

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 INTEGRAL, 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 trasposos 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.