprendizaje para Primer Ciclo Básico en Prevención de Drogas 	<p>32 establecimientos de la V, VII, VIII y R.M</p> <p>2.500 establecimientos municipalizados y subvencionados con Red Enlaces</p> <p>3.000 Guías</p>
1998	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación a Profesores • Capacitación Alumnos • Talleres con Padres • Fondo Nacional Concursable de Proyectos Mineduc - Conace • Realización de la IIª fase del Programa • Realización de un estudio cualitativo sobre criterios de intervención frente a consumidores 	<p>40.081 Alumnos</p> <p>3.545 padres</p> <p>135.952 Alumnos</p> <p>8.518 Profesionales</p> <p>120.951 Padres</p> <p>20 establecimientos de 04 regiones: V, VII, VIII, RM.</p> <p>30 establecimientos de 2º ciclo básico de E. Básica y E. Media. Regiones: IV, VI, X, RM.</p>
1999	<ul style="list-style-type: none"> • Reproducción 2.000 guías y 2.000 videos "Viaje al corazón" de E. Básica • Manual Prevención del Consumo de Tabaco y Alcohol "Pasarlo Bien" • Reedición manual "Para Ser y Crecer" 7° y 8° de E. Básica. • Elaboración manual "Cable a Tierra", 3° y 4° año de Enseñanza Media. • Elaboración Manual para Docente "Sin Enredos", 3° y 4° de Enseñanza Media. • Reedición manual para trabajo con padres, madres y apoderados "En contacto". Enseñanza Básica. • Elaboración manual para 1° y 2° de Enseñanza Media "Vitales y Libres". • Diseño y elaboración de propuesta de intervención en prevención temprana "Marori y Tutibú" para 1° ciclo de Enseñanza Básica. • Realización de la 3ª Encuesta Nacional del Consumo de Drogas y Factores Asociados (DUSI). Primer Estudio Comunal. (con aporte de CONACE y Minsal) • Realización de siete cursos de capacitación a docentes a nivel nacional. "Prevención Escolar" • Inicio de Pos Título para encargados regionales, provinciales y profesionales Departamentos Municipales de Educación. • Realización "2a. Etapa Estudio de Capacidad Preventiva en Establecimientos Educativos MINEDUC - U. de CHILE. • Celebración a nivel nacional "Día Internacional de la Prevención del Consumo de Drogas" • Aplicación de 5 Subprogramas en prevención del consumo de drogas. 	<p>1800 Establecimientos Educativos</p> <p>20.000 ejemplares</p> <p>3.000 ejemplares</p> <p>1.000 ejemplares</p> <p>1.000 ejemplares</p> <p>1.000 ejemplares</p> <p>2.000 ejemplares</p> <p>2.000 ejemplares</p> <p>37.000 alumnos de 8° a 4° de Enseñanza Media</p> <p>350 docentes capacitados</p> <p>50 profesionales Mineduc y DAEM</p> <p>4 regiones del país</p> <p>Evento Nacional</p> <p>Nacional</p>

Líneas de acción 2000

Línea de Acción	Acción	Meta Anual	Destinatarios	Plazo
1. Capacitación	Continuación Curso de Especialización de Prevención del Consumo de Drogas en el Contexto Escolar (Universidad Católica) CONACE	8 coordinadores regionales 2 coordinadores extraescolar 25 Deprov 9 DAEM = 45 personas	Coordinadores Regionales Deprov DAEM	Enero – Julio
	Jornadas Comunales de Directores de incorporación de la prevención en el Proyecto Educativo Institucional (PEI) MINEDUC	9 comunas del país (Calama, Tocopilla, Caldera, Villa Alemana, San Fernando, Constitución, Angol, Osorno)	Directores, Jefes de UTP, Sostenedores	Agosto
	Capacitación a beneficiarios de Fondo particular subvencionados CONACE	Establecimientos Particular Subvencionados de 45 comunas del país	Profesores responsables de las actividades preventivas	Abril
2. Material Educativo	Edición y reproducción de cassette ganadores concurso "Dile No por la Radio". MINEDUC	2.000 ejemplares grabados y distribuidos en las regiones	Unidades Educativas con proyectos de radio Radios, Semana de la Prevención	Julio
	Línea Editorial "Prevenir es Posible" I Parte Prevención Escolar Mineduc	500 ejemplares impresos y distribuidos	Establecimientos Educativos focalizados	Abril
	Reelaboración y reimpresión "Sin Enredos" y "Vitales y Libres" CONACE	Material Distribuido en las regiones	Establecimientos Educativos Focalizados	Agosto
	Rediseño e impresión Marori y Tutibú MINEDUC	10 comunas focalizadas	Establecimientos Educativos Focalizados	Diciembre

Descripción de estrategias estandarizadas del programa de prevención del consumo de drogas, y materiales educativos Mineduc

ESTRATEGIA ESTANDARIZADA	NIVEL EDUCACIONAL	EDAD	OBJETIVO	CONTENIDOS CENTRALES	EJES PREVENTIVOS	MATERIALES
Marori y Tullibú	1° a 4° año Enseñanza Básica	6 – 9 años	Desarrollar experiencia Preventiva centrada en el fortalecimiento de factores protectores para alumnos de NB1 y NB2.	<ul style="list-style-type: none"> - Yo conozco a... - Yo crezco junto a... - Yo construyo con... - Yo sueño con... 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad • Integralidad del Ser • Afectividad • Autocuidado • Extensión de sí mismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía para el docente • 4 Cartillas para los alumnos (1°, 2°, 3° y 4°)
Pasarlo Bien	5° a 8° año Enseñanza Básica	10 – 13 años	Entregar a los alumnos(as) una serie de habilidades para enfrentar de modo constructivo y autónomo las situaciones de riesgo de consumo de alcohol a las que se ven o verán enfrentados(as)	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre el alcohol - Expresión de sentimientos - Adolescencia - Toma de decisiones y - Desarrollo del Juicio Crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Información • Expresión de sentimientos • Autoimagen positiva • Toma de decisión • Juicio crítico 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual para el profesor jefe para trabajar con los alumnos/as y con sus apoderados • Un cuaderno personal del alumno
Para Ser y Crecer	5° a 8° año Enseñanza Básica	10 – 13 años	Desarrollar habilidades sociales y de desarrollo personal a través de una propuesta temática y de prevención del consumo de alcohol y drogas.	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de sí mismo - Familia - Grupo de semejantes - La Escuela 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Familia • Asertividad • La escuela como factor protector 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 Cartillas para el docente • 1 adhesivo para cada alumno
Vitales y Libres	1° y 2° año Enseñanza Media	14 – 15 años	Desarrollar experiencias preventivas de consumo en el marco de la identidad, la cultura y el protagonismo juvenil	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de Implementación - Identidad y cultura juvenil - Protagonismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad • Pluralismo y diversidad cultural • Participación y protagonismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual para el profesor "Vitales y Libres"
Cable a Tierra	3° y 4° año Enseñanza Media	16 – 17 años	Desarrollar habilidades en torno a la formulación de un proyecto de vida que permita asumir una actitud crítica frente al consumo de drogas.	<ul style="list-style-type: none"> - Construyendo nuestra identidad - Conversando sobre drogas y alcohol - El liceo: un espacio de crecimiento - Mi proyecto se construye con otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Locos de control interno • Percepción del daño • Juicio crítico • Asertividad con los pares 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual para el docente • Material de autoaprendizaje para alumnos y alumnas

Sin Enredos	Enseñanza Media	14 – 17 años	Potenciar la intervención de los actores de Educación y Salud en la detección, derivación, tratamiento y permanencia en el sistema escolar de alumnos y alumnas consumidoras/es de alcohol y otras drogas de Enseñanza Media	<ul style="list-style-type: none"> - La Adolescencia tiempo de cambios - Nociones básicas sobre alcohol y otras drogas - La familia y la Escuela trabajan juntas - Modelos operativos de Acogida - Modelo Operativo de Trabajo en Red: Educación y Salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo y acogida de alumnos/as consumidores de drogas • Habilidades de detección, derivación y seguimiento • Mantenimiento de alumnos en el sistema evitando su deserción / expulsión 	<ul style="list-style-type: none"> • Un manual para el docente
-------------	-----------------	--------------	--	---	---	---

Descripción detallada de las acciones de evaluación al programa de prevención escolar

Los siguientes son todos los estudios, evaluaciones y seguimientos realizados en estos años, que se han sistematizado³.

Solamente los ítems en negrita dan cuenta de la eficacia de algunas acciones del programa. El resto son estudios que permiten diagnosticar la realidad del consumo, chequear qué pasa con las redes, sin haber intencionado antes alguna acción (por ejemplo, en el estudio de la red educación salud), o estudiar qué nuevas intervenciones se pueden desarrollar a partir de la revisión de la experiencia. Para fines descriptivos solamente se detallan los estudios que dan cuenta de resultados de los proyectos en términos de eficacia.

Cuadro N° 1: Resumen de estudios de evaluación realizados por Mineduc (1997 – 2000)

1997
1. Estudio Nacional del Consumo de Alcohol, Tabaco y Drogas en la Población Escolar de Chile. U. de Chile
2. Gobiernos comunales y prevención del consumo de drogas. U. de Chile
3. Capacidad y competencia preventiva. U. de Chile
4. Red educación-salud. U. de Chile
1998
1. Sistematización "Ser y Crecer". Acción Educativa
1999
1. Estudio del Consumo de Drogas en Población Escolar de Chile, a Nivel Comunal. U. de Chile
2. Evaluaciones capacitaciones a comunas, por asesores técnicos. Equipo Drogas
2000
1. Evaluación de 4 estrategias estandarizadas (5° Básico a 4° Medio). U. Diego Portales
2. Investigación/acción Jornadas de conversación sobre temas transversales. Departamento Extraescolar y Programas Formativos Complementarios
3. Seguimiento de implementación de estrategias estandarizadas. Equipo Drogas

Descripción resumida de contenidos de los estudios:

1. Sistematización Ser y Crecer (1998)

Se desarrolló el programa Ser y Crecer y se implementó en alumnos de 7° y 8° básico de seis regiones del país. Era necesario sistematizar el programa con relación al éxito de sus fases de creación, capacitación de docentes e implementación, su recepción y percepción de pertinencia por parte de los actores involucrados.

Para ello, se crean distintas instancias evaluativas y de diagnóstico participativo en las fases de creación e implementación, que son sistematizadas en este informe.

Las principales conclusiones son: existe pertinencia de los contenidos; la metodología es adecuada y desafiante para los docentes, en tanto se sienten copartícipes de la construcción de aprendizaje de los alumnos y se vinculan de otra manera con ellos. Ello es en sí un factor protector. Es importante que las producciones de los alumnos sean efectivamente socializadas en las escuelas, lo que significa un reconocimiento social a éstas. Desde el punto de vista de los actores y en el ámbito cualitativo, el programa fortalece los factores protectores inespecíficos que se han

³ Se han pedido informes para seguimientos regularmente, la mayoría de ellos se ha recibido y no sistematizado.

intensionado y que se desarrollan en las siguientes áreas temáticas: autoestima, autoconocimiento, comunicación, resolución positiva de conflictos, expresión de sentimientos y emociones, sentido de pertenencia familiar, rendimiento escolar, proyecto de vida, autodisciplina, liderazgo, influencia del grupo.

2. Evaluaciones capacitaciones a comunas, por asesores técnicos (1999)

Se contrataron asesores técnicos externos que capacitaron a docentes de las 55 comunas focalizadas por el Fondo CONACE-Mineduc '99-00. Se les pidió evaluar el proceso de capacitación que cada uno llevó a cabo y sistematizar la información recolectada de los profesores en dicho proceso. Los criterios fueron amplios: debían describir el proceso, principales fortalezas, dificultades y desafíos detectados, listados de participantes, sistematización de evaluaciones escritas de los docentes luego de la capacitación.

Se recibió el 100% de los informes de los asesores técnicos, sin embargo no se realizó un informe que sintetizara sus evaluaciones, por falta de recursos humanos en el Programa y alta demanda de actividades. Dichos informes tienen grandes diferencias con relación a profundidad de análisis.

Las principales conclusiones y aprendizajes son: desarrollar formato tipo para homogeneizar la recolección de la información (Programa); necesidad de hacer un seguimiento más estrecho de las acciones de los asesores técnicos, que nos permita asegurar homogeneidad en las capacitaciones. A raíz de estas percepciones, el año pasado el Programa desarrolló módulos de capacitación estandarizados para capacitar en las estrategias estandarizadas y elaboró un material de apoyo a la capacitación y al docente que implementará las estrategias en su comunidad educativa. Asimismo, se detectó la necesidad de desarrollar una estrategia de sensibilización a directivos, previa a la capacitación de docentes, de manera que éstos obtuviesen el respaldo institucional requerido y la decisión de participar en los programas efectivamente, antes de asistir a las capacitaciones.

3. Evaluación de 4 estrategias estandarizadas (5° Básico a 4° Medio) (2000)

Esta evaluación fue realizada por la Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales. El diseño metodológico es complejo, e incluye aspectos cuantitativos y cualitativos, y a todos los actores involucrados en el proceso de implementación de las estrategias estandarizadas. Se realizaron entrevistas con profundidad, grupos focales y aplicación de cuestionarios.

Los principales resultados son: si bien los aspectos técnicos de las estrategias son bien evaluados en general, existen problemas de gestión (bajada de material a las escuelas, brevedad de las capacitaciones), que dificultan su implementación.

4. Seguimiento de implementación de estrategias estandarizadas (2000)

En septiembre se envió una encuesta a los encargados regionales de drogas, con el fin de recopilar información sobre el estado de avance de la implementación de las estrategias estandarizadas en las escuelas. La encuesta fue desarrollada por el equipo técnico y arrojó los siguientes datos más importantes, a octubre del 2000:

1. El 58% de los encargados señalaron que la implementación de las estrategias abarcaba entre el 100 y 90% de la matrícula de las comunas. El 9% indicó que ésta se había implementado en el 20 y 40% del total de matrícula.
2. El 72% señala que entre el 67 y el 100% de las escuelas estaban implementando las estrategias efectivamente; el 5% señala que entre el 0 y el 33% de las escuelas estaba implementando las estrategias. Los porcentajes de entrega efectiva de material a las escuelas siguen una distribución similar a la recién señalada. Por último, en relación con el SISCOP, el 64% dice tener buena relación con SISCOP, 12% muy buena; 9% regular y mala y en el 15% de los casos no existe.

ANEXO N° 7: Planes de atención en tratamiento y rehabilitación en consumo de drogas¹

Niveles de complejidad del tratamiento

1. Nivel I: Diagnóstico, primera respuesta y derivación

Corresponde a la atención de la puerta de entrada al sistema (consultorio de atención primaria y servicios de urgencia). Evaluación del paciente y decisión de plan de acción:

- Consumidor experimental sin factores de riesgo: se resuelve en este nivel de atención y no entra a programa de tratamiento.
- Consumidor experimental con factores de riesgo: derivado a servicio de salud mental si se requiere, no entra a programa de tratamiento por drogas.
- Abusador o consumidor perjudicial de drogas, es derivado al programa de tratamiento de drogas y pasa a un nivel de mayor complejidad.
- Dependiente de drogas, tiene igual plan que el anterior.

Este nivel implica actividades de acogida, intervención grupal, entrevista a familiares y evaluación clínica médica.

2. Nivel II: Moderada contención y mediana complejidad

Considera la atención de personas con abuso o dependencia y compromiso biopsicosocial moderado. Es un programa de atención ambulatorio, 3 veces por semana, con intervenciones individuales, grupales, familiares por un período aproximado de 6 meses. Incluye evaluación clínica, desintoxicación, motivación y tratamiento para dejar el consumo de drogas, prevención de recaídas, reinserción social, escolar y/o laboral.

3. Nivel III: Alta complejidad y alta contención

Para personas derivadas de los niveles I y II o que han finalizado atención del nivel IV. Son abusadores y dependientes con compromiso biopsicosocial moderado y severo. Las modalidades de atención son:

- Ambulatoria: 6 horas diarias de actividades por un período de 12 meses, todos los días de la semana (sin fines de semanas y festivos). Se trabaja en forma individual, grupal y familiar con atención médica de especialistas y apoyo sicosocial, además de terapia ocupacional.
- Residencial: similar al tratamiento anterior pero en modalidad de internación durante toda la semana por un período de un año.

4. Nivel IV: alta especialidad, alta contención y alta complejidad

Se diferencian dos modalidades de atención:

- Unidad de desintoxicación: para abusadores y dependientes con compromiso biopsicosocial severo, que hayan fracasado en los niveles de atención previos o

[†] Información entregada por Minsal.

que requieran desintoxicación intrahospitalaria. Atención por un máximo de 15 días y después se deriva al nivel III y otro nivel dependiendo del diagnóstico.

- Unidad de patología dual: personas abusadoras o dependientes con patología psiquiátrica grave, derivados de otros niveles de atención. Atención intrahospitalaria por 45 días para compensación psiquiátrica, desintoxicación y preparación para entrar en plan de tratamiento en el nivel III.

Cada nivel tienen elaborado un plan terapéutico y se está en proceso de valoración de cada uno de sus componentes, contemplando intervenciones basadas en evidencia y de alta calidad.

ANEXO N° 8: Desagregación de la producción de servicios del componente de tratamiento y rehabilitación en el consumo de drogas

Cuadro N° 1: Distribución cupos, montos y centros de atención 1999

Subprograma Tratamiento CONACE	1999		Monto M\$ año	N° de centros
	Ambulatorio	Residencial		
1° región	5	9	26.252,5	4
2° región	5	4	14.390,0	2
3° región		14	20.682,5	2
4° región	16	1	18.052,5	5
5° región	23	7	39.147,5	8
6° región	2	3	9.077,5	3
7° región	10		9.800,0	4
8° región	18	6	27.130,0	6
9° región		4	9.490,0	2
10° región	7		6.860,0	2
11° región				
12° región	4	2	8.665,0	2
13° región	107	32	226.632,5	68
Total país	197	82	416.180,0	108

Cuadro N° 2: Distribución cupos, montos y centros de atención 2000

Subprograma Tratamiento CONACE	2000		Monto M\$ año	N° de centros
	Ambulatorio	Residencial		
1° región	14	6	27.955,0	7
2° región	5	4	14.390,0	2
3° región	13	6	26.975,0	3
4° región	16	1	18.052,5	5
5° región	40	22	45.697,5	7
6° región	2	3	9.077,5	3
7° región	10		9.800,0	4
8° región	26	7	42.087,5	6
9° región		4	9.490,0	2
10° región	7		6.860,0	2
11° región				
12° región	4	2	8.665,0	2
13° región	285	90	244.737,5	53
Total país	422	145	463.787,5	96

Cuadro Nº 3: Variación programa tratamiento y rehabilitación entre 1999 y 2000

Subprograma Tratamiento CONACE	Variación 1999 - 2000			
	Ambulatorio	Residencial	Monto M\$	Nº centros
1° región	9	-3	1.702,5	3
2° región	0	0	-	0
3° región	13	-8	6.292,5	1
4° región	0	0	-	0
5° región	17	15	6.550,0	-1
6° región	0	0	-	0
7° región	0	0	-	0
8° región	8	1	14.957,5	0
9° región	0	0	-	0
10° región	0	0	-	0
11° región	0	0	-	0
12° región	0	0	-	0
13° región	178	58	18.105,0	-15
Total país	225	63	47.607,5	-12

Cuadro Nº 4: Distribución de atenciones por consumo de drogas y alcohol por regiones (fuente Minsal)

Regiones	Atención alcohol y drogas		Atención drogas (1)	% pacientes atendidos por drogas
	1998	1999	1999	
1° región	992	1.119	838	74,9%
2° región	884	95	95	100,0%
3° región	174	440	192	43,6%
4° región	97	243	243	100,0%
5° región	5.890	6.004	4.641	77,3%
6° región	912	1.854	1.325	71,5%
7° región	849	2.289	1.179	51,5%
8° región	3.436	6.931	1.823	26,3%
9° región	611	1.658	198	11,9%
10° región	1.653	2.343	140	6,0%
11° región	420	212	s/atención	
12° región	662	595	s/atención	
13° región	11.383	19.827	4.871	24,6%
Total país	27.963	43.610	10.539	24,2%

Nota: (1) En los Servicios de Salud que no entregan datos de cobertura se estima: Antofagasta (todos por ser de Comunidad Terapéutica), Valparaíso (idem Viña del Mar 30%), Ñuble (idem los otros servicios de la región 26%), Metropolitano Norte y Central (idem resto R. Metropolitana). Los Servicios de Salud de Aconcagua, Concepción, Bío-Bío, Talcahuano, Arauco, Araucanía Norte y Metropolitano Sur que no entregan cobertura diferenciada se estima 30% de las atenciones realizadas a drogas, en Arica que se le asigna 74% a drogas por incidencia del problema (idem Iquique). Se excluyen las evaluaciones médico-legal por no constituir tratamientos.

Cuadro N° 5: Análisis de pacientes atendidos por regiones Minsal y Conace 1999 (fuente Conace y Minsal)

Regiones	Atención drogas	Subprograma Tratamiento CONACE cupos 1999		N° pacientes posibles de atender por año	% participación CONACE en atención por drogas
		Ambulatorio	Residencial		
1° región	838	5	9	38	4,5%
2° región	95	5	4	28	29,5%
3° región	192	9	5	46	24,0%
4° región	243	16	3	70	28,8%
5° región	4.641	23	7	106	2,3%
6° región	1.325	2	3	14	1,1%
7° región	1.179	10		40	3,4%
8° región	1.823	18	6	84	4,6%
9° región	198		4	8	4,0%
10° región	140	7		28	20,0%
11° región	s/atención			0	
12° región	s/ información	4	2	20	
13° región	4.871	130	43	606	12,4%
Total país	10.539	229	86	1.088	10,32%

Nota: se estima una capacidad de atender 4 pacientes por año en cupos ambulatorios y dos pacientes por año en cupo residencial.

Cuadro N° 6: Análisis de pacientes atendidos por regiones Minsal y Conace 2000 (fuente Conace y Minsal)

Subprograma Tratamiento CONACE	2000			Distribución del total cupos	Estimación población atendida por droga(1)	% atenciones realizadas con cupos Conace
	Ambulatorio	Residencial	Total pacientes			
1° región	14	6	68	3,4%	180	37,9%
2° región	5	4	28	1,4%	205	13,7%
3° región	13	6	64	3,2%	64	100,0%
4° región	16	1	66	3,3%	66	100,0%
5° región	40	22	204	10,3%	1.090	18,7%
6° región	2	3	14	0,7%	329	4,3%
7° región	10		40	2,0%	54	74,7%
8° región	26	7	118	6,0%	686	17,2%
9° región		4	8	0,4%	345	2,3%
10° región	7		28	1,4%	489	5,7%
11° región			-	0,0%	105	0,0%
12° región	4	2	20	1,0%	20	100,0%
13° región	285	90	1.320	66,7%	3.442	38,4%
Total país	422	145	1.978	100,0%	7.074	

Nota: (1) se estima que el 24% de los pacientes atendidos por alcohol y drogas en los Servicios de Salud corresponde a atención por drogas.

ANEXO N° 9: TENDENCIA DEL CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS POR COMUNAS

Cuadro N° 1: Tendencia de consumo por comunas según prevalencia y población estimada afectada (1998 y 2000)

	1998			2000		
	Población Ajustada 12-64 años	Prevalencia año	Población estimada	Población Ajustada 12-64 años	Prevalencia año	Población estimada
Arica	131.966	3,81	5.028	131.838	5,01	6.605
Iquique	126.809	4,17	5.288	129.022	6,37	8.219
Antofagasta	179.843	4,02	7.230	179.121	3,8	6.807
Calama	95.300	1,09	1.039	96.630	6,03	5.827
Copiapó	83.716	6,37	5.333	85.232	3,46	2.949
Vallenar				31.962	3,78	1.208
Coquimbo	94.569	3,37	3.187	97.595	4,21	4.109
La Serena	90.708	5,6	5.080	91.772	4,52	4.148
Ovalle	45.256	2,34	1.059	45.614	5,29	2.413
Los Andes				39.075	5,99	2.341
San Felipe				39.130	3,6	1.409
Quillota	43.182	3,30	1.425	43.516	7,45	3.242
Calera				33.944	4,82	1.636
Limache				24.392	4,74	1.156
Valparaíso	210.265	6,71	14.109	205.493	8,7	17.878
Viña del Mar	237.569	6,5	15.442	222.483	6,78	15.084
Quilpué	81.246	3,14	2.551	83.233	3,19	2.655
Villa Alemana	57.316	4,19	2.402	59.440	8,76	5.207
San Antonio	58.318	0,85	496	58.845	4,85	2.854
Rancagua	147.948	2,28	3.373	151.107	4,89	7.389
Rengo				24.805	3,07	762
San Fernando				34.914	1,85	646
Curicó	64.707	0,63	408	65.808	3,36	2.211
Talca	128.704	3,94	5.071	129.328	3,64	4.708
Constitución				27.262	2,91	793
Linares				47.300	2,86	1.353
Cauquenes				20.833	0,24	50
Chillán	116.227	1,25	1.453	109.712	2,25	2.469
Concepción	269.415	4,84	13.040	153.464	0,82	1.258
Talcahuano	200.179	4,54	9.088	201.342	5,97	12.020
Los Angeles	78.759	1,24	977	81.451	4,12	3.356
Chiguayante				45.669	6,07	2.772
San Pedro				70.058	4,62	3.237
Lota				36.023	6,08	2.190
Coronel				64.068	4,17	2.672
Penco				32.408	3,5	1.134
Tomé				31.602	2,25	711
Curanilahue				25.225	1,88	474
Temuco	187.735	2,59	4.862	171.148	1,56	2.670
Angol				32.745	5,09	1.667
Valdivia	90.656	2,38	2.158	90.646	4,31	3.907

Osorno	91.608	1,29	1.182	92.629	3,12	2.890
Puerto Montt	98.416	2,4	2.362	98.849	4,17	4.122
Ancud				21.768	0,95	207
Coihaique	29.347	1,48	434	28.899	2,21	639
Punta Arenas	89.367	1,23	1.099	87.621	2,60	2.278
Resto del país	3.129.131	3,68	115.173	3.675.021	4,47	164.329
Buín				14.454	4,8	694
Cerrillos	55.805	3,84	2.143	55.649	7,86	4.374
Cerro Navia	117.331	4,97	5.831	119.809	4,88	5.847
Colina				44.262	7,27	3.218
Conchalí	106.097	6,21	6.589	105.277	7,78	8.191
El bosque	132.650	6,05	8.025	135.905	6,2	8.426
Est. Central	98.136	6,18	6.065	94.956	7,66	7.274
Huechuraba	46.073	8,22	3.787	46.581	10,29	4.793
Independencia	52.125	5,55	2.893	49.648	9,44	4.687
La Cisterna	66.521	3,05	2.029	65.431	5,27	3.448
La Florida	292.720	5,09	14.899	308.058	7,06	21.749
La Granja	102.877	4,11	4.228	106.367	8,22	8.743
La Pintana	160.524	10,04	16.117	168.019	9,95	16.718
La Reina	72.555	4,40	3.192	73.832	10,02	7.398
Las Condes	166.195	5,33	8.858	168.014	8,8	14.785
Lo Barnechea	45.035	10,2	4.594	46.987	10,85	5.098
Lo Espejo	80.164	7,00	5.611	79.503	10,28	8.173
Lo Prado	83.760	4,95	4.146	84.910	6,26	5.315
Macul	90.019	11,37	10.235	90.532	7,35	6.654
Maipú	241.288	4,52	10.906	256.804	5,14	13.200
Melipilla	41.668	5,68	2.367	100.284	2,96	2.968
Nuñoa	123.486	8,98	11.089	121.967	9,31	11.355
Padre Hurtado				17.052	5,18	883
P. Aguirre Cerda	82.305	8,07	6.642	106.459	9,74	10.369
Peñaflor	36.795	5,34	1.965	31.477	5,4	1.700
Peñalolen	146.724	7,56	11.092	151.225	8,43	12.748
Providencia	79.845	9,57	7.641	74.686	12,56	9.381
Pudahuel	112.491	5,86	6.592	117.412	5,27	6.188
Puente Alto	265.228	6,28	16.656	288.987	7,24	20.923
Quilicura				38.700	4,74	1.834
Quinta Normal	76.085	7,59	5.775	74.187	8,13	6.031
Recoleta	117.222	7,05	8.264	115.975	8,91	10.333
Renca	106.193	10,32	10.959	110.071	10,96	12.064
San Bernardo	165.834	8,25	13.681	174.658	7,79	13.606
San Joaquín	75.280	6,81	5.127	72.589	9,88	7.172
San Ramón	72.603	7,74	5.619	54.892	5,71	3.134
San Miguel	58.326	6,64	3.873	72.848	8,55	6.229
Santiago	178.391	7,68	13.700	166.070	8,37	13.900
Talagante				36.613	6,1	2.233
Vitacura	63.245	3,74	2.365	63.734	6,58	4.194
R. Metropolitana	3.811.596	6,65	253.558	4.104.884	7,70	316.030
TOTAL	6.940.727	5,31	369.770	7.779.905	6,28	480.359

Cuadro N° 2: Análisis comparado de prevalencias de consumo último año

Comuna	1998	2000	Variación porcentual absoluta	Variación porcentual relativa
Providencia	9,57	12,56	2,99	31,2%
Renca	10,32	10,96	0,64	6,2%
Lo Barnechea	10,2	10,85	0,65	6,4%
Huechuraba	8,22	10,29	2,07	25,2%
Lo Espejo	7,00	10,28	3,28	46,9%
La Reina	4,40	10,02	5,62	127,7%
La Pintana	10,04	9,95	-0,09	-0,9%
San Joaquín	6,81	9,88	3,07	45,1%
P. Aguirre Cerda	8,07	9,74	1,67	20,7%
Independencia	5,55	9,44	3,89	70,1%
Nuñoa	8,98	9,31	0,33	3,7%
Recoleta	7,05	8,91	1,86	26,4%
Las Condes	5,33	8,8	3,47	65,1%
Villa Alemana	4,19	8,76	4,57	109,1%
Valparaíso	6,71	8,7	1,99	29,7%
San Miguel	6,64	8,55	1,91	28,8%
Peñalolén	7,56	8,43	0,87	11,5%
Santiago	7,68	8,37	0,69	9,0%
La Granja	4,11	8,22	4,11	100,0%
Quinta Normal	7,59	8,13	0,54	7,1%
Cerrillos	3,84	7,86	4,02	104,7%
San Bernardo	8,25	7,79	-0,46	-5,6%
Conchalí	6,21	7,78	1,57	25,3%
Est. Central	6,18	7,66	1,48	23,9%
Quillota	3,3	7,45	4,15	125,8%
Macul	11,37	7,35	-4,02	-35,4%
Colina	-	7,27		
Puente Alto	6,28	7,24	0,96	15,3%
La Florida	5,09	7,06	1,97	38,7%
Viña del Mar	6,5	6,78	0,28	4,3%
Vitacura	3,74	6,58	2,84	75,9%
Iquique	4,17	6,37	2,2	52,8%
Promedio país	5,31	6,28	0,97	18,3%
Lo Prado	4,95	6,26	1,31	26,5%
El Bosque	6,05	6,2	0,15	2,5%
Talagante	-	6,1		
Lota	-	6,08		
Chiguayante	-	6,07		
Antofagasta	4,02	6,03	2,01	50,0%
Los Andes	-	5,99		
Concepción	4,84	5,97	1,13	23,3%
San Ramón	7,74	5,71	-2,03	-26,2%
Peñaflor	5,34	5,4	0,06	1,1%
Ovalle	2,34	5,29	2,95	126,1%

La Cisterna	3,05	5,27	2,22	72,8%
Pudahuel	5,86	5,27	-0,59	-10,1%
Padre Hurtado	-	5,18		
Maipú	4,52	5,14	0,62	13,7%
Temuco	2,59	5,09	2,5	96,5%
Arica	3,81	5,01	1,2	31,5%
Rancagua	2,28	4,89	2,61	114,5%
Cerro Navia	4,97	4,88	-0,09	-1,8%
San Antonio	0,85	4,85	4	470,6%
La Calera	-	4,82		
Buín	-	4,8		
Limache	-	4,74		
Quilicura	-	4,74		
San Pedro	-	4,62		
Coquimbo	3,37	4,52	1,15	34,1%
Valdivia	2,38	4,31	1,93	81,1%
La Serena	5,6	4,21	-1,39	-24,8%
Coronel	-	4,17		
Puerto Montt	2,4	4,17	1,77	73,8%
Talcahuano	4,54	4,12	-0,42	-9,3%
Calama	1,09	3,8	2,71	248,6%
Vallenar	-	3,78		
Talca	3,94	3,64	-0,3	-7,6%
San Felipe	-	3,6		
Penco	-	3,5		
Copiapó	6,37	3,46	-2,91	-45,7%
Curicó	0,63	3,36	2,73	433,3%
Quilpué	3,14	3,19	0,05	1,6%
Osorno	1,29	3,12	1,83	141,9%
Rengo	-	3,07		
Melipilla	5,68	2,96	-2,72	-47,9%
Constitución	-	2,91		
Linares	-	2,86		
Punta Arenas	1,23	2,6	1,37	111,4%
Chillán	1,25	2,25	1	80,0%
Tomé	-	2,25		
Coyhaique	1,48	2,21	0,73	49,3%
Curanilahue	-	1,88		
San Fernando	-	1,85		
Angol	-	1,56		
Ancud	-	0,95		
Los Angeles	1,24	0,82	-0,42	-33,9%
Cauquenes	-	0,24		

Cuadro N°3: Ranking del 40% de las comunas según prevalencia y población potencialmente afectada (Estudio Nacional de Consumo 2000)

Ranking según prevalencia	Ranking según población
Providencia	La Florida
Renca	Puente Alto
Lo Barnechea	Valparaíso
Huechuraba	La Pintana
Lo Espejo	Viña del Mar
La Reina	Las Condes
La Pintana	Santiago
San Joaquín	San Bernardo
P. Aguirre Cerda	Maipú
Independencia	Peñalolén
Nuñoa	Renca
Recoleta	Talcahuano
Las Condes	Nuñoa
Villa Alemana	P. Aguirre Cerda
Valparaíso	Recoleta
San Miguel	Providencia
Peñalolén	La Granja
Santiago	El Bosque
La Granja	Iquique
Quinta Normal	Conchalí
Cerrillos	Lo Espejo
San Bernardo	La Reina
Conchalí	Rancagua
Est. Central	Est. Central
Quillota	San Joaquín
Macul	Antofagasta
Colina	Macul
Puente Alto	Arica
La Florida	San Miguel
Viña del Mar	Pudahuel
Vitacura	Quinta Normal
Iquique	Cerro Navia
Lo Prado	Calama
El Bosque	Lo Prado

Nota: en rojo comunas fuera de la Región Metropolitana

Cuadro N° 4: Aproximación al cálculo de prevalencia 2000 del universo de comunas 1998

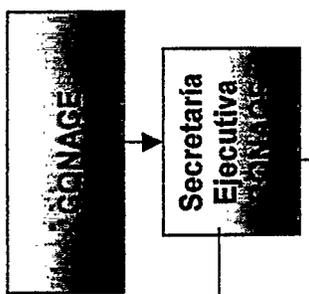
	2000 ajustado a comunas 1998		
	Población Ajustada 12-64 años	Prevalencia año	Población estimada
Arica	6.605	5,01	131.838
Iquique	8.219	6,37	129.022
Antofagasta	6.807	3,8	179.121
Calama	5.827	6,03	96.630
Copiapó	2.949	3,46	85.232
Vallenar			
Coquimbo	4.109	4,21	97.595
La Serena	4.148	4,52	91.772
Ovalle	2.413	5,29	45.614
Los Andes			
San Felipe			
Quillota	3.242	7,45	43.516
Calera			
Limache			
Valparaíso	17.878	8,7	205.493
Viña del Mar	15.084	6,78	222.483
Quilpué	2.655	3,19	83.233
Villa Alemana	5.207	8,76	59.440
San Antonio	2.854	4,85	58.845
Rancagua	7.389	4,89	151.107
Rengo			
San Fernando			
Curicó	2.211	3,36	65.808
Talca	4.708	3,64	129.328
Constitución			
Linares			
Cauquenes			
Chillán	2.469	2,25	109.712
Concepción	1.258	0,82	153.464
Talcahuano	12.020	5,97	201.342
Los Angeles	3.356	4,12	81.451
Chiguayante			
San Pedro			
Lota			
Coronel			
Penco			
Tomé			
Curanilahue			
Temuco	2.670	1,56	171.148
Angol			
Valdivia	3.907	4,31	90.646
Osorno	2.890	3,12	92.629
Puerto Montt	4.122	4,17	98.849
Ancud			

Coihaique	639	2,21	28.899
Punta Arenas	2.278	2,60	87.621
Resto del país	137.913	4,47	2.991.838
Buín			14.454
Cerrillos	4.374	7,86	55.649
Cerro Navia	5.847	4,88	119.809
Colina			
Conchalí	8.191	7,78	105.277
El bosque	8.426	6,2	135.905
Est. Central	7.274	7,66	94.956
Huechuraba	4.793	10,29	46.581
Independencia	4.687	9,44	49.648
La Cisterna	3.448	5,27	65.431
La Florida	21.749	7,06	308.058
La Granja	8.743	8,22	106.367
La Pintana	16.718	9,95	168.019
La Reina	7.398	10,02	73.832
Las Condes	14.785	8,8	168.014
Lo Barnechea	5.098	10,85	46.987
Lo Espejo	8.173	10,28	79.503
Lo Prado	5.315	6,26	84.910
Macul	6.654	7,35	90.532
Maipú	13.200	5,14	256.804
Melipilla	2.968	2,96	100.284
Nuñoa	11.355	9,31	121.967
Padre Hurtado			
P. Aguirre Cerda	10.369	9,74	106.459
Peñaflor	1.700	5,4	31.477
Peñalolen	12.748	8,43	151.225
Providencia	9.381	12,56	74.686
Pudahuel	6.188	5,27	117.412
Puente Alto	20.923	7,24	288.987
Quilicura			
Quinta Normal	6.031	8,13	74.187
Recoleta	10.333	8,91	115.975
Renca	12.064	10,96	110.071
San Bernardo	13.606	7,79	174.658
San Joaquín	7.172	9,88	72.589
San Ramón	3.134	5,71	54.892
San Miguel	6.229	8,55	72.848
Santiago	13.900	8,37	166.070
Talagante			
Vitacura	4.194	6,58	63.734
R. Metropolitana	307.167	7,70	3.968.257
TOTAL	445.079	6,39%	6.960.095

Nota: estimación realizada por panel evaluador en base a cifras e prevalencia y población estimada entre 12 y 64 años por comuna para el Estudio Nacional de Consumo 2000.

ANEXO N°10:
PROPUESTA DE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL CONACE

- ↳ Lineamientos estratégicos
- ↳ Prioridades de asignación de recursos
- ↳ Evaluación y reorientación de políticas
- ↳ Acción sobre políticas públicas
- ↳ Fortalecimiento de alianzas estratégicas (sector público v privado)



Comités intersectoriales en:
 Prevención (laboral)
 Tratamiento
 Comunicaciones
 Estudios y SNID
 Desarrollo regional y local

