

MINUTA EJECUTIVA

Evaluación Programas Gubernamentales (EPG)

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

Elaborada por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) en base al Informe Final de la evaluación de los Programas de Prevención del Consumo de Drogas, Programas de Tratamiento y Rehabilitación y Programa Previene (Municipios). Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad del Panel Evaluador y no necesariamente representan la visión de DIPRES.

Panel Evaluador:

María Verónica Monreal A. (Coordinadora)

Andrea Peroni

Pablo Morris K.

Roberto Jalón G.

AGOSTO 2009

MINUTA EJECUTIVA – N°1¹
CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTROL DE ESTUPEFACIENTES (CONACE):
PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS; PROGRAMAS DE
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN; PROGRAMA PREVIENE (MUNICIPALIDADES)
MINISTERIO DEL INTERIOR / SUBSECRETARÍA DEL INTERIOR

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2005 - 2008

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2009: \$20.261 millones²

1. Descripción y Objetivo del Programa

El CONACE diseña y coordina estrategias y esfuerzos para enfrentar el problema de las drogas en el territorio nacional desde 1990³. El presente informe abordará la propuesta programática del CONACE a través de tres líneas con cobertura nacional: Prevención; Tratamiento y Rehabilitación; y Previene Comunal⁴ que comparten un objetivo a nivel de fin que es “Contribuir a la disminución de la demanda de drogas ilícitas⁵” y uno a nivel de propósito que es: “Se ha prevenido⁶ el consumo de drogas a nivel nacional”.

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2003 – 2008⁷ del Gobierno de Chile define los criterios a partir de los cuales se enfrentará el problema de las drogas⁸ a nivel nacional; dichos criterios se constituyen en el marco conceptual que guía el accionar de los programas sujetos de esta evaluación. La Estrategia se funda en la capacidad de la familia, la comunidad educativa, el mundo del trabajo y el espacio comunal, para prevenir el consumo de drogas y para tratar, rehabilitar y reinsertar socialmente a las personas

¹ Esta Minuta ha sido elaborada por la Dirección de Presupuestos en base al informe final de la evaluación de los Programas de Prevención del Consumo de Drogas, Programas de Tratamiento y Rehabilitación y CONACE PREVIENE en la Comuna, en el marco del Programa de Evaluación de la DIPRES. El contenido del informe final aprobado cumple con lo establecido en los Términos de Referencia y Bases Administrativas que reglamentan el proceso de evaluación. Al ser una evaluación externa los juicios contenidos en el informe son de responsabilidad del panel de evaluadores y no necesariamente representan la visión de la DIPRES.

² Este monto representa la propuesta programática de CONACE que forma parte de esta evaluación, a través de tres líneas que representan las siguientes transferencias de recursos: Programas de Prevención (familia, educación y laboral): miles de \$ 868.185; Tratamiento y rehabilitación: miles de \$ 15.272.054; y Previene en la Comuna: miles de \$ 4.120.372.

³ A partir del Decreto N°683 de 1990.

⁴ Las áreas del CONACE que no forman parte de esta evaluación son: Evaluación y Estudios, Registro de sustancias químicas, Desarrollo Regional, Capacitación, Proyectos de alto impacto, Fondo Especial de Drogas – Ley 20.000 (proyectos con iglesias, fondo de prevención y tratamiento y proyectos de prevención selectiva en sectores focalizados), Comunicaciones, Publicaciones, Planificación y Asesoría internacional.

⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la droga como cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo es capaz, por sus efectos en el sistema nervioso central, de alterar y/o modificar la actividad psíquica, emocional y el funcionamiento del organismo. Se entiende por drogas ilícitas aquellas cuya producción, porte, transporte y comercialización está legalmente prohibida o que son usadas sin prescripción médica.

⁶ Se distinguen tres tipos de estrategias de prevención relacionadas con la presencia y el grado de compromiso con las drogas de la población intervenida: **prevención primaria**, se dirige a población no consumidora de drogas y actúa sobre factores de riesgo y protección del consumo, está destinada a evitar el consumo de drogas; **prevención secundaria**, se refiere a estrategias dirigidas a población que ha experimentado pero que no presentan consumo abusivo, problemático ni dependencia, el trabajo preventivo se centra en la detección precoz, la atención temprana y lograr la abstinencia y evitar que el consumo se haga abusivo; la **prevención terciaria**, está orientada a personas que tienen un consumo habitual de drogas, que han desarrollado problemas de abuso y dependencia, se orienta a la rehabilitación e inserción social.

⁷ El diseño de esta Estrategia articula las distintas iniciativas de todas las instituciones del Estado vinculadas al tema desde los niveles ministeriales, regionales, municipales y comunitarios.

⁸ El problema de las drogas se define como “el cultivo, producción, fabricación, venta, demanda, tráfico y distribución ilícita de estupefacientes, sustancias psicotrópicas, incluyendo los estimulantes de tipo anfetamínicos, el desvío de precursores y delitos conexos” (Declaración Política del XX Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, junio de 1998).

consumidoras o adictas. Esto se lograría actuando sobre los factores protectores⁹ y factores de riesgo¹⁰ presentes en la sociedad, así como sobre el daño que el consumo de drogas genera en las personas.

En esta evaluación de la propuesta programática del CONACE se han considerado los principales cinco componentes: cuatro en prevención primaria (Prevenir en Familia, Prevención del consumo de alcohol y drogas en el sistema educativo, Trabajar con Calidad de Vida y CONACE PREVIENE en la Comuna); y Tratamiento y Rehabilitación en prevención terciaria. A continuación, una breve descripción de cada uno de estos componentes:

Componente 1: Prevenir en Familia

La población objetivo corresponde aproximadamente al 10%¹¹ de las familias de Chile que habitan en las comunas cuyas municipalidades implementan el modelo Previene en la Comuna, estimándose en 557.397 familias en 2008.

El programa “Prevenir en Familia” tiene como objetivo que las familias adquieran conocimientos y competencias para desarrollar al interior del hogar conductas preventivas eficaces y consiste en la capacitación de monitores voluntarios a quienes se entrega el “Bolso de Familia” que incluye material para desarrollar un conjunto de sesiones¹², en las cuales dichos monitores aplican una metodología participativa para habilitar a padres, madres y/o adultos significativos en su labor preventiva¹³.

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

La población objetivo está conformada por todos los estudiantes que pertenecen a establecimientos educacionales que reciben subvención estatal¹⁴, estimándose en 3.845.867 estudiantes en 2008¹⁵.

El componente comprende distintas iniciativas de prevención del consumo de alcohol y drogas¹⁶ articuladas en un “Continuo Preventivo¹⁷”, las cuales se presentan a

⁹ Son actitudes, conductas y/o situaciones de la persona, el entorno cercano y el medio ambiente que disminuyen o reducen la probabilidad de que una persona inicie o mantenga el consumo de drogas. Los factores protectores no son necesariamente opuestos a los factores de riesgo y su impacto varía de acuerdo a la edad o etapa del proceso de desarrollo.

¹⁰ Son actitudes, conductas y/o situaciones de la persona, el entorno cercano y el medio ambiente que aumentan la probabilidad de que una persona inicie o mantenga el consumo de drogas.

¹¹ Este porcentaje se sustenta en los resultados de la Encuesta Nacional de Drogas en la que aproximadamente el 10% de las familias encuestadas declaran conocer al CONACE y su oferta pública. El total de la población potencial que corresponde a todas las familias de Chile es de 5.455.168 familias en 2008 (Fuente CASEN 2003,2006 y proyecciones. Referencia CONACE, 2009).

¹² El proceso de enseñanza-aprendizaje debe tener una duración, de acuerdo a criterios técnicos, de un mínimo de 5 sesiones de las 12 propuestas en el “Manual para el Monitor” (Uno de los textos del Bolso).

¹³ Las familias participantes pueden ser convocadas desde el ámbito comunal, escolar, laboral y/o salud, teniendo en cuenta la realidad sociocultural de la familia y la etapa o ciclo vital en que se encuentra.

¹⁴ Considerando unidades educativas con administración municipal, particular subvencionada, JUNJI y Fundación Integra.

¹⁵ La información referida al año 2008, mantiene la población objetivo de 2007 ya que no están disponibles aún los datos oficiales definitivos del MINEDUC para el 2008.

¹⁶ Las iniciativas son: (1) Prevención temprana “En busca del tesoro” orientado a niños y niñas de la educación parvularia. (2) Prevención temprana “Marori y Tutibú” dirigida a niños y niñas de primero a cuarto año de enseñanza básica (3) Prevención escolar “Quiero ser” para alumnos de quinto a octavo año de enseñanza básica, y (4) Prevención del consumo de alcohol y drogas “Yo decido” para alumnos de primero a cuarto año de enseñanza media.

sostenedores y/o directores de todos los establecimientos educacionales y unidades educativas¹⁸, quienes se inscriben a través del sitio web de CONACE, indicando en qué nivel y qué cursos desean implementar la oferta preventiva y la matrícula correspondiente. CONACE distribuye de manera gratuita en dichos establecimientos el material técnico requerido e imparte jornadas de capacitación y cursos para docentes, directivos, orientadores, jefes de Unidades Técnicas Pedagógicas (UTP), centros de padres y centros de alumnos. El establecimiento se encarga de transmitir a los estudiantes los contenidos de la iniciativa de prevención y CONACE realiza un seguimiento al 10% de los establecimientos escogidos aleatoriamente.

Componente 3: Trabajar con Calidad

La población objetivo, en el caso de las entidades públicas focaliza en aquellas priorizadas en la Estrategia Nacional de Seguridad Pública 2006 – 2010 (ENSP)¹⁹ cifra que corresponde a 448 instituciones públicas²⁰. Para el caso de las empresas privadas, la atención se restringe a un 10% de las empresas grandes y pequeñas, cifra que corresponde aproximadamente a 2.492 empresas²¹.

El programa promueve que cada empresa beneficiaria desarrolle, bajo el acompañamiento del CONACE, una política para abordar la problemática de la droga en su entorno laboral. Esto se logra con la consecución de siete etapas, que van desde la firma de un convenio entre la institución y CONACE hasta el diseño e instalación de la política de prevención²².

Componente 4: Tratamiento y Rehabilitación

Este componente entrega tratamiento y rehabilitación a aquellas personas que presentan dependencia o abuso en el consumo de drogas. Se pueden diferenciar tres sub-componentes, cada uno asociado a distintas poblaciones y planes de atención:

Subcomponente 1: Población General

La población potencial de este subcomponente está definida como “Personas que presentan consumo problemático²³ de drogas ilícitas, mayores de 19 años y que están adscritas al FONASA” estimándose en 94.412 personas en 2008²⁴. La definición de

¹⁷ El concepto de prevención continúa a lo largo de todo el ciclo educativo se conoce también como “continuo preventivo”.

¹⁸ A través de medios de comunicación, internet, distribución de folletos informativos, etc.

¹⁹ La Estrategia Nacional de Seguridad Pública 2006-2010 es un plan de acción intersectorial, que busca coordinar las funciones, políticas y presupuestos del sector público para hacer más eficiente la lucha contra la delincuencia.

²⁰ Una selección de 200 Municipios de un total de 346, además de las restantes 248 entidades públicas (ministerios, intendencias, gobernaciones, gobiernos regionales, Fuerzas Armadas, de Orden y Seguridad Pública, además de “todos los órganos y servicios creados para el cumplimiento de la función administrativa”).

²¹ Las pequeñas empresas si bien forman parte de la población potencial, no son priorizadas por el programa debido a que pueden permanecer poco tiempo en el mercado, en relación a las de mayor tamaño; y por otro lado, que la intervención es más eficiente en este último grupo por tener mayor cantidad de empleados.

²² El proceso incluye la conformación de un equipo preventivo coordinador (EPC) al interior de las empresas, el diagnóstico sobre la situación de consumo de drogas y factores asociados, la realización de un taller de diseño de política y sensibilización frente al tema y la formalización de la política a partir de un documento.

²³ Se entiende por consumidor problemático de drogas a todo tipo de consumo que directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros, en las áreas de salud, familia, rendimiento laboral/escolar, seguridad personal, funcionamiento social, etc. Fuente: CONACE, 2009b.

²⁴ La estimación de la población potencial se realizó de la siguiente manera: del total de personas que presentan consumo problemático de sustancias ilícitas (218.744) se considero sólo a los mayores de 19 años, dato calculado a partir del Séptimo Estudio Nacional de CONACE, 2009. A esa población (153.356) se aplicó el 72,7% que corresponde al número de

población objetivo considera, en base a la información de la END, a quienes declaren interés por recibir tratamiento, correspondiendo a 9.348 personas ese mismo año²⁵.

El subcomponente consiste en la entrega de tratamiento gratuito en centros de salud públicos y privados²⁶ a través de planes diferenciados en duración y prestaciones de salud, de acuerdo a la complejidad de cada caso.

Subcomponente 2: Mujeres

La población potencial de este subcomponente está definida como “Mujeres que presentan consumo problemático de drogas ilícitas, mayores de 19 años y que están adscritas al FONASA” estimándose en 17.078 personas en 2008²⁷. La definición de población objetivo considera, en base a la información de la END, a quienes declaren interés por recibir tratamiento, correspondiendo a 2.467 mujeres ese mismo año²⁸.

Este subcomponente entrega tratamiento específico a las mujeres, ofreciéndoles oportunidades de cuidado infantil de sus hijos en salas cunas o jardines de JUNJI o INTEGRA, mientras éste dure²⁹.

Subcomponente 3: Adolescentes infractores de ley con consumo problemático

La población potencial y objetivo de este subcomponente está definida como “Adolescentes infractores de ley³⁰ que presentan consumo problemático de drogas ilícitas, que tengan entre 14 y 18 años” estimándose en 3.800 personas en 2008³¹.

Este subcomponente se ejecuta a través del convenio SENAME-CONACE-MINSAL-FONASA y consiste en la entrega de planes de tratamiento que incluyen un conjunto de

personas en FONASA el año 2008, quedando en 111.490 personas, posteriormente a esa cifra se le restó la población de mujeres que corresponde a 17.078.

²⁵ El “interés en recibir tratamiento” se mide a partir de los estudios de prevalencia en el consumo de drogas a nivel nacional (Encuesta de drogas, CONACE 2009) a través de la siguiente pregunta “¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o alguna droga? (No incluya tratamiento para dejar de fumar)”. Esto obedece a un criterio técnico que dice relación con el requisito para iniciar cualquier tratamiento de este tipo, de la disposición de la persona a realizarlo.

²⁶ Los establecimientos públicos y privados son propuestos por parte del Servicio de Salud y aprobados por el CONACE y el MINSAL en función de su capacidad técnica y administrativa para ejecutar las prestaciones convenidas, su coordinación y sinergia con la red de atención de salud, el resultado de la evaluación cuantitativa y cualitativa de la ejecución del Programa, los reportes semestrales de actividad presentados por FONASA, y la demanda potencial de atención en cada provincia y región, según se desprende de los estudios que realiza periódicamente el CONACE.

²⁷ Fuente: Séptimo Estudio Nacional de CONACE, 2009.

²⁸ El “interés en recibir tratamiento” se mide a partir de los estudios de prevalencia en el consumo de drogas a nivel nacional (Encuesta de drogas, CONACE 2009) a través de la siguiente pregunta “¿Ha sentido la necesidad de recibir algún tipo de ayuda o tratamiento para disminuir o dejar de consumir alcohol o alguna droga? (No incluya tratamiento para dejar de fumar)”.

²⁹ Adicionalmente, la atención a este grupo contempla actividades como: valoración del estado de salud general y ginecoobstétrico, desintoxicación y abordaje de las complicaciones para la mujer y su hijo en caso de estar embarazada, inclusión de la familia como parte del proceso de acompañamiento a la mujer tratada, entre otras.

³⁰ La Ley 20.084 de 2005, en su artículo N° 7, establece que el juez estará facultado para determinar como sanción accesoria, siempre que sea necesario en atención a las circunstancias del adolescente, la obligación de someterlo a tratamientos de rehabilitación por adicción a las drogas o al alcohol. Del mismo modo, de acuerdo al artículo N° 17 de la ley, se deberá proveer de oferta pública a aquellos adolescentes que no siendo sancionados, igualmente requieren de tratamiento en adicciones.

³¹ Cifra estimada a partir de un estudio solicitado a la Universidad Católica para caracterizar a la población SENAME considerando la implementación de Ley 20.084, en la que indica que el 50% de los jóvenes que ingresan a sanciones privativas de libertad tienen consumo problemático de drogas mientras que en el medio libre es el 33%.

prestaciones que varían en intensidad y frecuencia terapéutica, según las características, necesidades y complejidad de cada caso.

Componente 5: CONACE PREVIENE en la Comuna

La población objetivo está definida de acuerdo con la meta³² de 200 comunas que están priorizadas en la ENSP³³.

Este programa busca desarrollar una estrategia de intervención a nivel local a través de un convenio CONACE-Municipio, donde ambas instituciones aportan recursos para la implementación del programa. La iniciativa desarrolla vínculos directos con los principales actores y organizaciones de la comunidad local y fomenta su participación para enfrentar el consumo de drogas en los territorios. Además, implementa localmente los programas preventivos³⁴, articulando y desarrollando directamente diversas actividades que abarcan el ámbito comunitario.

2. Resultados de la evaluación

Diseño

El propósito da cuenta de un resultado esperado y asociado al problema que se identifica claramente con el diagnóstico inicial³⁵.

El diseño es apropiado para abordar la prevención primaria y terciaria, en estos ámbitos de acción no se identifican componentes o actividades prescindibles; excepto en el caso del componente de prevención terciaria en donde el aspecto más débil en su diseño está relacionado con la rehabilitación e inserción social pues no se identifican acciones claras que den cuenta de este objetivo. Por otro lado, a pesar de que existen acciones enfocadas a la prevención secundaria³⁶ en dos de los componentes preventivos evaluados (Educación y CONACE Previene en la comuna), se observa que éstas no tienen el mismo nivel de desarrollo que la prevención primaria y terciaria y no se identifican como productos específicos en la propuesta programática evaluada.

En lo que respecta a su **lógica horizontal**, se presenta a nivel de propósito un único indicador que es insuficiente para medir los resultados del mismo³⁷, y el resto de indicadores no permiten medir adecuadamente el desempeño para los distintos ámbitos

³² 97 comunas al 2006, 140 al 2008 y 200 al 2010.

³³ Según los siguientes criterios: a) densidad población: siendo seleccionadas aquellas con mayor cantidad de población de acuerdo al censo 2002; b) antecedentes de consumo de drogas, y c) voluntad política de las autoridades locales. A partir del año 2007 se ha incluido un índice de vulnerabilidad al consumo y tráfico de drogas, elaborado según estudio de caracterización regional y comunal de CONACE 2007.

³⁴ Prevenir en Familia, Prevención en establecimientos educacionales y Trabajar con Calidad de Vida.

³⁵ Este último se refiere al consumo de drogas en la población chilena que, según el último estudio del CONACE (2008) sobre consumo de drogas en población general, las sustancias ilícitas más usadas son marihuana (6,4%), clorhidrato de cocaína (1,8%) y pasta base de cocaína (0,7%). El mismo estudio indica que el uso de drogas ilícitas está fuertemente concentrado en la población joven entre los 19 y 25 años de edad, donde el consumo de marihuana es de 17.9%, el de cocaína de 3,8% y el de pasta base es de 1,9%.

³⁶ A partir del año 2008 CONACE ha venido realizando intervenciones de prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerables, prevención secundarias en establecimientos educacionales vulnerables, intervenciones en lugares de ocio y recreación, entre otros.

³⁷ Básicamente aporta a la evaluación de la calidad del proceso en la medida en que mide el porcentaje de valoración positiva que la población tiene del Programa Previene.

de control y dimensiones de los objetivos propuestos. Como resultado de un estudio complementario realizado en el marco de esta evaluación³⁸, se propuso un listado de indicadores a nivel de propósito, resultados intermedios y de proceso³⁹.

Los **criterios de selección** de beneficiarios de los programas preventivos (familia, educación y laboral) debieran contemplar conceptos asociados a vulnerabilidad social frente al consumo de drogas. Actualmente los criterios no se corresponden con esta lógica de priorización. En el caso de prevención familiar, escolar y laboral, acceden a estos programas aquellas familias, colegios y empresa que conozcan, accedan y tengan disposición a participar en estos programas.

El **enfoque de género** está presente en el componente de tratamiento, en el que existe un programa dirigido específicamente hacia mujeres, atendiendo a sus especificidades, particularmente las relacionadas con el cuidado infantil para sus hijos (en caso de tenerlos) mientras dura el tratamiento.

Organización y gestión

Se identifica una **estructura organizacional** y procesos productivos de los componentes que son adecuados para entregar los bienes y servicios comprometidos. Sin embargo, se observa la necesidad de que el organigrama institucional contemple un ordenamiento que distinga el nivel de los componentes programáticos del nivel de las funciones de apoyo y ejecución de programas y de esta forma, permita entender esquemáticamente las instancias que participan en la toma de decisiones, en la ejecución de las actividades y las interrelaciones que se dan entre las mismas. Por otro lado, la envergadura de las actividades que lleva a cabo CONACE, la magnitud de los recursos que debe administrar y las responsabilidades que le corresponden hacen necesario dotarlo de una estructura jurídica propia dentro del sistema estatal, razón por la cual se valida la iniciativa que persigue el proyecto de ley que actualmente se discute en el Congreso; que entre otras materias, transforma a CONACE en un servicio público descentralizado.

Si bien en el nivel central y regional existe escasa rotación del personal; en el nivel comunal, el segundo estudio complementario contratado en el marco de esta evaluación⁴⁰, detectó lo contrario. Esto último puede explicarse, porque en el nivel comunal existe una doble dependencia: programática con CONACE y administrativa con el municipio, lo que desincentiva la permanencia de los equipos en las comunas.

Desde el punto de vista de los **mecanismos de coordinación y asignación de funciones**, la opción de CONACE por desplegar gran parte de la “bajada” territorial de los programas de prevención en la familia, los establecimientos educativos y los lugares de trabajo a través de las estructuras comunales del Previene en la Comuna, es una estrategia acertada que facilita que los distintos programas puedan adecuarse a las

³⁸ Daza Sebastián, 2009. Seguimiento de Indicadores a Nivel Propósito del CONACE a partir de la Encuesta de Drogas.

³⁹ A partir de la exploración de la encuesta nacional de drogas, cuantifican periódicamente una serie de indicadores para medir los avances de la Estrategia Nacional de Drogas, algunos de estos indicadores (como es el caso de los que están asociados a la población escolar y laboral) podrían utilizarse como aproximación a medir resultados de la intervención del CONACE.

⁴⁰ Asún Inostroza P. y Cerda Villanueva B. (2009). “Procesos de Gestión Territorial CONACE Previene en la Comuna - Informe final - Estudio complementario”. DIPRES – CONACE. Santiago de Chile.

necesidades y prioridades de cada territorio⁴¹. El mismo estudio antes citado da cuenta que el funcionamiento de los equipos comunales de CONACE Previene requiere: la existencia de un municipio comprometido y un alcalde colaborador; y la presencia de un coordinador comunal que cuente con competencias y habilidades para el trabajo en equipo, relaciones interpersonales y facilidad para interactuar con actores locales diversos y heterogéneos.

Se destaca la capacidad institucional de CONACE como ente promotor de la política de drogas en el país, ello quedó en evidencia en labor de coordinación que realizó la institución entre los años 2006 y 2007 para generar las condiciones necesarias para ofrecer -producto de la entrada en vigencia de la ley 20.084- tratamiento a adolescentes infractores de ley con consumo problemático de alcohol y drogas a través de la conformación de una red de centros de atención⁴². Esta fortaleza también se manifiesta, a nivel territorial, en la articulación e implementación de proyectos de prevención del consumo de drogas con entidades religiosas⁴³, lo que ha contribuido en la detección oportuna de familias o grupos vulnerables al consumo de drogas.

En lo que respecta al **seguimiento y evaluación** de los distintos componentes, CONACE cuenta con bases de datos (Sistema Institucional COLABORA y Base de datos FONASA)⁴⁴. A partir de los registros del COLABORA, el CONACE da cuenta del estado de avance de la planificación anual y del cumplimiento de metas⁴⁵. Respecto de la base de datos de FONASA, en el caso de beneficiarios de tratamiento y rehabilitación, si bien dicha base de datos tiene un importante potencial para la generación de información epidemiológica y de gestión, “la calidad de los datos para las prestaciones y otros indicadores clínicos no siempre son registrados adecuadamente en el sistema informático⁴⁶” y por tanto no es confiable para evaluar la efectividad del programa de tratamiento⁴⁷. Siendo FONASA-MINSAL el prestador de los servicios contratados por CONACE, la precariedad de esta información refuerza la idea que el componente de Tratamiento y Rehabilitación no tiene una lógica enfocada a lograr resultados finales del tratamiento (alta terapéutica) en los beneficiarios, sino que prima una lógica de entrega de servicios a aquellos que se acercan a solicitarlo.

⁴¹ El segundo estudio complementario realizado para esta evaluación señala que CONACE cuenta además, con estrategias de intervención regional y provincial para la implementación de los programas en comunas que no implementa Previene, así como con estrategias de prevención basadas en asociatividad intercomunal; ello permite difundir la oferta programática en todo el territorio nacional.

⁴² Actualmente la red se compone de 90 centros especializados para la atención de adolescentes con consumo problemático de alcohol y drogas que han cometido infracción de ley, distribuidos en las 15 regiones del país.

⁴³ Se enmarca en el compromiso suscrito por el Gobierno de Chile, a través del CONACE, y la mesa de trabajo constituida por obispos, pastores, sacerdotes, religiosos y religiosas, agentes pastorales y laicos, el 21 de abril de 2008. El CONACE valora el aporte histórico de las entidades religiosas en la tarea preventiva, a través del desarrollo de acciones e iniciativas de prevención que incorporan la dimensión espiritual.

⁴⁴ El sistema COLABORA es el instrumento, incorporado a la intranet del portal web del CONACE, que permite el monitoreo y la consulta en línea y al día del avance de los programas respecto de sus coberturas. En el caso del componente de tratamiento, la información generada retroalimenta la toma de decisiones, dado que los registros del sistema COLABORA están asociados directamente a transferencias de recursos inter-institucionales. La base de datos de FONASA, en el caso de beneficiarios de tratamiento y rehabilitación, es utilizada de manera regular como parte del proceso de gestión y transferencia de recursos.

⁴⁵ A través de los instrumentos que la administración del estado ha dispuesto para tales efectos (Programa de Mejoramiento de la Gestión – PMG (Dipres), Programación Gubernamental (Minsegpres), Estrategia de Seguridad Pública (Interior), etc.).

⁴⁶ CONACE (2009). Comentarios al Informe Preliminar, pp.13.

⁴⁷ No registra sistemáticamente estadísticas específicas de los beneficiarios, logros terapéuticos, cumplimiento de protocolos, logros de gestión, focalización del programa, entrega de prestaciones y egresos o abandonos.

Eficacia

En relación a los resultados en términos de eficacia, en el caso del **componente 1**, participaron un total de 119.670 familias⁴⁸ en el período 2005-2008, manteniendo un promedio anual relativamente estable en el número de familias. Este componente en 2005 alcanzó una cobertura respecto de su población objetivo de 12,1%, mientras en 2008 la cobertura disminuyó a 10,5%.

Un indicador útil para medir el cumplimiento del objetivo del componente 1 es la medición del porcentaje de familias habilitadas⁴⁹ respecto de la población objetivo, el cual es 6% en 2005 y disminuye levemente a 5,8% en 2008. El porcentaje de familias habilitadas respecto de las que participan, ha aumentado desde 50,1% en 2005 a 57,8% en 2008, lo que demuestra el esfuerzo del programa enfocado a asegurar la permanencia de las familias en la capacitación y no en aumentar su cobertura. Esto último justificaría la leve disminución de la cobertura, la que debiera aumentar en los próximos años.

El **componente 2** durante el 2005 intervino 9.514 establecimientos educativos y a través de ellos se estima que llegó a 3.061.584 estudiantes. En 2008 estas cifras correspondían a 11.165 establecimientos y 3.586.839 estudiantes. La cobertura en 2005 fue de 80% respecto de la población objetivo mientras en 2008 fue de 87%, lo cual se evalúa positivamente.

Para tener una estimación del logro del objetivo de este componente, se requiere revisar y mejorar la definición de beneficiario efectivo⁵⁰. Las cifras observadas por el sistema de monitoreo aleatorio que realiza el CONACE a un 10% de los establecimientos que reciben material y capacitación, dan cuenta que, en promedio, sólo un 64% de los establecimientos monitoreados aplican el modelo de prevención en sus aulas⁵¹.

El análisis anterior se condice además con los resultados obtenidos a partir del estudio complementario que trabajó con las encuestas nacionales de drogas de los últimos años. Estos resultados muestran disminuciones de coberturas declaradas tanto para el programa "Quiero Ser" (8vo básico) como para el "Yo Decido" (enseñanza media). Mientras en 2005 un 46% de los estudiantes de 8vo básico declararon haber recibido alguna actividad preventiva asociada al "Quiero Ser" en los últimos dos años; en 2007 esta cifra fue de 42%. Por otro lado, la cobertura declarada para el programa "Yo Decido" disminuyó de un 12% a un 9% en el mismo período.

En el caso del **componente 3**, durante el período 2005-2008 se observa un incremento en la participación de instituciones y empresas. En 2005 se atendieron 56 empresas del sector privado y 110 instituciones públicas, mientras que estas cifras en 2008 correspondieron a 220 y 241 respectivamente; ello se traduce en un incremento en la cobertura desde 2,3% a 8,8% para el primer grupo, y desde 24,6% hasta 53,8% para el segundo. El comportamiento de la cobertura en las instituciones públicas se explica por el énfasis que se le ha dado a la implementación del programa en este grupo, de acuerdo a la obligatoriedad que establece la Ley de Drogas 20.000 del año 2005. Estos indicadores

⁴⁸ Independiente del número de sesiones que completaron.

⁴⁹ El criterio técnico indica que una familia puede considerarse "habilitada" para ejercer su rol preventivo si ha participado en al menos 5 sesiones; en ese sentido.

⁵⁰ Por ejemplo, considerando el número de sesiones mínimas a las que debe asistir el estudiante para considerarse "estudiante prevenido"; análogo a lo establecido en el caso de familias del componente 1.

⁵¹ Esto significa que transmiten el modelo de prevención a sus estudiantes.

han tenido una evolución positiva y se esperaría que en el mediano plazo, el 100% de las empresas públicas implementen el programa. Se esperaría asimismo, un incremento programado en la cobertura de las empresas privadas; para ello debieran diseñarse estrategias de promoción de esta iniciativa y de sus beneficios para la comunidad empresarial.

El estudio complementario levantó el indicador acceso a información preventiva en el trabajo, el cual alcanza un 28% y 25%, en los años 2006 y 2008 respectivamente. No es posible determinar si el acceso a dicha información es responsabilidad únicamente del CONACE; sin embargo, tales porcentajes dan cuenta de la necesidad de una mayor extensión de programas de prevención en el lugar de trabajo. Se observa una clara brecha socioeconómica: los trabajadores del nivel alto declaran en mayor proporción recibir información preventiva (300%) mientras que los de niveles bajos alcanzan un 21 %, por lo que este componente debiera considerar estas diferencias en el rediseño de los criterios de focalización de este componente.

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

Adicionalmente, a partir de la base de datos FONASA se observó que entre 56% y 59% de los individuos de población general del plan intensivo y plan básico, respectivamente, habrían recibido solamente entre 1 y 3 meses de tratamiento, cuando la permanencia de 3 o más meses en el tratamiento asegura resultados mínimos⁵².

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

Eficiencia y uso de recursos

En lo que se refiere a **uso de recursos**, las cifras presentadas dan cuenta que el presupuesto de CONACE, ha pasado de \$14.538 millones en 2005 a \$29.273 millones en 2009, lo que significa un crecimiento del presupuesto de 101% respecto a 2005. En lo que respecta a gasto ejecutado se evidencia un crecimiento de 82% entre 2005 y 2008, pasando de un gasto de \$15.271 millones en 2005 a \$ 27.803 millones en 2008. El mayor aumento lo tiene el componente Tratamiento y Rehabilitación⁵³ con un crecimiento de

⁵² Dr. Mariano Montenegro, Asesor experto CONACE. 2009.

⁵³ De acuerdo a lo señalado por la institución evaluada, este crecimiento real obedecería a varias razones: al inicio en la implementación de la Ley 20.084 sobre responsabilidad penal adolescente (infractores de Ley), la cual obliga a CONACE a financiar el tratamiento de todos los jóvenes derivados de la justicia, ya sea en medio cerrado o medio libre, a través del Convenio CONACE-FONASA-MINSAL-SENAME; a aumentos anuales para la creación de nuevos PREVIENE; a un aumento de la cobertura para disminuir la brecha en el tratamiento de la población general; a mayores traspasos para la implementación de las nuevas oficinas regionales; a la implementación del Registro Único de Sustancias Químicas y Unidad de Fondo Especial; entre otros.

254%, alcanzando en 2008 un monto total de 13.756, cifra que representa un 70% del gasto. Luego le sigue el crecimiento del gasto del Previene⁵⁴ con un 8%, que alcanza en 2008 \$4.997 millones, lo que corresponde a 25,4% del gasto. Por último, el gasto en los programas de Prevención⁵⁵ ha decrecido en un 33%, alcanzando en 2008 los \$899 millones, lo que representa un 4,6% del gasto total. Esta estructura del gasto se considera consistente con la definición de los objetivos de atención a beneficiarios y de entrega de servicios por parte de CONACE. En el mediano plazo, esta estructura de gasto probablemente debiera tener el foco en la prevención temprana (primaria y secundaria).

Respecto a la **justificación de la continuidad** del programa, el último estudio elaborado para monitorear los objetivos que se ha propuesto la ENSP a partir de la Encuesta Nacional de Drogas⁵⁶, muestra que entre el 2006 y 2008, en población general, si bien se han producido alzas en las percepciones de riesgo⁵⁷ de cocaína desde un 69% a un 75%, pasta base desde un 77% a un 81%; en el caso de la marihuana la percepción del riesgo ha disminuido desde un 88% a un 84%⁵⁸. Por otro lado, mientras el consumo de marihuana ha disminuido desde un 7,2% hasta un 6,4%; el consumo de cocaína ha aumentado desde un 1,3% a un 1,8%; y el de pasta base también ha aumentado de un 0,6% a 0,7%. Se observa (entre el 2005 y 2008) un aumento de la precocidad⁵⁹ en el consumo de marihuana en población general desde un 12% a un 14%; mientras que en población escolar se ha mantenido cercana a un 43% en el mismo período.

Estos y otros indicadores dan cuenta de la complejidad de un fenómeno multicausal como es el problema de las drogas. Mientras para algunos de los indicadores de la ENSP se observa un mejoramiento, para otros es estancamiento o retroceso en su evolución. Esto refuerza la necesidad de contar con programas orientados a la prevención del consumo en sus distintos niveles, adecuadamente focalizados en poblaciones vulnerables, niños/as y jóvenes.

Por su parte, de acuerdo a lo mostrado por diferentes estudios de evaluación realizados a estos componentes⁶⁰, la labor realizada por CONACE a través de su propuesta

⁵⁴ La disminución de este gasto se explica porque en los últimos años se han incorporado comunas con menor número de habitantes.

⁵⁵ En el caso del componente de Previene, la disminución de tales gastos está relacionada con la instalación de los programas en la estructura comunal CONACE Previene, lo que implica que es el nivel comunal el que está asumiendo parte de los costos de producción.

⁵⁶ Es importante resaltar que el análisis de estos indicadores no puede ser comprendido como una evaluación directa a nivel de resultados finales de la acción de intervención de CONACE, pues para ello se requiere de criterios adecuados y pertinentes del análisis de la magnitud de su impacto a nivel nacional, esto es tener claridad respecto a la envergadura y cobertura de su acción. La encuesta no cuenta con indicadores apropiados para identificar de manera precisa y adecuada las acciones realizadas, simplemente, debido a que las encuestas no tienen un propósito evaluativo de la intervención de CONACE, sino más bien, un carácter epidemiológico que provee de información clave para tener una mirada general y confiable de la situación nacional y regional, que contribuya a la definición y perfeccionamiento de la *Estrategia Nacional de Drogas*.

⁵⁷ El aumento o mantención de una alta percepción de riesgo constituye un objetivo de la acción preventiva. La evidencia internacional y nacional muestra la existencia de una relación inversa entre percepción de riesgo y prevalencia de consumo por tipo de droga (Ahumada, 2009).

⁵⁸ Algunas explicaciones respecto de la baja en la percepción de riesgo del consumo de marihuana se relacionan con la postura pública de algunos grupos influyentes del país que promueven la legalización de su consumo considerando que la sustancia no es dañina y que incluso podría tener virtudes medicinales. Esto contribuiría a la "normalización" de su consumo en el imaginario colectivo, disminuyendo la percepción de riesgo sobre tal sustancia (Ahumada, 2009).

⁵⁹ Proporción de prevalentes que se ha iniciado antes de los 15 años.

⁶⁰ - Expansión Consulting Group Ltda. (2009) y CONACE (2007) para el componente de prevención familiar;
- CONACE (2008) para el componente de prevención escolar, particularmente programa Quiero Ser en octavos básicos;
- Asesorías para el Desarrollo (2008) para el componente de prevención laboral;
- Universidad de Chile (2008) para el componente de tratamiento y rehabilitación en población general;
- INAP-CESC (2006) para el componente de CONACE Previene en la comuna.

programática, da cuenta de resultados positivos en aquellos participantes que se benefician finalmente de los distintos programas⁶¹, lo que refuerza la necesidad de que el CONACE incorpore sistemáticamente y fortalezca las actividades de seguimiento, monitoreo y control de los resultados finales a nivel de prevención (primaria, secundaria y terciaria).

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

3. Principales Recomendaciones

Diseño

- Asegurar en el diseño del programa un sistema de seguimiento, monitoreo o evaluación continua a los resultados esperados para cada uno de los programas de intervención de CONACE. Este sistema debe considerar indicadores de resultados intermedios a nivel de componente y a nivel de propósito.
- Articular y reforzar las actividades relacionadas con la detección precoz o la atención temprana al consumo en situaciones de riesgo.
- Reforzar acciones (visitas, rescate, prevención de recaídas, seguimiento, etc.) que aseguren la retención de los usuarios en el proceso de Tratamiento y Rehabilitación de los tres subcomponentes evaluados.
- En los programas preventivos donde los beneficiarios acceden por autoselección e interés por participar, se sugiere precisar los criterios de selección y diseñar ofertas diferenciadas para la población que no demuestra interés o motivación por incorporarse, pero que igualmente es vulnerable y/o presenta el problema que motiva la creación de estas ofertas.

Organización y Gestión

- Fortalecer la unidad a cargo de la evaluación de resultados y seguimiento de beneficiarios⁶² asegurando que ésta pueda, entre otras funciones, diseñar y aplicar métodos y técnicas adecuadas para evaluar los resultados de los distintos programas de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de drogas.

⁶¹ Como ejemplo, el componente de prevención en familia, a través de talleres guiados por monitores, logra entregar información valiosa respecto de las drogas y sus efectos a los padres o adultos significativos, si bien dicho efecto es menor en los hijos; el componente prevención en el sistema escolar logra en estudiantes de 8vo básico aumentar su percepción de riesgo y la desaprobación del consumo, especialmente en los niveles socio-económicos bajos y medios; el componente prevención laboral logra instalar en las empresas e instituciones participantes la temática de la prevención del consumo de drogas y el mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo, como temas relevantes de gestión interna; el componente tratamiento y rehabilitación logra entregar planes adecuados para las personas beneficiadas, si bien se constata el desafío de generar mecanismos para retener a los pacientes y evitar el abandono de tratamiento; el componente CONACE Previene en la comuna es la estrategia para implementar en los territorios locales la oferta preventiva institucional de CONACE, contribuyendo a sus resultados mediante el involucramiento de los actores claves de la comunidad local.

⁶² Actualmente corresponde al Área de Evaluación y Estudios del CONACE.

- Rediseñar el sistema de información del CONACE (COLABORA) de manera que éste permita contar con información de sus beneficiarios respecto de la situación de consumo, factores de riesgo, factores protectores, entre otros; y respecto de los resultados en beneficiarios de los programas de intervención de CONACE.
- Fortalecer los convenios interinstitucionales de manera que los registros de FONASA para el componente Tratamiento y Rehabilitación permitan contar con información respecto de la efectividad de estas intervenciones sobre la salud y reinserción social de los beneficiarios.
- Para un buen funcionamiento de los equipos Previene comunales se recomienda asegurar buen proceso de selección de coordinadores comunales Previene, en base a competencias requeridas, dado su rol estratégico en la implementación, coordinación y apertura de instancias de participación ciudadana en la comuna. En la misma línea, reforzar y/o generar algún tipo de política de recursos humanos que fomente la mantención de los profesionales en los equipos comunales Previene.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN
RESPONSABLE**

AGOSTO 2009

SANTIAGO, 17 AGO 2009

Señora
HEIDI BERNER H.
Jefa División de Control de Gestión
Dirección de Presupuestos
Presente

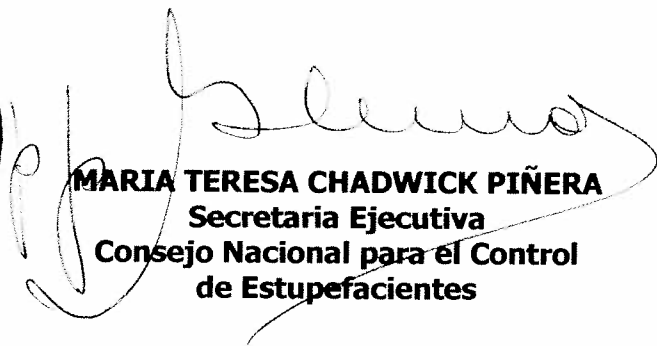
Ref.: Adjunta comentarios a
Informe Final preparado por Panel
de Evaluación de Programas de
CONACE.

De nuestra consideración:

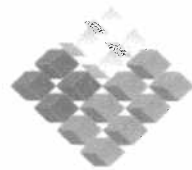
Nos es grato adjuntar los comentarios de nuestra institución al Informe Final elaborado por el Panel de Evaluación de los programas Prevenir en Familia, Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Sistema Educativo, Trabajar con Calidad de Vida, Tratamiento y Rehabilitación y CONACE PREVIENE en la Comuna.

Sin otro particular, le saluda atentamente,




MARIA TERESA CHADWICK PIÑERA
Secretaria Ejecutiva
Consejo Nacional para el Control
de Estupefacentes


MSCH/AASM/xsm



**GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DEL INTERIOR
CONACE**

COMENTARIOS A INFORME FINAL DE EVALUACION

Programas:

**PREVENIR EN FAMILIA
PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS EN EL SISTEMA
EDUCATIVO
TRABAJAR CON CALIDAD DE VIDA
TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN
CONACE PREVIENE EN LA COMUNA**

Agosto 2009

PRESENTACIÓN

El presente documento, contiene los comentarios de la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional para el Control de Estupefacentes, al trabajo desarrollado por el Panel de Expertos contratado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda para la evaluación de los programas Prevenir en Familia, Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Sistema Educativo, Trabajar con Calidad de Vida, Tratamiento y Rehabilitación y CONACE PREVIENE en la Comuna.

Su propósito es establecer algunas precisiones y contextualizar las diferentes apreciaciones y recomendaciones que se desarrollan en el Informe Final de Evaluación elaborado por el Panel de Expertos. Por tanto, los comentarios que a continuación se vierten siguen el mismo orden y se identifican de acuerdo a los diferentes tópicos a los que hace referencia el Resumen Ejecutivo de dicho informe.

En primer lugar, resulta necesario hacer presente que CONACE valora el esfuerzo desplegado por el Panel de Expertos en tratar de entender las particularidades que presenta el abordaje de un problema complejo como es el de las drogas. Sin duda constituye un desafío evaluar tales intervenciones a través de instrumentos estandarizados como el marco lógico y lograr dar cuenta de las complejidades de un fenómeno que es multicausal y multifactorial.

El Informe Final de Evaluación, en términos generales, no considera algunas variables contextuales que determinan y justifican el estado de desarrollo de los componentes de la oferta programática de CONACE.

Por ejemplo, el consumo de drogas está determinado por una barrera objetiva como es la disponibilidad u oferta de sustancias. En tanto aspectos complementarios y armónicos de un mismo fenómeno, el análisis de cualquiera de ellos requiere tener como referencia lo que sucede con el otro. Además, las drogas constituyen un lucrativo mercado, que en el caso de nuestro país se potencia por su ubicación geográfica fronteriza a países productores de sustancias derivadas de la hoja de coca y cercana de países productores de cannabis. En la evaluación llevada a cabo no se ha podido incorporar de manera referencial lo que ocurre en el campo del control de la oferta como un supuesto importante que condiciona el logro del fin definido en el ámbito de la prevención.

Además, para evaluar la efectividad de los componentes del programa, a nivel de fin y propósito, es necesario considerar que mucho de lo que sucede internamente está condicionado por lo que acontece fuera de nuestras fronteras. Es decir, enfrentamos un fenómeno transnacional en constante mutación que se nutre de los principales instrumentos de la globalización, como son las comunicaciones instantáneas y el uso de internet.

Por otra parte, el desarrollo de los componentes de CONACE, responden a los requerimientos de la estrategia nacional sobre drogas vigente, por lo cual el estado de desarrollo de cada uno de ellos responde a los objetivos y plazos que la estrategia ha prefijado como parte de un abordaje integral y equilibrado.

Ahora bien, aún cuando el informe de evaluación en comento no logra reflejar aquella realidad subyacente, sin duda constituye un aporte para el fortalecimiento del esfuerzo que el país desarrolla en torno a la estrategia nacional sobre drogas, así como para la consolidación institucional del CONACE.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

Diseño

CONACE concuerda con la opinión del panel en cuanto a que el programa ha definido adecuadamente las poblaciones potenciales y objetivos para cada componente y que el diseño del programa resulta apropiado para abordar la causa del problema que da origen al mismo y que no se identifican componentes o actividades prescindibles. Asimismo, que las actividades diseñadas son suficientes y necesarias para producir los componentes. Los cuales, según señala el panel, son pertinentes y contribuyen al logro del propósito.

Sin embargo, el informe señala que el criterio de definición de la población objetivo del programa Prevenir en Familia, esto es focalizar en aquellas que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE, "...no es adecuado debido a que tal componente se enmarca en la estrategia de prevención primaria que debiera estar dirigida a toda la población no consumidora de drogas, actuando sobre factores de riesgo y protección". (pg. 11).

Al respecto es necesario precisar que, por una parte, se define en el marco de esta evaluación como "población potencial a todas las familias que habitan en Chile, ya que todas son sujetos de prevención, siendo ésta la característica de universalidad del programa." (pg. 66) y se acotó la población objetivo a "las familias que habitan en las comunas con CONACE Previene, que declaran conocer al CONACE Previene en la encuesta de población general realizada por CONACE" a objeto de aprovechar las ventajas del Programa Previene en la comuna, tal como se señala acertadamente en la página siguiente de la cita inicial: "Desde el punto de vista de los mecanismos de coordinación y asignación de funciones, la opción de CONACE por desplegar gran parte de la "bajada" territorial de los programas de prevención en la familia, los establecimientos educativos y los lugares de trabajo a través de las estructuras comunales del Previene en la Comuna, es una estrategia que va en la dirección correcta, pues aumenta la probabilidad que los programas sean pertinentes a las necesidades y prioridades de cada territorio."

En el mismo sentido, es necesario enfatizar que se trabaja con todas las familias que habitan en Chile, pero ciertamente desde el punto de vista de Políticas

Públicas, se interviene a partir de los instrumentos con que se cuenta para optimizar los recursos disponibles. Igualmente respecto a la población beneficiaria del componente Familia es preciso señalar que ésta posee un doble carácter: por un lado está dirigida a familias que desean participar (universal) y por otro se basa en estrategias de voluntariado que coayudan a la capacitación de las mismas. En cuanto a la población objetivo, esta se basa en el conocimiento de que las familias tengan del programa Previene ya que tal como se señaló, es a través de esta estructura local que se implementa el programa Prevenir en Familia.

Por otra parte, el informe señala que "...si bien las actividades relacionadas a la intervención temprana con grupos de riesgo, están presentes en los componentes de Educación y CONACE – PREVIENE¹ y todos los componentes del programa son pertinentes y contribuyen al logro del propósito, las acciones débilmente desarrolladas son: detección precoz, atención temprana, rehabilitación e inserción social".

En relación a lo señalado en la cita referida, cabe recordar la necesidad de tener presente el carácter de proceso que tiene el desarrollo de la estrategia nacional sobre drogas del país, la cual en su primeras fases orienta hacia la instalación de la oferta preventiva en los territorios –cuestión altamente valorada por el panel-, consolidando inicialmente la de tipo universal. Las demás intervenciones, de mayor complejidad, se han ido implementando criteriosamente, sin duda con una cobertura que, previa evaluaciones de resultados, debe ser aumentada significativamente, pero que en ningún caso pueden ser calificadas como acciones débiles. Deben extenderse hacia contextos y poblaciones de mayor complejidad para abordar la problemática de las poblaciones de mayor riesgo al consumo y tráfico de drogas, exigiendo seguir avanzando en profundizar las estrategias y programas en este sentido.

En el mismo sentido, respecto de acciones "débiles" en rehabilitación e inserción social cabe recordar que durante los años 2005 y 2006 se implementa un modelo de integración socio ocupacional, a través del programa "Abriendo Puertas", capacitándose a todos los centros de tratamiento del país en convenio CONACE-FONASA-MINSAL y se contratan mediadores sociales en las regiones para facilitar el proceso, los cuales gestionan los casos, generan itinerario de integración, colocación laboral, etc. En el año 2007 se trabaja para la transferencia de competencias técnicas para la integración social desde los mediadores socio ocupacionales y los encargados regionales de CONACE hacia los centros de tratamiento.

¹ Desde el año 2003 (año de lanzamiento de la Estrategia Nacional sobre Drogas) se han implementado acciones, iniciativas, proyectos y programas, que abordan el consumo de drogas entre jóvenes, que se han materializado en diseño e implementación de materiales técnicos específicos distribuidos nacionalmente, así como cursos de capacitación a los diferentes agentes preventivos locales, en los diferentes componentes evaluados. A partir del año 2008, se inicia el trabajo con poblaciones vulnerables al consumo de drogas a través de programas tales como, prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerable, prevención secundaria en establecimientos educacionales vulnerables, prevención en espacios de ocio y tiempo libre, entre otros.

En las Orientaciones Técnicas de los programas de tratamiento, la integración social se ha incorporado como un eje y etapa de intervención en el cual a la base está el principio de normalización, en el que la persona participe en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo necesario en el marco de las estructuras comunes de, salud, educación, empleo, recreación, cultura, y servicios sociales, reconociéndole los mismos derechos que el resto de la población. Además reconociendo que se trata de una población vulnerable, se ha orientado a los equipos CONACE Regionales, para que articulen con los agentes sociales oportunidades específicas de empleo, capacitación y estudios, en base a acuerdos interinstitucionales, trabajo con ONG, etc. En definitiva, que movilicen la red local para lograr la plena integración social de nuestros usuarios en tratamiento.

Con relación a la opinión del panel que “el indicador planteado a nivel de propósito es insuficiente para medir los resultados del mismo y básicamente aporta a la evaluación de la calidad del proceso”, cabe señalar que esta última apreciación no es menor y que evidencia que el indicador actual constituye una útil aproximación (proxy) para evidenciar el logro de los objetivos de los cinco componentes. No obstante, reconocemos la necesidad de concordar otros indicadores de resultados intermedios que permitan evaluar la efectividad a nivel de propósito y de cada uno de los componentes.

Organización y Gestión

Coincidimos con el Panel en cuanto a que “la estructura organizacional y los procesos productivos de los componentes evaluados son adecuados y permiten entregar los bienes y servicios comprometidos”. Sin embargo, no compartimos la apreciación de que existe “una debilidad en la integración organizacional de la función de evaluación y seguimiento de beneficiarios, en cada uno de los componentes. Si bien se espera obtener los resultados esperados con las acciones diseñadas se desconoce el impacto obtenido en el total de la población intervenida”.

En CONACE si existe un Área de Evaluación y Estudios que, entre sus funciones, se ocupa de evaluar procesos, productos y resultados de la oferta programática de CONACE. La existencia de tal Área está evidenciada en el mismo informe final en las páginas 81 (organigrama CONACE) y 93 (cuadro 22, estructura organizacional). Mas aún, en el texto del informe se recurre en varias ocasiones a las evaluaciones desarrolladas por dicha Área. Por ejemplo, en el extenso párrafo de la página 20 que se inicia señalando “Por su parte, la labor realizada por CONACE a través de su propuesta programática, da cuenta de resultados que aportan a la prevención en el consumo de drogas, de acuerdo a lo mostrado por diferentes estudios de evaluación realizados a estos componentes²”.

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

Respecto del “seguimiento de beneficiarios” de programas de prevención, cabe precisar que el seguimiento es una tarea cara y difícil, especialmente en programas masivos como los programas de prevención universal, e incluso programas de tratamiento de bajo umbral. El seguimiento de beneficiarios debe tener una buena justificación, por ejemplo, cuando los beneficiarios de un programa de tratamiento pueden constituir una amenaza para sí mismos o para los demás, o cuando los beneficiarios continúan recibiendo alguna clase de ayuda que sea necesario monitorear, o algo parecido. Si se trata de producir una evaluación de la calidad y efectividad de los programas basta la selección aleatoria de una muestra reducida de los beneficiarios que puede ser seguida en una o más mediciones expost.

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

Si bien compartimos ampliamente la necesidad de contar con autoridades municipales comprometidas y un coordinador comunal con las competencias y conocimientos adecuados, es preciso destacar que el compromiso municipal con el programa se evidencia en el sostenido incremento de los aportes financieros municipales, desde un 8% al inicio del programa hasta un 34% en la actualidad como aporte efectivo al presupuesto total del programa. Por otra parte, en cuanto a la habilitación del coordinador resulta relevante la certificación de competencias a través de diplomados universitarios y capacitaciones permanentes tanto presenciales como e-learning, además de la asesoría y acompañamiento técnico permanentes de los equipos regionales y nacionales de CONACE.

En otro ámbito, el informe inquiriere acerca de “...la población que se autoexcluye – por no presentar interés- en los grupos escolar y empresas privadas, pero que igualmente presenta el problema que motiva la creación de estas ofertas programáticas.”

Al respecto, es necesario precisar que el programa de prevención del consumo de alcohol y drogas, en el sistema educativo, llega actualmente a más del 93% de los establecimientos educacionales existentes en el país, los cuales han solicitado voluntariamente la implementación de los programas de prevención ofertados por CONACE. Ello demuestra que los esfuerzos desarrollados institucionalmente en este sentido, han surtido el efecto esperado, acotando las poblaciones faltantes,

no a un tema relacionado con un posible rechazo de la oferta, sino que a poblaciones o sectores que requieren una estrategia diferenciada, tales como los colegios unidocentes y escuelas especiales.

Cabe añadir a lo anterior que la evidencia internacional en esta materia, contenida en la Evaluación del programa Quiero Ser, desarrollado por la Universidad Católica de Chile el año 2007, señala que el interés y motivación de los participantes en un programa de prevención del consumo de alcohol y drogas, así como la relación establecida con la persona que dirige el programa, especialmente en estudiantes, son factores determinantes en su efectividad.

Con relación a la autoexclusión de empresas privadas cabe recordar que el programa Trabajar con Calidad de Vida ha focalizado de acuerdo a la actividad económica de cada región invitando a aquellas empresas que representan la mayor actividad económica local: mineras en el norte; agroindustria en la zona central; y, acuicultura y forestal en el sur considerando que concentran un mayor número de empleos por la vía directa e indirecta. En tales casos, CONACE invita pero quien define la participación es la empresa. Tal vez, es necesario considerar que una estrategia de alcohol y drogas sea incorporada en la normativa de prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

Por último, en relación al programa Previene el informe señala que “los recursos son asignados directamente desde el nivel central a las comunas, sin existir asignaciones regionales, según cumplimiento en los porcentajes de rendición acordados y grado de cumplimiento de la planificación anual. El traspaso de recursos está regulado por convenios directos entre CONACE y el municipio respectivo, lo que asegura un adecuado control de los mismos. Sin embargo, se observa una debilidad del modelo de asignación de recursos, en la dependencia de los profesionales del equipo comunal de Previene con el municipio (por el cual son contratados a honorarios) y no están integrados dentro de la escala de remuneraciones y beneficios del personal a contrata de esta institución, como tampoco del personal de planta de los municipios. Esto los coloca en una situación de vulnerabilidad laboral que desincentiva su permanencia en los equipos comunales, en caso de surgirles alguna alternativa laboral en condiciones de mayor estabilidad; esto explica la rotación en estos puestos detectada por el estudio complementario contratado para efectos de esta evaluación³. A esta debilidad se suma el hecho que los profesionales de los equipos comunales tienen una doble dependencia: programática con CONACE y administrativa con el municipio, modelo que requiere para su buen funcionamiento que ambas instituciones estén alineadas en sus visiones y objetivos.”

Resulta necesario distinguir entre el tipo de vinculación contractual con el programa y la situación actual de los municipios en el país, cuyo marco institucional no cuenta con facultades para incorporar en condiciones de mayores

³ ASÚN INOSTROZA P. Y CERDA VILLANUEVA B. (2009). "Procesos de Gestión Territorial CONACE Previene en la Comuna - Informe final - Estudio complementario". DIPRES – CONACE. Santiago de Chile.

beneficios laborales a los equipos comunales . No obstante lo anterior, se han incorporado progresivamente en los convenios suscritos cláusulas que reconozcan beneficios para los profesionales y técnicos que se desempeñan en comunas (licencias médicas, licencias maternales, vacaciones y otras) avanzando en mejorar el proceso de selección y generando una política de recursos humanos que fomente la permanencia de los profesionales y técnicos. En dichos convenios, además, se establecen las funciones y roles de cada una de las instituciones involucradas, lo que siempre puede perfeccionarse y profundizarse de mutuo acuerdo entre las partes.

La asignación de recursos responde al número de CONACE PREVIENE que se han instalado en cada una de las regiones del país. Allí radica la esencia del mecanismo de asignación de recursos, en este plano, a las distintas regiones y ello explica su diferenciación. Lo anterior permite cumplir con las rendiciones acordadas y con la planificación anual; esto se consigue debido al traspaso directo de recursos entre CONACE y los Municipios respectivos.

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

En relación a lo señalado, podemos indicar que, anualmente, CONACE asigna recursos a cada programa en relación a diferentes criterios, tales como vulnerabilidad, población objetivo, prevalencia de consumo, costos por beneficiarios de cada programa, entre otros. En este sentido, podemos citar como ejemplo que en el caso del programa de Tratamiento y Rehabilitación, su asignación está condicionada fuertemente por los costos de cada mes de tratamiento, además de la población que requiere o demanda el programa y su focalización territorial, lo que refleja la participación del 49% del programa en el presupuesto total. Por otro lado la asignación de recursos regionales está condicionada principalmente por el impacto que cada programa tiene en regiones de acuerdo a los criterios de asignación antes señalados, lo que implica una gran participación en términos de recursos en regiones de mayor población, vulnerabilidad y prevalencia de consumo, como son la Región Metropolitana, Región de Valparaíso y Bio-Bio en contraste con regiones que presentan menor población, vulnerabilidad y prevalencias, como son Aysén y Magallanes.

Por otra parte, en el ámbito de tratamiento y rehabilitación, el informe señala que tal componente "...no tiene una lógica enfocada a lograr resultados finales del tratamiento (alta terapéutica) en los beneficiarios, sino que prima una lógica de entrega de servicios a aquellos que se acercan a solicitarlo".

Tal afirmación desconoce que los diferentes planes de tratamiento comprenden objetivos terapéuticos a desarrollar progresivamente en la medida que se avanza en el proceso de tratamiento, considerando etapas o períodos en que las acciones terapéuticas son llevadas a cabo para el logro del objetivo, de acuerdo a la especificidad de la intervención.

Con el objeto de orientar la organización de los programas de tratamiento de manera de aumentar la probabilidad de efectividad de las intervenciones en los planes de tratamiento, se han elaborado normas y orientaciones técnico - administrativas que incluyen aspectos y elementos técnicos – clínicos específicos necesarios de tener en cuenta al momento de implementar un plan de tratamiento y rehabilitación determinado, además este modelo, incorpora un sistema de supervisión y asesoría constituido por un profesional de CONACE Regional (un profesional por cada 10 y 15 centros dependiendo el tipo de programa) y un representante del Servicio de Salud, quienes monitorean cercana y periódicamente el desempeño de cada programa, y evalúa el seguimiento de los usuarios en tratamiento y las acciones que el propio centro realiza con ellos.

El registro de los logros terapéuticos, constituyen un elemento central de los programas, pues a cada persona que egresa del centro de tratamiento, se le realiza esta evaluación que corresponde a la apreciación que hace el equipo o profesional tratante, acerca del grado de logros obtenidos en relación a los objetivos planteados para la persona consultante al ingreso del tratamiento. Los criterios incluyen la evaluación del estado clínico y psicosocial al momento del egreso y una apreciación pronóstica del equipo tratante.

Como ejemplo de la relevancia que ocupa el logro terapéutico, es que durante el año 2007 el porcentaje de personas egresadas con alta terapéutica del programa de población general constituyó un indicador PMG de CONACE ante la DIPRES del Ministerio de Hacienda.

Además, y de manera referencial, cabe recordar que en salud en Chile, especialmente en el "programa de prestaciones valoradas", que maneja FONASA con un presupuesto de 700 mil millones y en cual están incorporadas las patologías AUGE, la modalidad de transferencia o mecanismo de pago de las prestaciones e intervenciones sanitarias se realiza conforme a "caso resuelto". Es decir, se paga en base a una estandarización del proceso de resolución. Dicha estandarización se realiza conforme a las guías clínicas existentes y opinión de expertos que asesoran al Fondo. Lo mismo pasa con nuestros 2 convenios .

En ningún caso FONASA ha asociado recursos a la obtención de resultados sanitarios o al impacto clínico. La racionalidad de lo anterior está dada por la incapacidad de cualquier proveedor de salud de garantizar el impacto deseado. Se puede vigilar el proceso de entrega de la intervención de salud pero no afirmar que se obtendrá el impacto clínico esperado. En todo problema de salud convergen múltiples factores causales, y en mayor medida en aquellos problemas de salud

de naturaleza psicosocial. En este caso es todavía más difícil exigir, mediante incentivos financieros, un impacto clínico específico sobre el estado de salud de la persona. Más aún, si dicho estado de salud depende de su percepción. Este ámbito, por decir lo menos, no es “gestionable”.

Por lo anterior, cualquier revisión de la literatura sobre mecanismos de pago no entrega ninguna herramienta que vincule recursos financieros a resultados en salud. Existen mecanismos de pago como “pago por prestación”, “pago asociado a diagnóstico”, “pago por egreso”, “pago por día cama”, “pago per cápita”, o pagos por ítem presupuestario. A cada mecanismo se le asocian incentivos específicos. Pero, en cualquiera de ellos, no existe, explícitamente o implícitamente, vinculación alguna al resultado sanitario final de la intervención.

Finalmente, si bien los mecanismos de pago no tienen como objetivo el resultado sanitario en sí, el Fondo introduce en los contratos indicadores que permitan monitorear el proceso de entrega de las intervenciones. Adicionalmente, se controla y fiscaliza en terreno el cumplimiento de normas técnicas definidas por la autoridad sanitaria.

Eficacia y Calidad

En relación al análisis de cobertura, el informe expresa, en relación al componente Prevenir en Familia, que “... participaron un total de 119.670 familias⁴ en el período 2005-2008, manteniendo un promedio anual relativamente estable en el número de familias. Este componente en 2005 alcanzó una cobertura respecto de su población objetivo de 12,1%, mientras en 2008 la cobertura disminuyó a 10,5%.”

Resulta necesario precisar que el número de familias participantes para el período 2005-2008 alcanzó un total de 257.720 mientras que las habilitadas (que es el dato de la página 15 citada anteriormente) alcanzó un total de 119.670 familias (ambas informaciones están contenidas en el mismo informe en la página 115). En tal sentido el criterio técnico de eficacia debiese considerar la proporción entre familias habilitadas versus familias beneficiarias, lo que implicaría un porcentaje del 46% promedio para el año 2008.

Del mismo modo es necesario señalar que el indicador de eficacia que hace referencia a los monitores debiese considerar la proporción de monitores que replican versus los monitores capacitados (con un 44% de logro promedio al 2008) y no hacer referencia a las familias habilitadas por éstos, puesto que al basarse en estrategias de voluntariado no es una variable que se pueda controlar.

Respecto del componente prevención escolar, el informe señala que “durante el 2005 intervino 9.514 establecimientos educativos y a través de ellos se estima que llegó a 3.061.584 estudiantes. En 2008 estas cifras correspondían a 11.165 establecimientos y 3.586.839 estudiantes. La cobertura en 2005 fue de 74%

⁴ Independiente del número de sesiones que completaron.

respecto de la población potencial y 80% respecto de la población objetivo, mientras en 2008 estas coberturas aumentaron a 93% y 87% respectivamente, lo que se evalúa positivamente”

Es necesario precisar que durante el año 2005, se intervinieron 9.778 establecimientos educacionales, alcanzando una cobertura de 3.061.584 estudiantes y en el año 2008, se intervino en 11.799 unidades educativas, alcanzando una cobertura de 3.586.839 estudiantes (tal como se indica en la página 119 del informe). Por tanto, en el año 2008, las coberturas aumentaron un 87% en relación a la población potencial y un 93% respecto a la población objetivo y no al revés como se indica en la cita.

Seguidamente, el informe señala que “que en los establecimientos intervenidos cada profesor capacitado logra “prevenir” anualmente un promedio de 48 estudiantes. A partir de estos antecedentes se estimó una cobertura considerando el total de docentes capacitados y calculando el total de estudiantes prevenidos a partir de la tasa de 48 estudiantes por profesor”.

Al respecto es necesario señalar, que el máximo de relación docente alumno posible de alcanzar es 1:40 (considerando la existencia total de cerca de 100 mil docentes en el país), así como también indicar que la estructura organizacional de los RRHH, para el cumplimiento de los objetivos pedagógicos, establecen la situación de desempeño de docentes de nivel básico, en distintos cursos, niveles, ciclos, así como en distintos sectores y subsectores de aprendizaje, por lo que no corresponde utilizar la lógica de relación lineal de producción preventiva “un docente por un número determinado de estudiantes”. De la misma forma, en el sistema educativo, la distribución o asignación de estudiantes por aula, corresponde a una lógica por espacios utilizados y no a la asignación relacional de los docentes disponibles. De este modo, el indicador de relación o de posible brecha existente, no da cuenta de la eficacia y calidad de la intervención realizada.

Por otra parte, referido al componente laboral el informe señala que “...que se deben realizar mayores esfuerzos por lograr que las empresas e instituciones que ingresan al programa, egresen de él con la política instalada”.

Cabe señalar que el diseño el programa Trabajar con Calidad de Vida garantiza que al término del proceso quede una política instalada en la empresa participante. Sin embargo, tal proceso no es de corto plazo ya que obedece al desarrollo de una estrategia con una metodología que obliga a dar pasos secuenciales durante un período mínimo de un año conformado así una estrategia de desarrollo organizacional. Por ejemplo, muchas de las empresas que iniciaron el año 2008 habrán culminado su proceso durante 2009 –lo que explica porqué durante 2008 aparece sólo un 14% de las que iniciaron con política instalada. La instalación de la política está asegurada habida cuenta todas las empresas e Instituciones publicas se comprometen por escrito a tal efecto, siendo pocas las que no terminan por problemas ajenos a su voluntad (por ejemplo, quiebras).

Por otra parte, referido al programa Previene, el informe señala respecto de la población objetivo, que en el año 2008 se ha alcanzado “un 78% de la misma”. Debe precisarse, que el porcentaje de la población alcanzado el año 2008, corresponde a un 86,1% de la población nacional, tal como se indica correctamente en la página 7 del mismo informe.

3. JUSTIFICACIÓN DE LA CONTINUIDAD DEL PROGRAMA

CONACE coincide con el panel en cuanto a que los estudios en población general y escolar entregan información epidemiológica valiosa y confiable a nivel país, respecto a la situación del consumo de drogas en Chile y que tal información no puede ser comprendida como “una evaluación directa a nivel de resultados finales de la acción de intervención de CONACE, pues para ello se requiere de criterios adecuados y pertinentes del análisis de la magnitud de su impacto a nivel nacional, esto es tener claridad respecto a la envergadura y cobertura de su acción”. Asimismo, concuerda con la apreciación respecto de que “la proyección de comportamiento del problema de las drogas sugiere que dicha necesidad perdurará durante los próximos años, requiriendo una planificación eficiente para hacer frente a estas necesidades”.

En adición, valoramos la opinión del panel respecto de que “...la labor realizada por CONACE a través de su propuesta programática, da cuenta de resultados que aportan a la prevención en el consumo de drogas, de acuerdo a lo mostrado por diferentes estudios de evaluación realizados a estos componentes⁵. Asimismo, la constatación que “La forma de organización y gestión de los programas, incluyendo sus mecanismos de coordinación y toma de decisiones a nivel nacional/regional/local, permite asegurar los resultados antes mencionados”.

No obstante, al hacer referencia a algunos resultados del conjunto de evaluaciones realizadas a los diferentes componentes del programa, el informe expresa que “...el componente de prevención en familia, a través de talleres guiados por monitores, logra entregar información valiosa respecto de las drogas y sus efectos a los padres o adultos significativos, pero dicho efecto es menor en los hijos”.

En relación a lo anterior, cabe recordar que el diseño de tal programa considera como población beneficiaria a los padres de familia y no a los hijos, por lo que no debe sorprender que el mayor efecto se da en los padres y no en los hijos que no participan de las sesiones del programa. Lo que es necesario destacar, es que los hijos de aquellos padres que participaron del programa, tuvieron mejores índices

⁵- Expanzion Consulting Group Ltda. (2009) y CONACE (2007) para el componente de prevención familiar;
- CONACE (2008) para el componente de prevención escolar, particularmente programa Quiero Ser en octavos básicos;
- Asesorías para el Desarrollo (2008) para el componente de prevención laboral;
- Universidad de Chile (2008) para el componente de tratamiento y rehabilitación en población general;
- INAP-CESC (2006) para el componente de CONACE Previene en la comuna.

de percepción de riesgo frente al consumo de drogas, respecto de aquellos hijos cuyos padres no participaron del programa.

4. PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Diseño

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

De acuerdo con la recomendación.

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

De acuerdo con la recomendación, haciendo la salvedad de lo señalado en páginas anteriores respecto de que en ningún caso que las intervenciones en detección precoz o atención temprana son “débiles”, sino que reflejan el carácter de proceso de la acción preventiva y el paso a etapas superiores de abordaje del fenómeno.

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

De acuerdo con la necesidad de reforzar tales acciones. Sin embargo, es necesario tener presente que el trastorno por consumo de drogas, es una enfermedad crónica y recidivante tratable, cuyo tratamiento debe ser concebido como un proceso llevado a cabo en el largo plazo. En tal proceso, los logros terapéuticos se encuentran fuertemente influenciados por la disposición del paciente a recibir ayuda y a poner en práctica las medidas recomendadas por los clínicos, es una población que presenta características complejas y variadas

respecto a su proceso de cambio, dado que su disponibilidad o deseo de dejar su consumo, fluctúa constantemente.

Concientes de la necesidad de reforzar acciones que aseguren la retención de los usuarios en tal proceso, el diseño técnico-administrativo en Tratamiento se ha elaborado para fomentar la permanencia y adherencia de los usuarios; técnicamente a través de capacitaciones continuas (talleres, seminarios, diplomados) y asesorías clínicas (por un profesional de CONACE) a los equipos tratantes, en estrategias que buscan apoyar y fortalecer el proceso de motivación al cambio de los usuarios, también se han elaborado Normas Técnicas, que fomentan la alianza terapéutica y el trabajo con la familia como red de apoyo y se exige además que cada centro cuente con un plan de seguimiento y rescate.

Organización y Gestión

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

Como ya señaláramos la función de evaluaciones de procesos, productos y resultados de los programas recae en el Área de Evaluación y Estudios tal cual reconoce el mismo informe final de evaluación en las páginas 81 y 93. Por su parte, los estudios realizados por tal Área son mencionados por el panel en la página 20 del mismo informe, en el extenso párrafo que se inicia señalando: “Por su parte, la labor realizada por CONACE a través de su propuesta programática, da cuenta de resultados que aportan a la prevención en el consumo de drogas, de acuerdo a lo mostrado por diferentes estudios de evaluación realizados a estos componentes⁶”.

Respecto del “seguimiento de beneficiarios” de programas de prevención, cabe hacer presente que el seguimiento es una tarea cara y difícil, especialmente en programas masivos como los programas de prevención universal, e incluso programas de tratamiento de bajo umbral. El seguimiento de beneficiarios debe tener una buena justificación, por ejemplo, cuando los beneficiarios de un programa de tratamiento pueden constituir una amenaza para sí mismos (riesgo de suicidio) o para los demás (probabilidad de delinquir), o cuando los beneficiarios continúan recibiendo alguna clase de ayuda que sea necesario monitorear, o algo

⁶. Expanzion Consulting Group Ltda. (2009) y CONACE (2007) para el componente de prevención familiar;
- CONACE (2008) para el componente de prevención escolar, particularmente programa Quiero Ser en octavos básicos;
- Asesorías para el Desarrollo (2008) para el componente de prevención laboral;
- Universidad de Chile (2008) para el componente de tratamiento y rehabilitación en población general;
- INAP-CESC (2006) para el componente de CONACE Previene en la comuna.

parecido. Ahora bien, si se trata de producir una evaluación de la efectividad de los programas basta la selección aleatoria de una muestra reducida de los beneficiarios que puede ser seguida en una o más mediciones expost. En ese sentido entendemos esta recomendación, es decir, fortalecer las evaluaciones de resultados de los programas a través de la selección de una muestra representativa de beneficiarios que puede ser contactada una o más veces después de las aplicaciones correspondientes.

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

De acuerdo con la recomendación.

3. En los programas preventivos donde los beneficiarios acceden por autoselección e interés por participar—entendida por la elección de la alternativa de aceptar o rechazar la oferta de prevención—, se sugiere precisar los criterios de focalización y diseñar ofertas diferenciadas para la población que no demuestra interés o motivación por incorporarse, pero que igualmente presenta la necesidad de recibir prevención primaria (antes de presentar el problema de consumo) o terciaria (tratamiento/rehabilitación) que motiva la creación de estas ofertas⁷.

Con relación a esta recomendación resulta necesario precisar que la mayor parte de los programas de prevención y tratamiento están basados en adhesiones voluntarias (con la excepción del programa de prevención escolar que generalmente se aplica a todos los estudiantes que se encuentran presentes en un día normal de clases). No existe evidencia, sin embargo, que la auto-selección de beneficiarios en estos programas introduzcan algún sesgo particularmente grave, aunque en algunos casos la literatura especializada suele advertir que quienes participan en programas voluntarios de prevención suelen ser quienes menos tienen necesidad de ello. No ocurre lo mismo, sin embargo, en tratamiento (véase, por ejemplo, la proporción de personas en tratamiento que marca efectivamente dependencia o abuso de drogas). En el caso de prevención el único programa verdaderamente expuesto a un sesgo de selección puede ser el programa de prevención familiar. En tal sentido, la recomendación debiera ser tomar en cuenta tal posibilidad y realizar un estudio que permita documentar sesgos de selección que sea necesario corregir, pero no emprender acciones remediales antes de tener buena evidencia de la necesidad de las mismas.

⁷ Para CONACE, aquella población que presenta consumo y se autoexcluye, tiene características que requiere una intervención específica. Desde el año 2008 se han iniciado intervenciones de prevención selectiva con jóvenes en territorios vulnerables, prevención secundaria en establecimientos educacionales vulnerables, intervenciones en lugares de ocio y recreación, entre otros.

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

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

En desacuerdo con la recomendación. Los estudios epidemiológicos llevados a cabo por CONACE en población general y escolar permiten medir prevalencias de drogas lícitas (tabaco, alcohol, fármacos) e ilícitas y de los factores relacionados con el uso de drogas (abuso, dependencia, incidencia, precocidad, prevalencia múltiple, percepción de riesgo, facilidad de acceso y otras). Además tales encuestas proporcionan información sobre factores de riesgo y protección, actitudes y opiniones sobre el problema e importantes indicaciones sobre el estado de la oferta de drogas en el país.

En las encuestas de drogas es imprescindible cautelar la comparabilidad de las series para advertir tendencias (que constituyen la información más importante, por encima de las magnitudes), algo que requiere un control preciso que no se obtendría al acogerse a instrumentos manejados por otras agencias. Nada más que las preguntas de núcleo de una encuesta de drogas (prevalencias de distintas drogas, edad de inicio, intensidad de uso, abuso y dependencia) ocupan alrededor de 40 preguntas en un cuestionario normal de 90, no se trata de cosas que se puedan preguntar al pasar en otros instrumentos.

Casi todos los países desarrollados construyen series de drogas con encuestas anuales (en particular EEUU con Monitoring The Future , y una encuesta nacional de hogares similar a la chilena) o bienales (sobre todo en los países europeos), siempre con instrumentos específicamente diseñados para investigar uso y abuso de drogas. Nuestro país ha promovido también iniciativas subregionales de información comparada que están basadas en encuestas periódicas y de estándar internacional. Discontinuar las series de drogas que se han construido en el país (o transferirla a instrumentos que no están diseñados para esto) empobrecería gravemente la información y discusión sobre el problema de drogas, afectaría la credibilidad pública de datos que se encuentran ampliamente validados y oscurecería la dirección de políticas públicas en este ámbito.

Otra cosa distinta es intentar rebajar los costos de los estudios nacionales de drogas, algo que puede conseguirse con ajustes técnicos (por ejemplo, reducir los tamaños muestrales de ambos estudios, especialmente del estudio de escolares donde se puede obviar el Primero y Tercero Medio, o también del estudio nacional de hogares circunscribiendo el tramo de edad considerado). No es aconsejable reducir la periodicidad bienal de los estudios si el objetivo es monitorear tendencias e informar acerca de la implementación de la estrategia y políticas nacionales de drogas (encuestas trienales o cuatrienales dejan prácticamente a ciegas la política de drogas de un período completo de gobierno). El dinamismo del fenómeno de consumo y oferta de drogas es algo que se puede comprobar fácilmente con la experiencia acumulada en estos años (por ejemplo, la caída súbita de la percepción de riesgo en marihuana o aumento del consumo y tráfico de drogas dentro de los colegios fueron tendencias que se pesquisarón en período de tiempo muy breves y sobre las que se actúa oportunamente).

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

De acuerdo con la recomendación. Hay que agregar que también se cuenta con buenos registros de procesos y resultados de la aplicación de programas a través del sistema COLABORA.

No obstante cabe recordar que en el ámbito de tratamiento y rehabilitación se ha avanzado mediante el estudio llevado a cabo por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile cuyo objetivo fue evaluar la mantención y cambio de los distintos logros terapéuticos en un grupo de beneficiarios de los diferentes planes de tratamiento y su relación con las condiciones de egreso, sean estos altas o abandonos, para lo cual se realizó un seguimiento de una cohorte de beneficiarios de los planes de atención de los centros en Convenio con CONACE durante 3 años.

Las distintas evaluaciones que se han realizado a nivel de diseño, proceso y resultado a los programas de planes de tratamiento, por instituciones externas calificadas, han permitido que actualmente CONACE cuente con un modelo de atención técnico administrativo, validado.

(iii) Contar con información respecto de la efectividad de las intervenciones sobre factores protectores, prevención de factores de riesgo, tratamiento y rehabilitación de los daños asociados al consumo de drogas. Corresponde a estudios de

específicos que evalúen resultados de proyectos particulares, en vistas a validar experiencias y replicarlas a mayor escala. Actualmente esto ha sido realizado por Conace para algunas intervenciones, sin embargo los ámbitos de la prevención secundaria y de la rehabilitación y reinserción social requieren de una mayor priorización. Se recomienda el fomento de estos estudios en la comunidad científica.

De acuerdo con la recomendación, teniendo presente que la evaluación de la efectividad de los programas es una tarea en la que se debe mejorar, pero especialmente en los programas que ya tienen un período de maduración suficiente como en prevención primaria y rehabilitación. Prevención secundaria y reinserción social son áreas en las que los programas están comenzando o en sus fases iniciales de desarrollo.