

**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

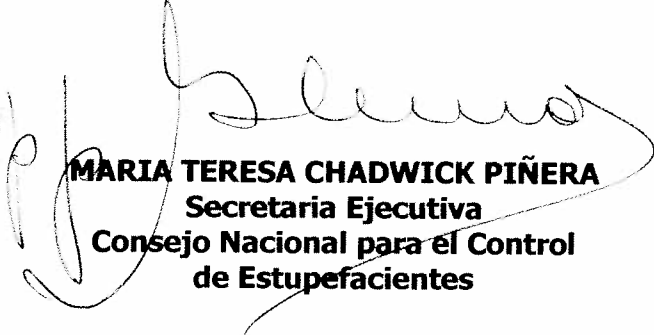
Ref.: Adjunta comentarios a
Informe Final preparado por Panel
de Evaluación de Programas de
CONACE.

De nuestra consideración:

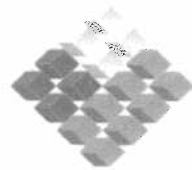
Nos es grato adjuntar los comentarios de nuestra institución al Informe Final elaborado por el Panel de Evaluación de los programas Prevenir en Familia, Prevención del Consumo de Alcohol y Drogas en el Sistema Educativo, Trabajar con Calidad de Vida, Tratamiento y Rehabilitación y CONACE PREVIENE en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

Sin otro particular, le saluda atentamente,




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


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.