

ANEXO N°1

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES 1998

LISTA DE PROGRAMAS A EVALUAR :

Cód.	Programa	Ministerio / Servicio Público
01	Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes	Ministerio del Interior
02	Transferencias a INTEGRA	Ministerio del Interior
03	Programa Servicio País	Ministerio del Interior
04	Programa de Mejoramiento de Barrios	Ministerio del Interior
05	Programa de Promoción de Exportaciones	Ministerio de Relaciones Exteriores
06	Fondo de Asistencia Técnica (FAT)	MINECOM / CORFO / SERCOTEC
07	Programa de Estudios Pre y Posgrado	MINECOM / CORFO
08	Proyectos de Fomento PROFOS (CORFO, SERCOTEC, Agrícola.)	MINECOM / CORFO
09	Financiamiento de PYMES y Exportadoras	MINECOM / CORFO
10	Fondo de Investigación Pesquera	MINECOM / Subsecretaría de Pesca
11	Corporaciones de Asistencia Judicial	Ministerio de Justicia
12	Programas de Rehabilitación y Reinserción Social	Ministerio de Justicia / Gendarmería de Chile
13	Programa de Deporte Recreativo	Ministerio de Defensa / Digeder
14	Programa de Alto Rendimiento	Ministerio de Defensa / Digeder
15	Programa de Caletas Pesca Artesanal	Ministerio de Obras Públicas / DIGEOP
16	Fundación para la Innovación Agraria	Ministerio de Agricultura / ODEPA
17	Inversión Financiera - Préstamos INDAP	Ministerio de Agricultura / INDAP
18	Proyecto de Secano Costero	Ministerio de Agricultura / INDAP
19	Programa de Fiscalización	Ministerio del Trabajo / Dirección del Trabajo
20	Programa de Becas de Capacitación Laboral SENCE	Ministerio del Trabajo / SENCE
21	Centros de Prevención de Alcoholismo y Salud Mental	Ministerio de Salud
22	Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño	Ministerio de Salud
23	Prog. Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera	Ministerio de Salud
24	Programa de Disminución de Contaminación Iquique y Talcahuano	Ministerio de Salud
25	Inversión Real en Parques Urbanos	MINVU/ SERVIU
26	Programas Viviendas Progresivas	MINVU/ SERVIU
27	Subsidios Rurales y de Colonización	MINVU/ SERVIU
28	Subsidios al Transporte Regional	MINTRATEL
29	Programa de Fiscalización	MINTRATEL
30	Fondo de Desarrollo de las Telecomunicaciones	MINTRATEL
31	Programa de Becas Presidente de la República. D.F.L. 22	MIDEPLAN
32	Generación de Capacidades en Localidades Pobres	MIDEPLAN / FOSIS
33	IRAL. Desarrollo Productivo Rural.	MIDEPLAN / FOSIS
34	Fondo de Tierras y Aguas Indígenas	MIDEPLAN / CONADI
35	Aplicación Artículo 55 Ley N° 19.284. (FONADIS)	MIDEPLAN / FONADIS
36	Fondo Nacional de Fomento al Libro y la Cultura	MINEDUC
37	Prevención a la Drogadicción y al Alcoholismo	MINEDUC
38	Programas de Educación Preescolar	MINEDUC / JUNJI
39	Programas de Salud y Atención Médica Escolar	MINEDUC / JUNAEB
40	Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico	CONICYT

332.673
CH=37H
1998
t.4



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

**PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE
PROYECTOS
GUBERNAMENTALES
1998**

**INFORME FINAL
TOMO IV**

24180

COMITE INTERMINISTERIAL DE MODERNIZACION
DE LA GESTION PUBLICA



REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCION DE PRESUPUESTOS

INFORME FINAL DE EVALUACIÓN

**PROGRAMA DE AREAS
PRIORITARIAS DE ALCOHOL Y
DROGAS (APAD)
AREA DE SALUD MENTAL
MINISTERIO DE SALUD**

**PANEL DE EVALUACION:
RODRIGO AGUIRRE (COORDINADOR)
ANDREA ALVAREZ
FERNANDO SALAMANCA
RICARDO POBLETE**

AGOSTO 1998

MINISTERIO DE HACIENDA

DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACION 1998

FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FORMATO A

RECONSTRUCCION DEL PROGRAMA/PROYECTO

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/ PROGRAMA	
1.1 Nombre del Programa/proyecto	
Area Prioritaria Alcohol y Drogas Unidad de Salud Mental	Código:22
1.2 En caso de ser Proyecto, señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula.	
1.3 Ministerio Responsable: Ministerio de Salud	
1.4 Servicio responsable (si corresponde):	
1.5 Unidad interna responsable directa del programa/proyecto	
Unidad de Salud Mental Programa de las Personas División de Salud de las Personas	
1.6 Nombre del profesional responsable del programa/proyecto	
Alberto Minoletti	
1.7 Año de inicio del programa/proyecto	1990
1.8 Año de término del programa/proyecto	en curso

1.9 Principales cambios introducidos por año (si corresponde) Año

Documento Políticas y Planes de Salud mental. 1993- Normas técnicas y programáticas en beber problema. 1993

- b) Introducción de los P.C.P. 1995**
- c) Fijación de normas de calidad de atención para personas con problemas de drogas y alcohol 1995**
- d) Orientaciones técnicas para el trat. y rehab. de personas con probis. de drogas**
- e) Definición de 16 prioridades de salud a nivel nacional, una de las cuales es Tabaco, Alcohol y Drogas**

A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA/PROYECTO

II. JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO

1. Justificación a nivel de políticas públicas

A este nivel la justificación esta dada por los datos de prevalencia de alcoholismo y drogas en el país, información que se refuerza y actualiza en 1993 y 1997 en el documento "Políticas y plan nacional de S.M. (1993) y Actualización de políticas y plan nacional de S.M.: período 1997-20001.

Se suma a lo anterior inexistencia de recursos y respuestas técnicas para esta problemática en los Servicios de Salud, a pesar de su impacto en la salud pública, a excepción del programa de tratamiento de alcoholismo en atención primaria, que tenía escasa cobertura e impacto. En este sentido, no existían profesionales con horas dedicadas a la prevención y tratamiento de personas con problemas de drogas y alcohol, ni metodologías de trabajo, infraestructura, normas de atención, orientaciones técnicas, material audiovisual, ni tampoco recursos financieros para operación de programas en los Servicios de Salud. A nivel del Ministerio de Educación no existían programas de prevención, ni se desarrollaban otras actividades preventivas en otros sectores, a excepción de esfuerzos aislados de organismos policiales y algunas ONGs.

Se plantea la necesidad de intervenir en atención al aumento en la población del consumo de drogas ilícitas y el consumo más temprano de las lícitas.

2. Justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

El Programa muestra una exhaustiva información en dos áreas : La de los costos económico del alcohol y drogas y de sus efectos en la salud humana y la multicausalidad de los factores que influyen en el consumo y abuso del alcohol y de las drogas donde hay factores biológicos, psicológicos y sociales. Las condiciones de pobreza y marginación del trabajo , del sistema educacional y de oportunidades de recreación, constituyen factores de riesgo para el consumo de alcohol y drogas.

En Actualizaciones del Plan 97-2000 se actualiza el diagnóstico destacándose

- Años de vida potenciales perdidos por discapacidad (AVISA), con un alto costo social para el Estado, las comunidades y las familias.
- Entre los trastornos de Salud mental más frecuentes de la población, 11% abuso y dependencia de alcohol.
- De la población entre 15 y 44 años, el 10% de AVISA se deben a abuso de alcohol y drogas.
- Características del consumo en escolares en edad adolescente (p.4)
- Uso de tranquilizantes en mujeres (11%) y dependencia de tranquilizantes en mujeres (3%)
- Abuso de alcohol y drogas como el problema más frecuentes en salud mental para los hombres. se observa un aumento en la prevalencia del consumo de alcohol en mujeres y en adolescentes.
- Desde la percepción del usuario, los problemas de S.M. se ubicarían dentro de los más importantes y urgentes de resolver a corto plazo para mejorar su calidad de vida (Según diversos diagnósticos comunitarios participativos realizados a nivel comunal y nacional a partir de 1990).

3. Antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad:

(a) Constitucionales

La obligatoriedad constitucional del Estado de resguardar la vida e integridad de los ciudadanos

(b) Legales

Ley 19.366 de Drogas , que prohíbe el consumo de drogas ilegales y obliga a los Servicios de Salud a proveer actividades de peritaje y tratamiento.

Ley 17.105 de Alcohol que obliga a los Hospitales a tener centros de educación para alcohólicos.

(c) Administrativos

La Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas de la República de Chile, que hace responsable al Ministerio de Salud en la promoción del desarrollo de programas de capacitación y perfeccionamiento para el diseño, ejecución y evaluación de actividades de promoción de salud mental , y de Planes Específicos del Plan General de Tratamiento y Rehabilitación, como son el Plan de sistema de registro y procesamiento de información, el Plan de apoyo a las actividades de tratamiento y rehabilitación, el Plan de formación, capacitación, perfeccionamiento de personal para el tratamiento y rehabilitación, el Plan de participación comunitaria en el tratamiento y rehabilitación y el Plan de tratamiento y rehabilitación de los consumidores de drogas en los lugares de trabajo.

III. IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. ¿Cuál es el fin planteado por el programa/proyecto?

El fin del Programa (o sea el Area Prioritaria) no esta explícito en los documentos, los mas cercano a el es el Fin propuesto en el Marco Lógico elaborado por el Programa y que es

Contribuir a mejorar la salud biopsicosocial a través de aminorar los problemas de salud asociados al consumo de Alcohol y Drogas. Sin embargo este un Firex post descrito durante la evaluación

Otro Fin a armonizar puede corresponder al propósito de la Unidad de Salud Mental en que el Area o Programa se desarrolla y que en su documento de "Actualización de Políticas y Plan Nacional de Salud Mental: Periodo 1997-2000" que dice "Contribución al logro de objetivos del Sistema de Salud, mediante la integración de aspectos psicológicos y sociales en la acciones generales de salud y a través de las acciones particulares de promoción, protección y recuperación de la salud mental de la población.

2. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto?

En el Marco Lógico elaborado para la evaluación se mencionan la Prevalencia de personas con dependencia alcohol/drogas, por Servicio de Salud y las encuestas a consultantes de Servicios de Urgencia

Hay que considerar las evaluaciones cualitativas donde se han medido variables que tienen que ver con la satisfacción de los pacientes y sus familiares con los resultados del tratamiento, con la accesibilidad a los programas de tratamiento y el trato recibido por parte de los equipos de salud. Del mismo modo, en prevención se han utilizado variables de evaluación cualitativa para medir satisfacción con los resultados, tales como cambios en las conductas de los jóvenes, cambios en las emociones de los jóvenes en relación a su comunidad, conocimiento del problema por parte de los jóvenes, impacto de los proyectos en la comunidad, satisfacción de expectativas de los jóvenes respecto al programa. No obstante lo anterior estas variables no son usadas como indicadores del Fin.

En otros documentos del Programa no se identifican indicadores para evaluar el logro a nivel de FIN.

3. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto?

No se mencionan

4. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado?

Las dos encuestas nacionales (CONACE), Las encuestas DUSI (en población escolar) y las Encuesta a consultantes de Servicios de Urgencia. Además están las evaluaciones cualitativas externas realizadas por los equipos de la Universidad Diego Portales y Gredis.

5. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto?

Los informes anuales 1995 y 1997 se refieren mas bien al cumplimiento de propósitos del Programa o Area.

Los estudios cualitativos externos realizados señalan lo siguiente

() prevención, se reconoce la eficacia de las distintas modalidades utilizadas para este efecto

* La total satisfacción con la experiencia de red comunitaria entre monitores poblacionales, unidades vecinales y consultorios para la detección temprana de beber problema y acceso a tratamiento para quienes tengan problema de dependencia;

*La eficiencia de la prevención en el sistema escolar para socializar elementos de prevención en una comunidad altamente receptiva a estos mensajes como es la escolar

En tratamiento y rehabilitación existen experiencias exitosas en modelos de internación asociados a redes de tratamiento ambulatorios, modelos comunitarios, modelos con base en la atención primaria de salud y otros con base en la atención secundaria. En general se observa en ellos un alto grado de satisfacción de los pacientes, un grado importante de mantención en la abstinencia, la recuperación del núcleo familiar y la paulatina reinserción social.

6. ¿Cuáles son los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto?

(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

A nivel general seguir privilegiando un enfoque intersectorial. Se menciona el rol creciente de CONACE y la participación del MINSAL en el diseño e implementación de políticas y programas.

Se supone la mantención del rol de CONACE como co-ejecutor del Fondo para Tratamiento y Rehabilitación (1998), y mantención de coordinación y colaboración con Mineduc.

(b) A nivel de otras instituciones públicas

Se hace referencia a coordinación con otras instituciones como INJ, MINSAL, CONACE y Consejos Regionales de Drogas. A nivel general seguir privilegiando un enfoque intersectorial, con una participación creciente del MINSAL en el diseño e implementación de políticas y programas.

Mantener e incrementar la coordinación y colaboración con las Municipalidades para el desarrollo de programas comunitarios y de focalización en la atención primaria de salud.

(c) A nivel de condiciones sociales

No se mencionan, debería suponerse que la optimización de ellas en el tiempo contribuyen positivamente los resultados

(d) A nivel de condiciones económicas

No se mencionan, debería suponerse una estabilidad del Presupuesto público

(e) A nivel de condiciones políticas

No se mencionan.

(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

No se mencionan, pero es evidente que la acción del Area tiene relación con privados como la Corporación Paz Ciudadana, ONGs y grupos de autoayuda, luego se supone su colaboración

IV. IDENTIFICACION DEL PROPÓSITO DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. ¿Cuál es el propósito planteado por el programa/proyecto?

Contribuir a la disminución de la oferta y a la demanda de alcohol y drogas en la población chilena, además de disminuir los problemas relacionados con el alcohol y droga en la población que ya consume.

En las evaluaciones 1995 y 1996 como objetivos específicos se plantean

1. Contribuir a la disminución de la oferta de alcohol y otras drogas, con acciones coordinadas con los diversos sectores.
2. Contribuir a disminuir la demanda de alcohol y otras drogas y postergar la edad de inicio de consumo promoviendo un pleno desarrollo personal, estilos de vida saludables, habilidades sociales, uso constructivo de tiempo libre e información veraz sobre los efectos de tales sustancias.
3. Detectar precozmente a las personas que abusan de drogas y alcohol con el fin de motivarlos para iniciar tratamiento antes de la aparición de complicaciones o dependencia.
4. Desarrollar una red de servicios y programas destinados a la atención integral de consumidores de sustancias.
5. Implementar un sistema nacional y regional de vigilancia epidemiológica de alcohol y drogas que facilite la obtención periódica de información sobre prevalencia de consumidores, tipos de sustancias de abuso, formas de consumo y factores de riesgo y protectores.

Según Marco Lógico elaborado en 1998 para esta evaluación los propósitos serían

Contribución a disminución oferta

Contribución disminución de demanda vía protagonismo juvenil

Detección precoz

Desarrollo de red de alcohol y drogas

Vigilancia epidemiológica

2. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto?

No se construyen indicadores de logro a nivel del Propósito. Se construyen indicadores sobre la base de acciones de un "Año Base" o sobre el año anterior, lo que permite observar progresión o regresión en relación al cumplimiento de una meta propuesta.

En el Marco Lógico la unidad plantea los siguientes indicadores

Objetivo 1:

Nº de Leyes y Proyectos de Ley, Reglamentos, y Políticas con aporte técnico de MINSAL.

Objetivo 2:

Adolescentes de entre 10 y 19 años participantes de actividades de prevención.

Porcentaje de comunas con Programas y Comisiones Intersectoriales de prevención

Objetivos 3 y 4:

Número de personas con problemas de alcohol y drogas en tratamiento, definiéndose número y tipo de actividad de tratamiento y rehabilitación por persona y número y tipo de lugares de atención.

Objetivo 5:

Número de documentos de vigilancia epidemiológica.

En la Evaluación 1995 no se mencionan indicadores, sino acciones (que se pueden asociar a indicadores como sigue)

Disminución de oferta:

Proyecto de Ley que modifica Ley de Alcoholes
Ley de Drogas (Reglamento)
Prescripción Racional de Benzodiazepinas
Ley de Tabacos

Disminución de demandas

Cobertura en prevención de grupo 10-17

Nº de PCPs

Nº de programas preventivos con contenido desarrollo personal, habilidades sociales y conocimiento Alcohol drogas

Campaña de comunicación social "Sin drogas, mas libres"

Tratamiento y Rehabilitación

Cobertura de beneficiarios

Actividades

Relación actividad/paciente

Lugares de atención

Evaluación normas técnicas

Normas de calidad de atención

Orientaciones técnicas

Vigilancia epidemiologica

Diferencias temporales de consumo Servicios de Urgencia

Diferencias temporales de consumo Centros de Detenciones

3. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel propósito se ha propuesto el programa/proyecto?

a) informe 95:

objetivo 2:

aumentar cobertura beneficiarios de prevención al 15% de la población de 12 a 17 años.

incrementar protagonismo de adolescentes en prevención, alcanzando a 1000 proyectos ejecutados por ellos.

objetivo 3 y 4:

no se explicitó, pero correspondió a iniciar y registrar actividades de tratamiento y rehabilitación de alcohol y drogas en todos los Servicios de Salud del país.

(b) informe 96:

objetivo 2:

contribuir a aumentar cobertura beneficiarios de prevención al 10% de la población adolescente.

llenar a un 3.5% de la población adolescente participando en proyectos comunitarios de prevención PCP

llegar a un 17% de comunas con programas y comisiones intersectoriales de promoción y prevención.

objetivo 3 y 4:

aumentar el número de personas identificadas e intervenidas por problemas de alcohol y drogas en un 17%.

No se registran metas de impacto que den cuenta del propósito propuesto.

Las metas propuestas dan cuenta de alcance de algunos componentes en términos de cobertura del Programa de adolescentes en PCP), o de metas de gestión cuantificadas, en términos de servicios entregados (n° y tipo actividad en tratamiento y rehabilitación, por persona).

4. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado?

Estudios de prevalencia nacionales (CONACE y encuesta DUSI en escolares. Encuesta a consultante de Servicios de Urgencia.

Registros de los Servicios de Salud de actividades de prevención, tratamiento y rehabilitación, consolidados enviados periódicamente a Unidad de Salud Mental MINSAL (consolidados nacionales e informes 95 y 96).

Catastro de lugares de atención.

Documentos de leyes, reglamentos, políticas y vigilancia epidemiológica

5. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto?

De acuerdo a informes 95 y 96, y acciones realizadas en 1997, se plantean los resultados que contribuyen a cumplimiento de los objetivos:

Objetivo 1:

elaboración de 2 conjuntos de indicaciones a proyecto de ley de alcoholes

diseño de una política nacional de alcohol

contribución a la elaboración del reglamento de ley de drogas (19.366)

elaboración de listado de instituciones idóneas para ley de drogas (19.366)

elaboración de listado de médicos peritos para ley de drogas (19.366)

diseño de una propuesta de modificación a ley de drogas (19.366)

confección y distribución de Normas Técnicas para la Prescripción Racional de Benzodiazepinas

Objetivo 2:

más de 200.000 adolescentes (casi 10%) expuestos a actividades preventivas cada año

aumento del protagonismo de los jóvenes a través de PCP (sobre el 4%)

alrededor de 200 comunas, con mayor focalización en pobreza, participando en programas de prevención con comisiones intersectoriales

refuerzo de la calidad de actividades a través de elaboración y difusión de 2 manuales: Sin drogas más libres (manual de prevención) y Orientaciones para un Programa Comunal.

Objetivos 3 y 4:

alto número de personas identificadas con problemas de alcohol y drogas en establecimientos públicos de salud y con alguna intervención básica (entre 30.000 a 40.000 casos activos al año)

aumento del número de personas que completan tratamiento en comunidades terapéuticas (de 69 en 1995 a 448 en 1997), las que trabajan en red con los establecimientos de los Servicios de Salud.

aumento del número de actividades terapéuticas grupales a las que acceden personas con problemas de alcohol y drogas (de 11.567 en 1995 a 17.311 en 1997)

aumento del número de lugares de atención a los cuales pueden acceder estas personas (de 299 en 1995 a 430 en 1997)

(en la mayoría de los lugares de atención sólo se identifica a las personas con problemas de alcohol y drogas las apcya y motiva para que se incorporen a algún programa de rehabilitación y/o grupo de autoayuda) refuerzo de la calidad de atención a través de elaboración y difusión de normas: 1) Beber Problema, Tratamiento y rehabilitación, 3) Calidad de Atención, y 4) Reglamento de Comunidades Terapéuticas. refuerzo de la motivación para tratamiento a través de la difusión de piezas audiovisuales (video, folleto y afiche)

Objetivo 5:

contribución al diseño, ejecución y análisis de resultados de 2 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas Hogares (CONACE)

coautoría con MINEDUC en 2 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas en Población Escolar

3 estudios de prevalencia de drogas en servicios de urgencia y en comisarias

un informe sobre registro continuo en centros de tratamiento de drogas y alcohol

transferencia tecnológica a Servicios de Salud de metodologías cualitativas para diagnósticos locales.

No es posible determinar el logro del propósito a partir de la información disponible. La información disponible evalúa cumplimiento de acciones específicas no del propósito.

6. ¿Cuáles son los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo?

(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

Se asume priorización compartida con CONACE para asignación de recursos del Fondo Concursable para Tratamiento y Rehabilitación (1998) y coherencia con los propósitos del Área Alcohol y Drogas.

Se asume coordinación regular con Mineduc e INJ.

(b) A nivel de otras instituciones públicas

Un flujo de recursos estable del Ministerio de Hacienda

(c) A nivel de condiciones sociales

Estabilización de la tasa de prevalencia o su concentración en adicciones como alcoholismo

(d) A nivel de condiciones económicas

Capacidad de financiamiento público, ausencia de crisis sucesivas

(e) A nivel de condiciones políticas

no se mencionan

(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Capacidad de la comunidad para ejecutar PCPs o lo mismo referido a contratos con ONGs o consultoras externas y comunidades terapéuticas.

V. IDENTIFICACION DE COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO

Identificación de los componentes que produce el programa/proyecto

Los componentes en la Evaluación 1995 se pueden asimilar a los propósitos y en la Evaluación 1997 a

1. Cobertura prevención Jóvenes 10-19 en sistema escolar, 2. PCPs, 3. Promoción de enfoques comunales
4. Tratamiento y Rehabilitación

Según el Marco Lógico los componentes actuales son

- 1.- Asesoría y asistencia técnica y financiera a los Servicios de Salud y organizaciones de Autoayuda
- 2.- Diseño de transferencias de normas y orientaciones técnicas y programáticas para la prevención tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas
- 3.- Difusión y comunicación social
- 4.- Coordinación y formulación de políticas públicas y perfeccionamiento de leyes vigentes
- 5.- Participación en estudios nacionales

5.1 Componente 1

Asesoría y asistencia técnica y financiera a los Servicios de Salud y organizaciones de Autoayuda

1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?

Deben inferirse los indicadores de transferencias financieras
Transferencias URACH
Numero e impacto de PCPs

2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?

Cantidad de Grupos de autoayuda apoyados
Incremento de beneficiarios de PCPs y prevención escolar

no explicitadas en documentos

- 100% de los Servicios de Salud
- 100% de grupos de autoayuda con organización nacional

3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente programa/proyecto se ha logrado?

Están mencionados en la sección anterior

4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?

Es bastante alto si se refiere a cumplimiento de transferencias financiera, es menor en la cantidad de grupos de autoayuda beneficiados y es baja en relación a la cobertura en relación a grupos objetivos

Los 28 Servicios de Salud han recibido (a nivel de Encargado de Salud Mental u otro profesional de la Unidad de Salud Mental) : recursos financieros, normas y orientaciones técnicas, material educativo, apoyo permanente a través de teléfono, fax y correo, y reuniones de asesoría (1 a 2 reuniones nacionales y 1 a 2 reuniones locales con cada Servicio)

Se ha entregado asesoría, documentos y/o recursos financieros a los siguientes grupos de autoayuda:
Directiva Nacional de Unión Rehabilitadora de Alcohólicos de Chile (URACH), Junta Nacional de Alcohólicos Anónimos, Clubes Multifamiliares, Pastoral Nacional de Alcoholismo y Drogadicción,
Fundación Contra

5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo
(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras
Relación con la comunidad escolar
(b) A nivel de otras instituciones públicas
Coordinación con Municipios
(c) A nivel de condiciones sociales
No es relevante
(d) A nivel de condiciones económicas
Mantención de los Fondos Centro de Alcoholismo como mecanismos de financiamiento por su aporte al A
(e) A nivel de condiciones políticas
No son relevante
(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
No son relevantes
6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto
(a) Caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto
Miembros de URACH, son en su mayoría de clase media baja y sectores populares Los alumnos de los colegios serían de sectores populares en los PCPs participan jóvenes de sectores populares
Nivel socioeconómico bajo: escuelas municipales, comunas pobres, y beneficiarios FONASA. 60 % de menor ingreso de la población chilena: alrededor de 8.000.000.
(b) Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos
Población 10-19 años 2.650.542
(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por programa/proyecto
Total de jóvenes beneficiarios en actividades de prevención: 245.357 (Evaluación 1997) Total de beneficiarios en Programas de prevención 353.914 (Evaluación 1997) Jóvenes beneficiarios PCP: 116.095 Total beneficiarios PCP 171.639 (Evaluación 1997)
(d) Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa

empíricos de focalización (p.e. CAS II o CASEN)

7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?

Según planificación local del Servicio de Salud o la comuna para prevención. Todo el año, en forma continua, para tratamiento y rehabilitación (en los lugares de atención identificados en el catastro). Los PCPs en el periodo de convocatoria anual que no se especifica en la documentación.

Hay mercado cautivo en el sistema escolar, utilizan el componente según la colaboración pactada entre Servicios y establecimientos

8. ¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa?

No hay evidencia o correlación con tasas de prevalencia.. Sin embargo las dos evaluaciones indican satisfacción de los beneficiarios finales, pero cierto disgusto en los implementadores, (p.e. profesores en el sistema escolar) por el recargo de tiempo que los PCPs implican

5.2 Componente 2

Diseño y transferencia de normas y orientaciones

1. ¿Cuáles son los indicadores definidos para medir el cumplimiento de este componente?

No se explicitan, pero por lógica deberían ser indicadores físicos como producción de documentos

2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?

Deberían ser metas físicas, pero no se mencionan en los Informes, cantidad de Normas o incremento de producción y circulación de Normas

3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del programa/proyecto se ha logrado?

Producción y aceptabilidad de estos documentos. De hecho se aplican dos Escalas de Utilización y Aplicabilidad de Normas Beber Problema (Evaluación 1995)

4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?

Sería perfecto en su producción física, en utilización el 85% de los establecimientos esta aplicando las Normas

5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo

(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

No existen

(b) A nivel de otras instituciones públicas

Utilización de Normas y Orientaciones por otras instituciones públicas

(c) A nivel de condiciones sociales
No se mencionan ni son relevantes
(d) A nivel de condiciones económicas
idem
(e) A nivel de condiciones políticas
idem
(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
Calidad técnica que deben tener estas publicaciones, calidad de impresión
6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto
(a) Caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para programa/proyecto
Profesionales y técnicos de salud (establecimientos de Servicios de Salud y Municipales, y ONGs) que trabajan con el 60 % de menor ingreso de la población chilena alrededor de 8.000.000.
(b) Presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos
Además de los profesionales de los Servicios, profesionales de otras instituciones públicas ONG profesores que colaboran en la prevención y tratamiento en Salud Mental.
(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por programa/proyecto
NO se identifican, serían mínimamente los profesionales de las Unidades de Salud Mental de cada uno de los 26 Servicios Otra posibilidad son los 299 lugares de Atención en Alcohol y Drogas (1995)
(d) Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa
Se desconoce.
7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?
Los beneficiarios han evaluado las Normas mediante instrumentos sobre grados de utilidad y aplicabilidad. La evaluación incluye se extiende a Capítulos de las Normas.
8. ¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa?
No se documentan
5.3 Componente 3
Difusión y comunicación social
La campaña televisiva de comunicación social en drogas no fue un componente específico del área, sólo se colaboró con Departamento de Relaciones Públicas de Minsal en sus aspectos técnicos de salud mental.
Se han elaborado folletos, guías, afiches y videos que se entregan a los Servicios de salud para que ellos utilicen en campañas locales de difusión.

Se infieren metas físicas, ver Sección correspondiente y una Evaluación externa
2. ¿Cuáles son las metas directamente relacionadas con los indicadores del punto anterior que a nivel de este componente se ha propuesto el programa/proyecto?
No se mencionan metas, se anuncia en Evaluación 1995 un Informe de Evaluación con "cus groups"
3. ¿Cuáles son los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que este componente del programa/proyecto se ha logrado?
>Dependería de la Evaluación externa
4. ¿Cuál es el nivel o grado de cumplimiento de este componente del programa/proyecto?
Cumplimiento administrativa, del resto no hay evidencia
5. Supuestos que deben ocurrir a nivel de este componente para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo
(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras
No se mencionan
(b) A nivel de otras instituciones públicas
Colaboración de TV, MINEDUC, Municipalidades, INJ
(c) A nivel de condiciones sociales
NO son relevantes
(d) A nivel de condiciones económicas
No son relevantes
(e) A nivel de condiciones políticas
No son relevantes, salvo sobre reacciones de la Derecha que no se evidenciaron
(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
Colaboración de radios, colegios, negocios y empresas privada para la colocación de afiches y frases radiales
6. Presentación del para qué y/o para quienes se produce este componente del programa/proyecto
(a) Caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto
Jóvenes y adultos del país

No se mencionan pero se pueden inferir que es la población mayor de 10 años

(c) Identificación del número real de beneficiarios que utiliza este componente producido por programa/proyecto

Es desconocido

(d) Caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa

Desconocida, posiblemente la Evaluación cualitativa pueda aclarar algunas características de su origen

7. ¿Cómo y cuándo utilizan este componente los beneficiarios?

Solo factible de averiguar mediante la anunciada Evaluación cualitativa (según Informe 1995)

8. ¿Cuáles son los efectos del uso que los beneficiarios hacen de este componente del programa?

Idem

VI. IDENTIFICACION DE LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Indicar las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes de programa/proyecto

Componente 1: asistencia técnica y financiera a SS y autoayuda

- Reuniones de asesoría con los Servicios de Salud (1 a 2 nacionales y 1 a 2 locales con cada uno) (además de reuniones formales con los Encargados de Salud Mental y otros profesionales de salud pública de los Servicios de Salud, se mantiene un contacto directo todo el año a través de telefónfax y correo)
- Evaluación de necesidades y gestión de los Servicios de Salud y organizaciones de autoayuda (con organización nacional): a través de reuniones, formularios, informes financieros, cuestionarios.
- Distribución de recursos financieros y materiales educativos a los Servicios de Salud y organizaciones de autoayuda

Componente 2: diseño y transferencia de normas y orientaciones

- Recoger evidencia de grupo de expertos y de bibliografía (nacional e internacional)
- Conformar grupos de trabajos para la elaboración de normas y orientaciones técnicas
- Distribución de material (a Servicios de Salud y grupos de autoayuda, además de otras instituciones nacionales relevantes): ordinarios, documentos, publicaciones de normas y orientaciones
- Apoyo de capacitación y asesoría (a Servicios de Salud) en implementación de normas y orientaciones técnicas y programáticas

Componente 3: difusión y comunicación social

- Elaboración de material educativo, diseño e impresión (afiches, folletos, videos, guías metodológicas)
- Distribución de material educativo a los Servicios de salud y grupos de autoayuda (organizaciones nacionales)
- Colaboración con Relaciones Públicas Minsal en el diseño de una campaña de comunicación social (año 1995)

Componente 4: Coordinación y formulación de políticas y perfeccionamiento de leyes

- Conformación de grupos de trabajo para la elaboración de políticas, proyectos de ley y reglamentos
- Recopilación de evidencia de grupos de expertos y de bibliografía nacional e internacional
- Elaboración de políticas, proyectos de ley y reglamentos
- Participación y asesoría técnica en grupos de trabajo intersectoriales: CONACE, Mineduc, INJ, Ministerios Justicia y Trabajo, SENAME, Digeder, Comisión Nacional de Tránsito, Iglesias, Congreso Nacional, Carabineros, Investigaciones, Gendarmería, Universidades, entre otros.

- Estudios epidemiológicos : 2 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas en Hogares (CONACE), 2 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas en Población Escolar, 3 estudios de prevalencia de drogas en servicios de urgencia y en comisarías, y un estudio sobre registro continuo en centros de tratamiento de drogas y alcohol.
- Evaluaciones externas de actividades del área : Evaluación PCP de Universidad Diego Portales y Evaluación del Área prioritaria Alcohol y Drogas de Gredis.
- Estudio de Costo económico del Alcohol.
Estudios cualitativos locales de los Servicios de salud.

2. Descripción de los sistemas de producción de los componentes

(a) Descripción de los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

No se describen los mecanismos. Se explicita la implementación de ellos. Los mecanismos serían más bien:

Normas técnicas mediante equipo central

Implementación de PCPs en los Servicios y evaluaciones centrales

Asistencia Técnica desde el nivel central

Leyes y Reglamentaciones desde equipo central

Apoyo URACH desde equipo central

Apoyo a grupos de autoayuda desde Encargado Salud Mental de los Servicios

Componente 1 : asistencia técnica y financiera a Servicios de Salud y autoayuda : Interacción con actores clave de la organización con el fin de producir un cambio en la forma de operar del sistema para que se traduzca en acciones directas a la población beneficiaria en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas.

Componente 2 : diseño y transferencia de normas y orientaciones : hacer llegar a profesionales, técnicos y monitores de Servicios de Salud y autoayuda documentos y capacitación que los orienten y mejoren la calidad de sus acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas.

Componente 3 : difusión y comunicación social : hacer llegar a profesionales, técnicos y monitores de Servicios de Salud y autoayuda materiales educativos que facilite sus acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas.

Componente 4 : Coordinación y formulación de políticas y perfeccionamiento de leyes : disponer de proyectos de ley, reglamentos y políticas, y facilitar que otros sectores incorporen a sus actividades componentes de promoción de la salud mental y de prevención y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas.

Componente 5 : Participación en estudios : Disponer de información de mejor calidad para la toma de decisiones desde el nivel central.

(b) Descripción de la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes (Diseñar organigrama que incluya los niveles y organizaciones públicas y privadas que participan en el programa/proyecto y describir el rol de cada una de ellas).

Ver organigrama adjunto.

(c) Descripción de la estructura de la Gerencia del Programa/proyecto y de sus responsabilidades

Las Funciones de las Unidades de Salud Mental de Minsal y de los Servicios de salud se describe en Políticas y Plan Nacional de salud.

Funciones y responsabilidades actuales de la Unidad con programas transversales, producto de la restructuración en el Minsal están por definir.

3. Instrumentos de gestión del programa

(a) Descripción de los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa/proyecto

Encuestas DUSI y CONACE

AVISA (Nuevo indicador)

Vigilancia epidemiológica, sobre la base de población consultante (o detenida en caso de Comisarías), a partir de registros de Servicios de Urgencia (o Comisarías).

VII. APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO Y PROYECCIONES (en base a la opinión de la institución responsable)

1. Identificación de los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

Lo más explícito aparece en la Evaluación de 1995

En que se concluye incrementos de coberturas y más dotación de personal, pero se reconoce lo reducido de la cobertura en relación al grupo objetivo, su escaso monto para afectar tasas de prevalencia, variabilidad inter Servicio en costo de atención y coberturas logradas

Recomendaciones de Evaluación GREDIS 1997

- Gran diversidad de estrategias de tratamiento que no permiten comparar las actividades.
- Necesario proceso de supervisión y acreditación en terreno de acuerdo a estándares de calidad, eficiencia y efectividad.
- El nivel central debiera liderar en definición y promoción de estándares a alcanzar y ofrecimiento de estrategias.
- Necesidad de fortalecer la red de atención de los Servicios
- Exigir acreditación a las agencias que reciben financiamiento antes de dar sus fondos.

Ejemplos de aprendizajes específicos:

Identificación de los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto □ □

Existen problemas de oportunidad en el traspaso de fondos para los PCP.

No está clara la continuidad de recursos para los PCP.

No existe una cuidadosa selección de los PCP de modo de asegurar el vínculo activo. - prevención.

No queda claro el que los PCP estén bien focalizados en términos de grupo objetivo.

Inexistencia de asignación de horas programáticas para los equipos capacitados sobre beber problema y drogas en la AP., quedando a la suerte de la negociación con los municipios.

Falta perfeccionar el sistema de registro del número de personas atendidas, ya que sólo se registra el número de atenciones.

Se detectó en el tercer corte del Sistema de Vigilancia, muestra que hay estabilidad en el consumo de drogas lícitas y aumento en el de las ilícitas.

Es necesario evitar duplicidades en programas de jóvenes vía coordinación con diversos agentes relacionados.

Se requiere estimular el desarrollo de una oferta comunitaria o de otras organizaciones sociales.

Debe exigirse que las agencias que financian consulten las acreditaciones en el sector antes de entregar sus fondos.

Aprendizajes específicos son:

Capacidad del sistema público de salud, en sus distintos niveles, para hacerse cargo de un nuevo problema (abuso de drogas y aumento del beber problema en los jóvenes), dando respuestas integrales en prevención, tratamiento y rehabilitación. Los 28 Servicios de salud del país han reforzado sus equipos en el nivel primario y secundario de atención para hacer llegar estas respuestas a sus beneficiarios (con distintos niveles de desarrollo).

Innovación tecnológica: el sistema de salud público, en sus distintos niveles, ha sido capaz de incorporar tecnología psicosocial avanzada para enfrentar este problema.

El desarrollo del Plan de Salud Mental, y en particular del Área Prioritaria Alcohol y Drogas.

permitió disponer de equipos de salud motivados y con capacidad técnica relevante para planificar, programar y ejecutar actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el tema, lo que se ha traducido en un soporte fundamental para el trabajo intersectorial, a nivel nacional, regional y local, especialmente en la asesoría y capacitación de profesores para trabajar el tema en el sistema escolar, y a nivel de las Comisiones Regionales para el Control de Estupefacientes, donde cumplen un rol primordial en la planificación de planes regionales.

El disponer de centros de internación constituye un recurso altamente valorado por la población beneficiaria de estos programas, cuya eficacia se potencia cuando existe una red de tratamiento que recibe a estos pacientes y los mantiene en períodos más largos de tratamiento que les permiten generar cambios más sustanciales en su estilo de vida

Recursos invertidos aún son insuficientes para enfrentar la magnitud del problema y las necesidades de atención de la población.

Se dispone de un conjunto de normas y orientaciones que recogen tanto la experiencia nacional en la implementación de las estrategias del Area Prioritaria Alcohol y Drogas como la evidencia de otros países. Aún se requiere un mayor esfuerzo normativo regulador para mejorar la calidad de los servicios entregados a la población, incorporando mecanismos que aseguren el cumplimiento de estándares.

En prevención existen aprendizajes metodológicos importantes, tanto en las estrategias escolares como en las comunitarias, las cuales se han recogido en dos manuales de amplia difusión: 1. Sin drogas más libre. Manual para la Prevención, y 2. Orientaciones para un Programa Comunal de Prevención del Uso Indebido de Drogas y Alcohol.

En tratamiento y rehabilitación, con el apoyo técnico de OMS/OPS, se elaboraron estándares en base a opinión de expertos y un estudio de su aplicabilidad en 4 Servicios de Salud, los cuales se difundieron en el documento Normas de Calidad de Atención para Personas con Problemas de Drogas y Alcohol.

En la Evaluación 95 se señalan en las conclusiones aprendizajes en: coordinación intersectorial, registro de información de actividades de equipos de salud, información epidemiológica, aplicación de ley 19366, aplicación de regulación de benzodiazepinas, proyectos comunitarios de prevención e incorporación de comunidades terapéuticas a la red de servicios de salud.

En la Evaluación 96 se señalan en las conclusiones otros aprendizajes: procedimientos de manejo y derivación de pacientes en las redes de tratamiento y rehabilitación, y metodologías cuantitativas y cualitativas en vigilancia epidemiológica.

En las Evaluaciones Externas de Gredis y Universidad Diego Portales se señalan aprendizajes en distintas líneas estratégicas, que han permitido rediseñar planes tanto en Minsal como en Servicios de Salud: PCP, prevención escolar, otros programas comunitarios de prevención, distintos modelos de tratamiento y rehabilitación (hospitalario, comunitario, atención primaria y nivel secundario), y en articulación de redes de atención.

2. Identificación de los reales o potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje

Salud pública: autoridades y técnicos Minsal, autoridades y técnicos de las Direcciones de Servicios de Salud, equipos de salud APS, profesores y estudiantes del área salud, ciencias sociales y psicología.

Clínica : equipos de salud APS, equipos de salud mental y psiquiatría del nivel secundario, programas de rehabilitación privados, ONGs.

Otros sectores : sistema escolar, CONACE y CORECE, INJ, Municipalidades, Comunidades Terapéuticas, grupos de autoayuda.

3. Pronóstico en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto

No se menciona, Pero con una prevalencia de 10% en población, sería catastrófico. La función de tratamiento y rehabilitación, aunque difícilmente evaluable en términos de impacto, es desempeñada casi exclusivamente por los S.S. y agrupaciones en red ligados a éstos. (considerando las restricciones económicas que impone el sistema privado)

Deterioro del recurso humano del país y desprotección de los mismos , frente a la necesidad de un proyecto de vida libre del riesgo de ser degradado por causas ó elementos externos como la droga y el alcohol .

Por la cantidad de beneficiarios y la emergencia del tema en la futura agenda social el pronostico sin continuidad es negativo, aunque en la argumentación de la propia Area no se desarrolle este tema

4. Descripción en torno a si existe algún tipo de retorno social, económico o político, directo o indirecto que permita pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo

Las fundamentaciones de Planes pasados y actuales de la Unidad abundan en información sobre el retorno social de invertir en prevención y tratamiento de alcohol y drogas, Esta fundamentación es mas explícita en el Preámbulo a la Política de Alcohol . Nueva información se agrega con el estudio costos sociales del alcohol en Chile, 1998.

PROGRAMA DE EVALUACION DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACION 1998

ANEXO AL FORMATO A

ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

Observaciones

1. Para efectos de comparar costos, presupuestos y gastos a un mismo año base, las cantidades deben ser expresadas en pesos reales de 1998.
2. Para actualizar costos y gastos nominales a valores reales 1998, se deben multiplicar por los factores señalados en la siguiente tabla:

<i>Año</i>	<i>Factor</i>
1994	1.297
1995	1.198
1996	1.116
1997	1.052
1998	1.000

3. Por el concepto de "presupuesto devengado" se entenderá todos aquellos recursos cuyos gastos fueron comprometidos en periodos posteriores al asignado.

1. Información general periodo 1994-98 (en miles de \$ reales)							
AÑO	A	B	C		D		C-D
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto final aprobado	Presupuesto devengado		Gasto ejecutado		
			Monto	%	Monto	%	
1994	95.446	95.446	95.446	100	95.446	100	0
1995	119.701	119.701	119.701	100	119.701	100	0
1996	118.756	118.756	118.756	100	118.756	100	0
1997	117.767	117.767	117.767	100	117.767	100	0
1998 (1)	119.324	///////	///////		///////		///////

(1) Corresponde indicar solamente el presupuesto inicial aprobado

FONDO CENTROS DE ALCOHOLISMO Y SALUD MENTAL

1. Información general periodo 1994-98 (en miles de \$ reales)	
FONDO DE APOYO A LA POLÍTICA Y PLAN DE SALUD MENTAL - ALCOHOL Y DROGAS	
1994	
1995	
1996	\$418.901
1997	\$408.636
1998 (1)	\$388.603*

(1) Corresponde indicar solamente el presupuesto inicial aprobado

* Para el año 1998 este Fondo se transfiere a los Servicios de Salud sin diferenciar áreas, por lo tanto el monto

1. Información general período 1994-98 (en miles de \$ realés)

1995- FONDO CAMPAÑA SANITARIA PROGRAMA DEL ADOLESCENTE (PCP)

1996 Y 1997- FONDO CAMPAÑA SANITARIA

1998- FONDO EX-CAMPAÑA Y PROMOCIÓN

1994

1995 \$59.900

1996 \$266.724

1997 \$166.216

1998 (1) \$76.050

(1) Corresponde indicar solamente el presupuesto inicial aprobado

2. Información específica año 1994-8 del (los) Programa(s) (en miles de \$ reales)

AÑO 1994	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
1. Gastos Generales Ministerio/Servicio(2)					
1.1 Personal					
1.2 Bienes y servicios					
1.3 Inversión					
1.4 Transferencias					
TOTAL					
2. Gastos imputables al Programa (3)	95.446				
2.1 Personal	0				
2.2 Bienes y servicios	0				
2.3 Inversión	0				
2.4 Transferencias	95.446	95.446	95.446	95.446	100%
TOTAL	95.446	95.446	95.446	95.446	100%
3. Gasto vía glosa(4)					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
TOTAL					

AÑO 1995	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
1. Gastos Generales Ministerio/Servicio(2)	M\$				
1.1 Personal	2.322.898				
1.2 Bienes y servicios	1.155.803				
1.3 Inversión	126.923				
1.4 Transferencias	105.859				
TOTAL	3.773.883				
2. Gastos imputables al Programa (3)					
2.1 Personal	0				
2.2 Bienes y servicios	\$ 4.094 *				
2.3 Inversión	0				
2.4 Transferencias	\$ 175.507	\$ 175.507	\$ 175.507	\$ 175.507	100
TOTAL	\$ 179.601	\$ 179.601	\$ 179.601	\$ 179.601	
3. Gasto via glosa(4)					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
TOTAL					

*Robo equipo PC.

Se solicita traspaso de fondos para evaluación en Diciembre de 1995, la cual se ejecuta los primeros meses de 1996 y con fondos del año 1996.

1995- COMPOSICION DE FONDOS	Fondo Centros de Alc. Y S.M.				
2. Gastos imputables al Programa (3)					
2.1 Personal	0				
2.2 Bienes y servicios	\$ 4.094 *				
2.3 Inversión	0				
2.4 Transferencias	\$ 115.607	\$ 115.607	\$ 115.607	\$ 115.607	100
	\$ 119.701	\$ 119.701	\$ 119.701	\$ 119.701	
	Fondo Campaña Sanitaria Programa del Adolescente				
Transferencia	59.900				

AÑO 1996	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
1. Gastos Generales Ministerio/Servicio(2)	M\$				
1.1 Personal	2.843.862				
1.2 Bienes y servicios	1.443.930				
1.3 Inversión	81.003				
1.4 Transferencias	112.740				
TOTAL	4.510.194				

2. Gastos imputables al Programa (3)					
2.1 Personal	30.214				
2.2 Bienes y servicios	106.045				
2.3 Inversión					
2.4 Transferencias	668.121				
TOTAL	804.380				

3. Gasto via glosa(4)					
3.1 Personal					
3.2 Bienes y servicios					
3.3 Inversión					
3.4 Transferencias					
TOTAL					

1996-COMPOSICION DE FONDOS	Fondo Centros de Alc. y S.M.				
2. Gastos imputables al Programa (3)					
2.1 Personal	0				
2.2 Bienes y servicios	\$ 3. 459	\$ 3. 459	\$ 3. 459	\$ 3. 459	100
2.3 Inversión	0				
Transferencias	\$ 115.297	\$ 115.339	\$ 115.339	\$ 115.339	100
TOTAL	\$ 118.798	\$ 118.798	\$ 118.798	\$ 118.798	100
	Fondo apoyo a Pol. y Plan S.M.				
Personal	\$30.214				
Bienes y servicios	\$28.372				
Transferencias	\$360.314				
TOTAL	\$418.900				
	Fondo Campaña				

Sanitaria	
Bienes y servicios	\$74.214
Transferencias	\$136.710
	\$55.800*
TOTAL	\$266.724

*Fondo Campaña Sanitaria Programa del Adolescente

AÑO 1997	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
1. Gastos Generales Ministerio/Servicio(2)	M\$				
1.1 Personal	3.139.793				
1.2 Bienes y servicios	1.472.800				
1.3 Inversión	36.925				
1.4 Transferencias	169.806				
TOTAL	4.865.324				

2. Gastos imputables al Programa (3)

2.1 Personal	14.779
2.2 Bienes y servicios	68.097
2.3 Inversión	
2.4 Transferencia	609.743
TOTAL	692.619

3. Gasto via glosa(4)

3.1 Personal
3.2 Bienes y servicios
3.3 Inversión
3.4 Transferencias
TOTAL

1997-COMPOSICION DE FONDOS

	Fondo Centros de Alc. y S.M.				
Personal					
Bienes y servicios	\$ 11.046	\$ 11.046	\$ 11.046	\$ 11.046	100
Inversión					
Transferencias	\$ 106.721	\$ 106.721	\$ 106.721	\$ 106.721	100
TOTAL	\$117.767	\$117.767	\$117.767	\$117.767	100

Fondo apoyo a Pol. y Plan S.M.

Personal	\$9.783
Bienes y servicios	\$43.742
Transferencias	\$355.111
TOTAL	\$408.636

Fondo Campaña Sanitaria

Personal	\$4.996
----------	---------

Bienes y servicios	\$13.309
Transferencias	\$147.911
TOTAL	\$166.216

AÑO 1998	A	B	C	D	E
	Presupuesto inicial aprobado	Presupuesto Final aprobado	Gasto devengado	Gasto efectivo	Porcentaje de ejecución
1. Gastos Generales Ministerio/Servicio(2)	M\$				
1.1 Personal	3.561.416				
1.2 Bienes y servicios	1.553.223				
1.3 Inversión	180.421				
1.4 Transferencias	171.952				
TOTAL	5.628.536				
2. Gastos imputables al Programa (3)					
2.1 Personal					
2.2 Bienes y servicios	50.000				
2.3 Inversión					
2.4 Transferencias	533.977				
TOTAL	583.977				

* Para el año 1998 este Fondo se transfiere a los Servicios de Salud sin diferenciar áreas, por lo tanto el monto indicado es un supuesto, corresponde al 20% del fondo total asignado a Salud Mental
 ** Fondo Ex-campaña y Promoción 1998

2. Gastos imputables al Programa (3)	Fondo Centros de Alc. y S.M
2.1 Personal	
2.2 Bienes y servicios	
2.3 Inversión	
2.4 Transferencias	119.324
	Fondo apoyo a Pol. y Plan S.M.*
Bienes y servicios	\$50.000
Transferencias	533.977
	Fondo Campaña Sanitaria**
	\$76.050
TOTAL	

* Para el año 1998 este Fondo se transfiere a los Servicios de Salud sin diferenciar áreas, por lo tanto el monto indicado es un supuesto, corresponde al 20% del fondo total asignado a Salud Mental

** Fondo Ex-campaña y Promoción 1998

3. Gasto via glosa(4)

3.1 Personal

3.2 Bienes y servicios

3.3 Inversión

3.4 Transferencias

TOTAL

(2) Se debe señalar aquí el total del gasto correspondiente al Ministerio o Servicio responsable de la ejecución del proyecto o programa en evaluación, en los ítemes que se indica.

(3) En la medida en que no sea posible identificar los costos directos del programa, por estar algunos o la totalidad de sus ítemes en los Gastos Generales de la Institución, realizar el cálculo del prorrateo correspondiente, asumiendo el Programa respectivo como un Centro de Costos.

(4) Corresponde al desglose del gasto autorizado, en los casos en que el programa o proyecto ha sido autorizado via glosa.

3. Fuentes de financiamiento directa del programa período 1994-98 (en miles de \$ reales)

Corresponde aquí señalar las fuentes de financiamiento del programa respectivo, y los montos y porcentajes respectivos, de corresponder, en base al presupuesto final aprobado o actualizado a Diciembre de cada año.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	1994	1995	1996	1997	1998
	Monto	Monto	Monto	Monto	Monto
1. Aporte fiscal	\$95.446	\$119.701	\$118.756	\$117.767	\$119.324
-Fondo Centros de Alc. y Salud Mental (MINSAL)	100%	100%	100%	100%	100%
-Fondo de Apoyo a la Política y Plan de Salud Mental, Area Alcohol y Drogas (FONASA)	S/I	S/I	\$418.901	\$408.636	\$388.603*
-Campana Sanitaria Alcohol y Drogas Prog. del Adolescente (MINSAL)	0	\$59.900(*)	\$210.924	\$166.216	\$76.050**
2. Endeudamiento					
3. Transferencias de otras instituciones públicas(6)					
4.- Otros(6)					
TOTAL	\$95.446	\$179.601	\$804.381	\$692.619	\$583.977

(5) Para el año 1998, señalar solamente el presupuesto inicial aprobado.

(6) Individualizar

* Para el año 1998 este Fondo se transfiere a los Servicios de Salud sin diferenciar áreas, por lo tanto el monto indicado es un supuesto, corresponde al 20% del fondo total asignado a Salud Mental

** Fondo Ex-campaña y Promoción 1998

(*)Fondo Campaña Sanitaria Programa del Adolescente

4. Fuentes de financiamiento complementarias año 94-98 (en miles de \$ reales)

Considerando que algunos programas a ser evaluados se ejecutan en coordinación con diversas instancias públicas, ya sea de los niveles central, regional o local, señalar estas otras fuentes de financiamiento, y sus montos.

Institución(es) (7)	Tipos de aporte (8)	Monto	Observaciones
a)			
b)			
c)			
d)			

TOTALES

(7) En el caso de ser más de una institución a nivel regional o comunal indicar el número exacto.

(8) Debe señalarse el ítem de aporte correspondiente (personal, bienes y servicios de consumo, inversión, transferencias, otros (identificar).

NOTA: En caso de no poder cuantificar el monto de los aportes complementarios, indicar la o las razones.

5 Costo a nivel nacional por componente

Año: 1994	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
TOTAL														

Año: 1995	I*	II	III	IV	V*	VI	VII	VIII*	IX	X*	XI	XII	RM*	TOTAL
Componente (8)														
- Transferencia a Servicios de Salud Fondo Centros de Atc. y S.M.	Ar. 2.695 Iq. 2.695	2.995	3.234	3.055	Vña 5.091 Valp. 6.289 S.Fel. 1.977	5.091	5.391	Con. 4.493 Tal. 3.294 Ñu. 3.894 B.B. 2.096	4.193	Val. 2.276 Os. 2.456 Llan. 3.294	2.096	2.216	No. 3.894 Oc. 6.529 Su. 7.248 SO 4.612 Or. 5.930 Ce. 4.792	
- Fondo Campaña Sanitaria Prog. del Adolescente	Ar. 1.497 Iq. 1.497	1.797	1.797	1.857	Vña 2.995 Valp. 4.193 S.Fel. 778	2.995	3.294	Con. 3.295 Tal. 2.096 Ñu. 1.797 B.B. 896	2.995	Val. 1.078 Os. 1.258 Llan. 1.737	899	1.018	No. 2.396 Oc. 4.133 Su. 4.852 SO 2.216 Or. 4.133 Ce. 2.396	
TOTAL	8.494	4.792	5.031	4.912	21.324	8.086	8.685	21.863	7.188	12.099	2.995	3.234	53.131	161.834

Transferencia a organizaciones de autoayuda nivel central \$ 13.777
Evaluación y PC \$ 4.094

Año 1996	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
1.- Transferencia a Servicios de Salud F. Centros de Alc. y Salud Mental	Ar.2.232 Iq.3.908	0	1.674	7.254	Vifa 6.696 Valp. 2.790 S.Fel.2.232	6.696	2.232	Con.4.464 Tal.3.348 Ñu.3.348 B.B.1.116	1.674	Val.1.116 Os.1.116 Llan.2.232	1.116	1.116	No.8.370 Oc.5.245 Su.8.928 S-O. 5.022 Or.0 Ce.3.348	
2.- Fondo de apoyo a la Política y Plan de Salud Mental* Alcohol y drogas	Ar. 79.698 Iq. 60.515	6.328	10.654	5.776	Vifa17.329 Valp.7.445 S.Fel.7.070	2.053	5.455	Con.14.027 Tal.15.722 Ñu.3.145 B.B.2.377	4.744	Val.5.455 Os.4.428 Llan.1.925	1.026	1.026	No.7.258 Oc.19.769 Su.24.290 S-O.11.025 Or.21.756 Ce.20.015	
3.- Fondo Campaña Sanitaria	Ar.1.674 Iq.3.348	4.464	6.138	8.370	Vifa 15.088 Valp.11.716 S.Fel.2.790	11.718	9.488	Con.12.278 Tal.5.580 Ñu.6.696 B.B.3.908	6.138	Val.3.348 Os.3.348 Llan.5.022	1.674	1.674	No.17.856 Oc.11.718 Su.16.740 S-O.5.580 Or.5.580 Ce.6.696	
(M\$)														
TOTAL	161.373	10.791	18.466	21.400	73.136	20.467	17.173	76.006	12.566	27.990	3.816	3.816	199.197	

Transferencia a URACH : \$13.002

Transferencia a Congreso de la AIEPAD : \$1.674

Transferencia Seminario Cono Sur : \$1.674

Transferencia Alcohólicos Anónimos : \$1.116

Transferencia Proyecto SAF : \$1.674

* Fondo de apoyo a la Política y Plan de Salud Mental, nivel central \$58.586

**Fondo Campaña Sanitaria, nivel central \$75.888

Año 1997	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
Transferencia a Servicios de Salud F. Centros de Alc. y Salud Mental	Ar.526 Iq.1.052	1.578	1.052	3.682	Vifa 5.891 Valp. 4.734 S.Fel. 1.894	6.312	2.314	Con.5.891 Tal.2.104 Ñu.4.208 B.B.2.104	2.104	Val.2.104 Os.3.156 Llan.3.682	2.630	2.630	No.8.885 Oc.6.628 Su.7.850 S-O.1.578 Or.6.312 Ce.2.104	
2.- Fondo de apoyo a la Política y Plan de Salud Mental*	Ar.60.558 Iq.61.542	8.418	12.834	7.364	Vifa 15.149 Valp.13.202 S.Fel.3.368	3.368	8.100	Con.19.935 Tal.13.571 Ñu.5.996 B.B.4.313	4.061	Val.3.471 Os.4.524 Llan.2.104	1.473	1.473	No.16.516 Oc.20.222 Su.24.922 S-O.7.942 Or.12.834 Ce.17.852	
3.- Fondo Campaña Sanitaria (MS)	Ar.3.051 Iq.4.734	4.208	4.734	5.260	Vifa 9.468 Valp.7.890 S.Fel.2.840	5.260	3.682	Con.4.523 Tal.4.208 Ñu.3.682 B.B.2.525	3.156	Val.1.262 Os.1.578 Llan.2.630	1.262	1.157	No.14.728 Oc.11.572 Su.11.572 S-O.4.734 Or.11.572 Ce.4.734	
TOTAL	131.483	14.202	18.620	16.306	81.100	14.938	14.096	73.061	9.321	24.511	5.365	5.260	192.599	600.842

Transferencia a URACH : M\$9.4

Transferencia a Congreso de la AIEPAD : M\$2.104

Transferencia Multifamiliar Renca : M\$3.156

Transferencia Alcohólicos Anónimos : M\$2.104

Estudio Alcohol : M\$7.890

* Fondo de apoyo a la Política y Plan de Salud Mental, nivel central \$53.525

**Fondo Campaña Sanitaria, nivel central \$28.404

Año 1998 (10)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	RM	TOTAL
Componente (9)														
Transferencia a Servicios de Salud (M\$)			6.000		Val. 4.000 Vna 9.000	7.000		Ñu. 5.500 B.B. 2.000					No. 8.000 Occ.8.500 Sur 10.000 Cen. 3.000	63.000
TOTAL														
(9) Especificar componente														
(10) Inicial Aprobado														

Proyectos de Innovación y Evaluación : M\$ 39.620
 Grupos de Autoayuda : M\$ 6.000
 Regulación y administración nivel central : M\$ 10.804

F:\USERS\SRFP\PROG-PUB\PUBLICO\1998\UNIDAD\FICHA.A2

MINISTERIO DE HACIENDA
 DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
 PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES

PROCESO DE EVALUACION 1998
 FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

FORMATO B
 OBSERVACIONES Y COMENTARIOS POR TEMA

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/ PROGRAMA	
1.1 Nombre del Programa/proyecto	
Area Prioritaria Alcohol y Drogas	Código: 22
1.2 En caso de ser Proyecto, señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la cual(es) se vincula	
1.3 Ministerio Responsable: División de Salud de las Personas. Ministerio de Salud	
1.4 Servicio responsable (si corresponde):	
A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMAPROYECTO	
II. OBSERVACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO	
1. Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de políticas públicas	
<p>Se observa un desarrollo coherente y consistente a nivel del Plan Nacional de Salud Mental con modificaciones pertinentes a la Reforma programática en salud que actualmente se realiza en el sector.</p> <p>Lo mas cercano a la justificación del Area Prioritaria a nivel de políticas públicas es el punto IV (Bases para una Acción global) Allí se mencionan impactos genéricos como desarrollo armónico de personas o familias, Declaración Europea sobre Alcohol (1995)</p> <p>Además en la Política y Plan Nacional sobre alcohol hay alusión a costos sociales del alcoholismo. Estas justificaciones sobretudo las asociadas a factores costo-efectividad han sido mas elaboradas en los últimos tiempos. De especial significación es un estudio encargado por el área sobre el costo social del alcohol que provee de información actualizada y que permitirá el diseño de programas costo-efectivos.</p>	
2. Observaciones y comentarios en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar	
<p>Siendo de sentido común la emergencia y costo social del problema del alcohol y drogas A/D, sobretudo en sectores populares, resulta importante destacar mas la influencia de A/D en políticas sociales costo/eficientes</p> <p>Si bien en el Plan Nacional y en sus modificaciones se justifica sobre la base de información de distintos grupos etáreos de la población, en las Normas de Calidad de Atención para personas con problemas de drogas y alcohol (1995) se define el problema emergente del abuso de drogas como propio del sector juvenil; visión parcial del problema y estigmatizadora del sector juvenil. Esta visión del problema de drogas podría explicar la coordinación prioritaria del Area Alcohol y Drogas con el Programa adolescente (más que con otros Programas matrices que también dedican atención al problema alcohol y drogas.</p> <p>- Por otra parte, la relación entre consumo de alcohol en adultos y Violencia Intrafamiliar, es interesante, aunque no reductible una a la otra. Presentan una asociación importante, que brinda posibilidades de comprensión del fenómeno para el diseño de estrategias integrales por parte de la Unidad de Salud Mental.</p> <p>En términos estadísticos, es probable que los registros de casos de VIF incluyan también dependencia o abuso de</p>	

alcohol por parte del agresor.

3. Observaciones y comentarios en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad:

(a) Constitucionales

No aparecen relevantes, aparentemente hay un artículo en la Constitución sobre derecho a la salud

(b) Legales

La referencia a la Ley de Accidentes del Trabajo (artículo 24) para los Fondos de Centros de Tratamiento de Drogas debería ser resuelta, Tal artículo no posibilita el financiamiento, esta situación debe ser saneada, porque este desfinanciamiento afecta la sostenibilidad financiera de parte del Area (alrededor de 100 millones) lo que se cubre con aportes extraordinarios Ministeriales, de por si frágiles en su continuidad.

Diversas Leyes y Reglamentos están entregando actividades y funciones al Area lo que puede aumentar su carga profesional sin financiamiento adicional

(c) Administrativos

La dependencia como Unidad Transversal a los Departamentos programáticos de la DISAP implica una serie de consecuencias: voluntad y capacidad de incorporar el Area A/D el programas que siguen el ciclo vital, lo que solo es evidente con el Programa del Adolescente. La documentación del Area no muestra Indicadores de Coordinación con estos Programas

La relación con los servicios es normativa, y no exenta de tensiones. Esta dimensión no aparece claramente explicitada en la documentación pertinente

(d) De políticas de inversión

NO es relevante,

iii. OBSERVACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Observaciones y comentarios en torno al fin planteado por el programa/proyecto

A nivel de FIN se mezclan dos dimensiones, una que se orienta a la modificación de la tasa de prevalencia y otra en que el impacto del programa se centra sobre la salud del adolescente. Siendo AM una Unidad Transversal el impacto del A/D debe ser sobre todos los grupos de edad, o explicitar la opción por el grupo de edad 10-19

2. Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto

De acuerdo al fin planteado, sería interesante construir indicadores que dieran cuenta de la "calidad de salud biopsicosocial" para poder evaluar impactos en términos de salud positiva y no sólo en disminución de prevalencia del consumo

Solo el Marco Lógico alude a Indicadores asociados al FIN y son modificaciones de Tasa de Prevalencia. A pesar que el concepto de FIN no implica imputar al Area la responsabilidad de modificar el Indicador de prevalencia, por ser un Indicador con multicausalidad debería reemplazarse por otro mas "amistoso" con fines promocionales o preventivos (cognitivos, actitudinales. Organizacionales)

3. Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto

La construcción de indicadores y parámetros de calidad de salud biopsicosocial, permitiría plantearse metas observables a nivel de FIN.

No aparecen Metas a nivel de Fin en la documentación disponible, pero siguiendo la argumentación del Punto 2. Incluso en la eventualidad de elegir el Indicador de Prevalencia u otros mas Psicosociales. debe precisarse la variación porcentual esperada según las experiencias de otros países, para establecer variaciones conservadoras o mas arriesgadas.

4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado

Los medios de verificación explícitos en el Marco Lógico son
Estudio de prevalencia de CONACE
Encuestas DUSI
Encuesta Servicios de Urgencia

Todos los medios de verificación son de alta confiabilidad y validez, pero su sensibilidad para medir fines preventivos y promocionales, así como para intervenciones de tratamiento y rehabilitación. No está clara

5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto

Si se consideran los Medios de Verificación anteriormente mencionados, sería muy arbitrario e injustificado utilizar tales medios para determinar el cumplimiento del fin del Area, ya sea porque son poco sensibles, de medida única o de dos veces, luego son una serie temporal de cortísima duración, no necesariamente de representación nacional (p.e. Encuestas Servicios de Urgencia)

6. Observaciones y comentarios en torno a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto

(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

Al igual que el programa similar del Ministerio de Educación, la co-ejecución podría estar en financiamiento de CONACE de estudios, Encuestas o Fondos Concursables. CONACE podría dar sustentabilidad al programa.

(b) A nivel de otras instituciones públicas

Es inevitable la relación de esta Area con su similar en el Ministerio de Educación, mas aun cuando se vislumbra una especialización de Salud en Tratamiento y Rehabilitación y el Ministerio en Prevención. Luego el supuesto es una relación armoniosa y fructífera. La experiencia muestra que esto es difícil y que los sectores tienden más bien a competir. Se hace necesario una conducta proactiva de coordinación.

Resulta plausible una definición de esta Unidad con una contrapartida a nivel local (Municipios) función que correspondería a los Servicios, pero con una orientación central

(c) A nivel de condiciones sociales

Hay cierta evidencia de una disminución del ritmo de desarrollo e incluso de una restricción del gasto social, si esto fuera así, las condiciones en sectores populares podrían deteriorarse y aumentar los factores de riesgo.

(d) A nivel de condiciones económicas

Idem

(e) A nivel de condiciones políticas

Al contrario los supuestos pueden ser optimistas, por la creciente sensibilidad pública al tema. El temor puede residir en tendencias punitivas o controladores, y la interferencias de organismos externos (hay recordar la capacidad de financiamiento de la DEA y sus roces con agencias gubernamentales chilenas)

(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

La empresa privada tiene un rol a todos los niveles no suficientemente explorado en el programa. A modo de ejemplo en relación a la oferta de alcohol y de drogas esta es esencialmente privada. Cualquier acción a ese nivel debe contemplar a esos actores.

Por otro lado, en los aspectos de prevención, detección y tratamiento en trabajo es un espacio privilegiado para enfrentar esos temas. La colaboración y utilidades para el sector privado es clara.

IV. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Observaciones y comentarios en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

Los componentes no están sustentados en un orden de importancia, así no existe una columna vertebral que sostiene el Programa, restándole potencia e identidad al mismo. Amen de ello, son susceptibles de estructurarse de un modo distinto (ver Anexo)

Los componentes (aunque nunca están identificados con estos terminos) varían según sean el Informe 1995, Informe 1997 o el Marco Lógico, pero se pueden decantar en:

Formulación de políticas (p.e. Planes Nacionales)

Gestión y Coordinación (Gerencias del Area)

Presencia en CONACE o Comisiones Nacionales y Regionales)

Prevención

Tratamiento y Rehabilitación (incluyen Normas)

Vigilancia epidemiologica

Esta estructura es sencilla y excluyente por ser funciones relativamente autónomas

2. Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Los indicadores son de acceso, cobertura, actividades, costo unitario. Se echan de menos los Indicadores de resultados o impactos. Pero se deben considerar las dificultades metodologicas de levantar y procesar este tipo de Indicadores

3. Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto

Solo hay metas en el componente Prevención, pudiendo haber Metas en todos los componentes, incluso en los de Coordinación y Gestión

4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado

Los comentarios son similares a los de los Propósitos (de hecho la separación Propósito/Componente en esta Area es bastante artificial)

5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Los componentes de prevención son los únicos con metas, las que son bastante satisfactorias, pero según lo reconoce el propio Informe de 1995, la magnitud de la prevención entendida por cobertura e intensidad de la prevención (cantidad de acciones por beneficiario) se consideran que aun no están en condiciones de impactar las tasas de prevalencia

Llama la atención, en la línea de Tratamiento, la relación entre Actividades otorgadas por n° de paciente, que arroja un promedio de 2.2 intervenciones individuales y 2.5 intervenciones grupales y/o familiares por persona.

Si bien esto es un promedio, esta relación llama a cuestionarse sobre los resultados de intervenciones con tan baja concentración en una problemática tan compleja como las adicciones a alcohol y drogas. Considerando además lo que las Normas de calidad propuestas por el Minsal establecen, en particular sobre evaluación y tratamiento (ind. y/o grupal).

Al revisar esta relación en años anteriores (95, 96), se aprecia una leve disminución en el n° total de actividades realizadas por persona:

PROMEDIO DE ACTIVIDADES POR PACIENTE, POR AÑO, EN COMPARACIÓN A LA NORMA SUGERIDA

1995

1996

1997

Norma Minsal sugerida

34

de Propósito un medio cualitativo de verificación como el Análisis Estratégico (FODAs)
5. Observaciones y comentarios en tomo al nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto?
Considerando que el Programa se inicia en 1990 y las dificultades de cambio en el sistema de salud público, el programa logra instalarse en los Servicios, legitimarse y abrir espacios. El propio equipo responsable refiere resistencias por parte de los otros equipos a integrar el tema drogas y en general de Salud Mental.
Si se toman los propios indicadores de cumplimiento de propósitos del Area, los propósitos se estarían cumpliendo pero son indicadores de medios o acceso mas que de resultados, o bien son indicadores específicos mas que del propósito de componentes del Propósito (p.e. N° de PCPs, N° de comunas con Programas que son parte del Propósito Prevención y Promoción). La salida sería ponderar estos componentes dentro del Propósito, pero el problema es la alta variabilidad inter anual de los componentes p.e. el financiamiento de los PCPs.
6. Observaciones y comentarios en tomo a los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo
(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras
Para el logro del FIN es necesario una sinergia con las otras Areas Prioritarias, otros Programas del MINSAL (DAP, Promoción de la Salud, Programa del Adolescente). Estas interrelaciones no están explícitas en la documentación disponible.
Ya se ha mencionado el rol del CONACE y el Programa de Prevención de Alcohol y Drogas del MINSAL, se desconoce la funcionalidad de estas coordinaciones, si se están debilitando o fortaleciendo.
En tratamiento, mantención del rol de CONACE a través de Fondo, evaluando los resultados y proceso de esa modalidad concursable con los S.S.
(b) A nivel de otras instituciones públicas
Se hace imprescindible definir contribuciones y grado de logro del compromiso asignado
(c) A nivel de condiciones sociales
Para contribuir al FIN, se supone estabilidad de las tasas de prevalencia. Es importante hacer proyecciones del programa en distintos escenarios de prevalencia del problema.
(d) A nivel de condiciones económicas
Es posible que una crisis económica afecte el gasto social y condiciones económicas mas adversas
(e) A nivel de condiciones políticas
Nada especial debería afectar el FIN del programa salvo disputas político-institucionales dentro del Ministerio
(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras
Se supone una cierta capacidad de los privados en relación a los sistemas de autoayuda, lo que no ha sido demostrado.
Existe una gran heterogeneidad respecto a la calidad y cobertura de las acciones. Se hace necesario tener mayor información respecto al desempeño.
Un caso especial es la URACH, que aparentemente no es muy eficiente, pero es de hecho la mas conocida organización de rehabilitados alcohólicos. Esta ambigüedad debe ser resuelta ya sea por la supresión del subsidio, o una modernización de esta institución.

IV. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Observaciones y comentarios en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

Los componentes no están sustentados en un orden de importancia, así no existe una columna vertebral que sostiene el Programa, restándole potencia e identidad al mismo. Amen de ello, son susceptibles de estructurarse de un modo distinto (ver Anexo)

Los componentes (aunque nunca están identificados con estos terminos) varían según sean el Informe 1995, Informe 1997 o el Marco Lógico, pero se pueden decantar en:

Formulación de políticas (p.e. Planes Nacionales)

Gestión y Coordinación (Gerencias del Area)

Presencia en CONACE o Comisiones Nacionales y Regionales)

Prevención

Tratamiento y Rehabilitación (incluyen Normas)

Vigilancia epidemiologica

Esta estructura es sencilla y excluyente por ser funciones relativamente autónomas

2. Observaciones y comentarios en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Los indicadores son de acceso, cobertura, actividades, costo unitario. Se echan de menos los indicadores de resultados o impactos. Pero se deben considerar las dificultades metodologicas de levantar y procesar este tipo de indicadores

3. Observaciones y comentarios en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto

Solo hay metas en el componente Prevención, pudiendo haber Metas en todos los componentes, incluso en los de Coordinación y Gestión

4. Observaciones y comentarios en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado

Los comentarios son similares a los de los Propósitos (de hecho la separación Propósito/Componente en esta Area es bastante artificial)

5. Observaciones y comentarios en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Los componentes de prevención son los únicos con metas, las que son bastante satisfactorias, pero según lo reconoce el propio informe de 1995, la magnitud de la prevención entendida por cobertura e intensidad de la prevención (cantidad de acciones por beneficiario) se consideran que aun no están en condiciones de impactar las tasas de prevalencia

Llama la atención, en la línea de Tratamiento, la relación entre Actividades otorgadas por n° de paciente, que arroja un promedio de 2.2 intervenciones individuales y 2.5 intervenciones grupales y/o familiares por persona.

Si bien esto es un promedio, esta relación llama a cuestionarse sobre los resultados de intervenciones con tan baja concentración en una problemática tan compleja como las adicciones a alcohol y drogas. Considerando además lo que las Normas de calidad propuestas por el Minsal establecen, en particular sobre evaluación y tratamiento (ind. y/o grupal).

Al revisar esta relación en años anteriores (95, 96), se aprecia una leve disminución en el n° total de actividades realizadas por persona:

PROMEDIO DE ACTIVIDADES POR PACIENTE, POR AÑO, EN COMPARACIÓN A LA NORMA SUGERIDA

1995

1996

1997

Norma Minsal sugerida

41

Tipo de actividad:				
- individual	3.9	2.2	2.2	Sesiones de evaluación y sesiones de apoyo
- familiar/grupal	2.3	1.6	2.5	10 a 12 sesiones
Total	6.2	3.8	4.7	—

Es probable que las exigencias de mayor cobertura, estén determinando la disminución de actividades por persona, en desmedro de la calidad del tratamiento brindado.:

6. Observaciones y comentarios en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo

(a) A nivel de otras instituciones públicas co-ejecutoras

Los componentes todos tiene una ejecución interna, hay una zona gris en los PCPS en los cuales hay algunos aplicados en el sistema escolar, pudiendo haber duplicidad con PEPs o ACLEs del MINEDUC.

(b) A nivel de otras instituciones públicas

Debe mantenerse con el MINEDUC la relación de cooperación y clarificación de roles, especialmente las respectivas responsabilidades en prevención (escolar y comunitaria) destino PCPs, derivación y prevención secundaria (responsabilidad MINEDUC).

(c) A nivel de condiciones sociales

son los mismos que los referidos al FIN

(d) A nivel de condiciones económicas

Según la estructura presupuestaria (aun pendiente) podrían haber tendencias a financiar a los largo del tiempo a unos componentes mas que otros .Es llamativo el alto costo de la campaña comunicacional, US\$ un millón, sin evidencias de impacto (la evaluación cualitativa no esta disponible)

(e) A nivel de condiciones políticas

No sería relevante

(f) A nivel de instituciones o empresas privadas ejecutoras

El alto costo de la campaña comunicacional hace necesario conocer la transparencia en su adjudicación e idoneidad del ejecutor

7. Observaciones en torno a la presentación del para qué y/o para quienes se producen los componentes del programa/proyecto

(a) Observaciones y comentarios en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

El Area tiene beneficiarios propios del sistema escolar en prevención. El sistema comunitario lo mas probable que este localizado en barrios populares

Tratamiento y Rehabilitación se maneja a través del sistema publico de Salud, por lo que operaria una autoseleccion.

Normas llegan a profesionales orientados a sectores populares

Solo la campaña comunicacional se dirige al publico en general

(b) Observaciones y comentarios en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

Los potenciales beneficiarios están identificado en general en el grupo de edad 10-19 por razones de categorización estadística del propio Ministerio, Seria importante operar con grupos de riesgo, pobreza, familia, según predictores de riesgo y precisar mas el grupo objetivo. Para ello están disponibles las DUSI y Encuesta CONACE

El Programa establece de hecho una relación entre prevención del consumo de drogas y la etapa adolescente, al definir su objetivo general como "contribuir el desarrollo integral del adolescente chileno". Luego las actividades preventivas se centran exclusivamente en población joven.

Esta relación puede resultar perjudicial ya que tiende a estigmatizar fuertemente a los jóvenes y a reproducir patrones prejuiciosos hacia la población juvenil en el sistema de salud. (Argumento reiterativo de parte del INJ al asociar Juventud con Drogas)

Por lo demás, centrar la prevención exclusivamente en etapas juveniles, se sostendría sobre un esquema de desarrollo evolutivo lineal, en el que la conducta abusiva o adicta se adquiere tempranamente y no en estadios posteriores del desarrollo. Estudios del consumo de pasta base y cocaína muestran un importante número de inicio del consumo en edad adulta.

Las prioridades establecidas en S.M. para los Programas matrices permiten otras articulaciones, como:

- prevención del uso de alcohol, tabaco y drogas en embarazadas (Programa de la Mujer);
 - prevención de accidentes (...) por abuso de sustancia (Programa del Adulto);
 - campo de salud ocupacional o prevención del consumo en empresas;
- articulaciones que ayudarían a desmistificar la relación drogas-juventud.

(c) Observaciones y comentarios en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el programa/proyecto

Siguiendo el argumento anterior, el grupo de edad debe ser más preciso y focalizado.

En PCPs hay la tendencia a estimar como beneficiarios a todos los alumnos, pudiendo solo ser algunos los reales participantes. Es muy ventajoso que se registren a nivel de Servicios tanto las actividades como beneficiarios por permite estimar cantidad de atenciones por beneficiario

(d) Observaciones y comentarios en torno a la caracterización socio-económica de los beneficiarios reales finales del programa

En la práctica beneficiarios reales finales son los propios beneficiarios porque son procesos de corta duración. Posiblemente habrían que intentar % de adhesividad en tratamiento y control, % de deserción en PCPs

8. Observaciones y comentarios en torno a los efectos del uso que los beneficiarios hacen de los componentes que entrega el programa

Los efectos el uso se captan mediante las dos Evaluaciones externas disponibles (Universidad Diego Portales y GREDIS) en ellas los impactos percibidos son positivos. Lo mismo sucede con las Normas que fueron evaluadas mediante instrumentos e indican aceptabilidad y uso aunque con variaciones según Capítulos de las Normas

A nivel preventivo, existe poca certificación de prácticas como la réplica y la real internalización de las temáticas tratadas o la real correlación de ciertas prácticas con un refuerzo preventivo (PCP)

B. NIVEL DE GESTION DEL PROGRAMA/PROYECTO

V. OBSERVACIONES EN TORNO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Observaciones y comentarios en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto

En general estan bien establecidas, no obstante faltan las del quinto componente

El Programa tiene actividades estándares para los componentes, se echa de menos un Organigrama que defina flujos verticales (hacia DISAP y Programas tradicionales) horizontales (CONACE, MINSAL, SEGPRES [por agenda legislativa]) y verticales inferiores (Servicios). Todo ello porque hay componentes de nivel Central (Gestión y Coordinación) (Normación y Agenda Legislativa) y otros delegados a Servicios. Por ejemplo un buen o mal desempeño de los PCPs a quien corresponde su monitoreo y retroalimentación

2. Observaciones en torno a los sistemas de producción de los componentes

(a) Observaciones y comentarios en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

Tiende a reflejarse una suerte de centralización en la confección y diseño, restándole a los SS sólo acatar las directrices centrales

(b) Observaciones y comentarios en torno a la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes

Funciones claramente establecidas para cada nivel. Habría que ver que ocurre en la práctica

Falta en la documentación un Organigrama explícito. Y atribuciones de cada Profesional. La "tutoría o padrino" de Servicios en una buena iniciativa para aliviar la carga de coordinación con regiones (Servicios)

(c) Observaciones y comentarios en torno a la estructura de la Gerencia del Programa/proyecto y de sus responsabilidades

Al parecer las últimas modificaciones en la Unidad de Salud Mental permitirían integrar de mejor manera las estrategias en Salud Mental acorde con la reforma programática en salud.

3. Observaciones en torno a los instrumentos de gestión del programa

(a) Observaciones y comentarios en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa/proyecto

La documentación no permite establecer, aparte de los Informes Anuales de Evaluación (solo se dispone de 1995 y 1997), los flujos del nivel central a Servicios, periodicidad de tiempo, contenidos, feedback, jornadas anuales, etc. La descentralización implica en toma de decisiones traspasadas a Servicios no se ha acompañada de el monitor pertinente.

(b) Observaciones y comentarios en torno a los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto

Estos indicadores per se no existen en el sentido de gestión estratégica (FODAs) indicadores de impacto, sin embargo la batería de Indicadores existentes es apreciable, solo falta armonizarla en un índice agregado y avanzar mas en Indicadores Costo-Impacto, sobretodo por la emergencia del tema y su difícil posicionamiento en una eventual reducción del gasto social

VII. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

- a) Las tasas de crecimiento del presupuesto son negativas , lo que cuestiona su viabilidad futura
- b) En el año 98 , los recursos provenientes del " Fondo de Apoyo a la Política y Plan de Salud Mental " , no estaran destinados estrictamente al área , lo que puede significar un deterioro en las actividades por falta de recursos .
- c) A nivel de regiones existe una gran dispersión en la asignación de fondos .Así se ven objetivamente reflejadas distintas potencialidades en el tema , que en un mediano plazo pueden constituir brechas importantes en la capacidad de respuesta , quedando algunas en significativo riesgo por el evidente desequilibrio .
- d) Los recursos provenientes de " Fondos Centros de alc. y Salud Mental " , no representan más alla de un 15 a 20% del total anual disponible . Por lo cual el éxito de las políticas se centran fundamentalmente en las actividades restantes

VIII. OBSERVACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO Y LAS PROYECCIONES DEL MISMO

1. Observaciones y comentarios en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

En un programa formalmente bien construido

Promoción

Prevención

Tratamiento

Rehabilitación

Autoayuda

Comunicación

Normas

Solo falla en su voluntarismo en la creencia de Servicios en que este esquema podía funcionar como un flujo. No se logro legitimar y estabilizar un modelo de intervención costo-eficiente y valido para todos los Servicios (un modelo mínimo)

La autoayuda solo puede activarse desde los servicios y el nivel central ya dio la batalla por perdida. Sin embargo, la mayor parte de los problemas de los Grupos de Auto-ayuda no es responsabilidad del Ministerio sino proviene de debilitamiento de la sociedad civil y de la inepticia gubernamental de establecer formas creativas de asistencia técnica y financiamiento a los organismos de base (que no sean Fondos Concursables)

A pesar de la emergencia del tema, al Unidad no tiene un discurso persuasivo sobre lo costo-eficaz de intervenciones en esta línea

Aparentemente el Area paso por una etapa orientada a las acciones comunitarias y juveniles y se esta ahora centrando ahora en Tratamiento y Rehabilitación, queda la duda si esto es producto de un proceso estructural o cambio de orientación de personas

Se hacen alcances sobre las deficiencias ; pero algunas de ellas se toman recurrentes en el tiempo , como la mala relación intersectorial – la eventual duplicidad de iniciativas – la nula o mínima participación o mención del sector privado – las estériles iniciativas de promulgación de la ley de alcoholes modificada

2. Observaciones y comentarios en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje

Aparentemente es un programa bien focalizado

3. Observaciones y comentarios en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto

No es aconsejable la falta de continuidad ya que hace permeable a la población objetivo de caer en el eventual consumo con las consecuentes desviaciones sociales y personales. Se notaria su ausencia, lo poco que hace actuar como un sostén o factores protectores para los jóvenes, aunque por su magnitud no afecte tasas de prevalencia

4. Observaciones y comentarios en torno a los posibles retornos de programa/proyecto (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo

Evidentemente que tiene retornos, falta una revisión bibliográfica y metodologica mas rigurosa, pero es un área emergente de alta rentabilidad social y lamentablemente en ascenso. El nuevo estudios de costos sociales del alcohol en Chile entrega valiosa información al respecto.

**MINISTERIO DE HACIENDA
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS
PROGRAMA DE EVALUACIÓN DE PROYECTOS GUBERNAMENTALES**

**PROCESO DE EVALUACION 1998
FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES**

**FORMATO C
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

I.- DATOS BÁSICOS DEL PROYECTO/ PROGRAMA	
1.Nombre del Programa/proyecto	
Area Prioritaria Alcohol y Drogas	Código:
2. En caso de ser Proyecto, señalar el programa del cual forma parte o la(s) política(s) a la(s) cual(es) se vincula	
UNIDAD DE SALUD MENTAL	
3. Ministerio Responsable: MINISTERIO DE SALUD	
4. Servicio responsable (si corresponde):	
A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA/PROYECTO	
II. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO	
1. Conclusiones en torno a la justificación a nivel de políticas públicas	
<p>La justificación es adecuada y documentada en diferentes estudios. Sin embargo la justificación es mas de carácter diagnostico que de modelos de intervención. Lo más cercano a modelos de intervención es la proposición de una estructura de Unidades de Salud Mental a nivel de Servicio y Atención Primaria.</p> <p>Se abrió en carácter imperativo un área de acción del sector Salud para poder hacer frente a una realidad de consumo de alcohol y drogas , como todavía no llegaba a darse en el pasado</p>	
2. Recomendaciones en torno a la justificación a nivel de políticas públicas	
<p>Ahondar en costos sociales del alcohol y drogas y ser más persuasivos en la importancia del tema en la agenda emergente de problemas sociales. Sin embargo si se considera el vocabulario básico del diseño de políticas publicas (eficiencia, eficacia, participación, descentralización, equidad, sustentabilidad no está presente en la justificación de esta Area.</p> <p>Seguir asignando esfuerzos a la solución del problema , involucrando más agentes en el enfoque curativo o de tratamiento y rehabilitación . Este es un desafío que toca componentes psicosociales. , por lo cual la participación de la comunidad en un sentido extendido es vital</p>	
3. Conclusiones en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar	

Esta apoyada por las directrices definidas en el ámbito del área de la Salud, atendiendo a razones de índole social y económico. Sea por sus efectos negativos en la realidad personal – familiar y laboral , como a los costos asociados en hrs – hombre , reducción en la producción de Bienes y Servicios y pérdidas económicas en el patrimonio productivo como en el patrimonio (stock) humano con que cuenta el país

La justificación esta documentada en varios documentos, y el mas contundente es el último sobre el Costo de consumo de alcohol y drogas.

4. Recomendaciones en torno a la justificación a nivel de condiciones sociales y/o económicas a mejorar

Simplemente ahondar en la alta relación costo-efectividad que tendrían la inversión en esta área.

Se hace necesario mantener la priorización; pero reflejarla ella en una asignación de recursos que deja explícito el deseo manifiesto de contrarrestar los negativos y cuantiosos efectos de su existencia

5. Conclusiones en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión.

El Area Prioritaria Alcohol y Drogas estrictamente no es un proyecto ni programa sino un énfasis programático, en un problema de alta prevalencia, dentro del Plan Nacional de Salud Mental, que incluye otras áreas prioritarias de desarrollo (ver documento Políticas y Plan Nacional de Salud Mental, resolución exenta 568 de octubre de 1993), a saber : salud mental infanto juvenil, salud mental en atención primaria de salud, red de servicios clínicos de psiquiatría y salud mental, rehabilitación y reinserción social de discapacitados de causa psíquica y derechos humanos, violencia y salud.

La formulación de las Políticas y Plan Nacional de Salud Mental en 1993 representaron un importante hito en el desarrollo de actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en las distintas problemáticas de salud mental y psiquiatría. Dentro de ella, la conformación del Area Prioritaria Alcohol y Drogas entrega por primera vez a los equipos técnicos de los Servicios de Salud un marco orientador para enfrentar este tema, opciones estratégicas definidas, y un programa sistemático de asesoría técnica y traspaso de recursos financieros.

El Area Prioritaria Alcohol y Drogas tiene como una de sus raíces los Proyectos de Cooperación Internacional de AID, quienes apoyaron entre los años 1991 y 1993 el desarrollo del Programa de Prevención de Alcohol y Drogas para niños y jóvenes , el cual se denominó "Quiero Mi Vida Sin Drogas", cuya evaluación externa de impacto señala logros positivos en el desarrollo de factores protectores al consumo de drogas y en el uso de tabaco y alcohol en los niños y jóvenes participantes del programa. A fines de 1994, la ley de presupuestos permite la contratación de 100 cargos para la rehabilitación de adictos en los diferentes Servicios de Salud del país, y el Ministerio de Salud entrega recursos de su presupuesto general para continuidad de las actividades de prevención y para la operación de programas de tratamiento y rehabilitación. Otro aporte financiero que se incorpora al área es el Fondo Centros de Alcoholismo y Salud Mental, que representa un aporte de MINSAL a la rehabilitación de la dependencia de alcohol y apoyo a grupos de autoayuda desde que la Ley de Accidentes del Trabajo dejó de tener excedentes que permitieran destinarse a estos fines.

A contar de 1998, las distintas áreas prioritarias de desarrollo se fusionan en un solo programa integral de salud mental, tanto a nivel Minsal como de los Servicios de Salud, con el fin de responder mejor a las necesidades de la población, profundizar el proceso de descentralización y utilizar más eficientemente los recursos disponibles. Esto se expresa también en el ámbito financiero, donde el principal fondo de Salud Mental es traspasado desde FONASA a los Servicios de Salud como un solo rubro, sin diferenciar desde el nivel central un área prioritaria de alcohol y drogas. El Fondo Centros de Alcoholismo y Salud Mental continúa como tal, destinado en su mayoría a los Servicios de Salud para el tratamiento y la rehabilitación de la dependencia de alcohol y apoyo a grupos de autoayuda.

En el año 1997, como parte de la reforma programática de Minsal, se definen 16 prioridades de salud a nivel nacional, una de las cuales es Tabaco, Alcohol y Drogas, lo cual favorece en 1998 la asignación de recursos de campaña sanitaria a los Servicios de Salud que han priorizado este tema, y posibilita una integración matricial con los Programas del Niño, Adolescente, Mujer y Adulto.

En relación a aspectos Administrativos : La delegación al área como componente del MINSAL , en su rol de resguardo de la salud de la población y en lo particular de la salud mental de ella .
Políticas de inversión : Eventualmente validada como una práctica de inversión en el recurso humano con miras a prolongar su vida útil y su supervivencia en beneficio de la comunidad y de sí mismo .

6. Recomendaciones en torno a los antecedentes que fundamentan la justificación del proyecto y su continuidad: constitucionales, legales, administrativos y políticas de inversión.

Precisamente la debilidad de la inserción institucional del Area dentro de la Unidad hace importante una regularización de su soporte organizacional

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Conclusiones en torno al fin planteado por el programa/proyecto

El fin del Area es compartido por el conjunto de áreas prioritarias de la Unidad de Salud Mental, el Programa del Adolescente y el Programa de Prevención de Alcohol y Drogas de MINEDUC. De hecho la orientación del Area es hacia Tratamiento y Rehabilitación luego se supone que en este FIN le corresponde el rol principal

2. Recomendaciones en torno al fin planteado por el programa/proyecto

Definir el rol o función de las otras entidades mencionadas en el ítem anterior para el logro del Fin para delimitar acciones de coordinación. Esto ayudaría mucho a una coordinación de nivel superior complementando o potenciando la coordinación ejercida por CONACE

El fin esta diseñado para la población como un todo ; pero las acciones involucradas reflejan una orientación de preferencia en el segmento juvenil , lo que conlleva a asumir una eventual condición casi crónica para el segmento adulto. Es necesario clarificar esta situación.

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto

La Tasa de prevalencia es el indicador mas mencionado, y tiene justificación teórica y practica. Sin embargo la elección de un indicador de prevalencia presume que las políticas llevadas por el Estado deberían afectar ese fin, lo que obliga a un registro continuo de la Tasa y su desagregación regional o por Servicios. La Encuesta a Consultantes de Servicios de Urgencia es un indicador alternativo pero no de carácter nacional

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del fin del programa/proyecto

Se necesita mas evidencia empírica (de otros países p.e. que las tasas de prevalencia son afectadas positivamente por los programas gubernamentales. Según el ejecutor, Políticas estatales de Canadá y Estados Unidos se basan en indicadores similares para sus programas de prevención y tratamiento. Precisamente por mencionar los estudios Canadienses y de EE.UU, la observación de MINSAL reafirma la necesidad de incorporar estos indicadores sistemáticamente en la medición del Fin. Sin embargo, no se explicitan los estudios y los Indicadores específicos. Por el costo y complejidad de Estudios Nacionales continuos de prevalencia se podría ampliar a nivel de Regiones o Servicios la Encuesta a Consultantes de Servicios de Urgencia, que tiene la ventaja que se aplica con el personal administrativo y puede tener un carácter continuo.

Deben definirse indicadores que se asocien al fin , en un sentido amplio , es decir vinculados al consumo ; pero también a atributos psicológicos (actitudes - percepciones - autoestima) .

5. Conclusiones en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto

No se mencionan metas a nivel de fin. Es obvio que se esperaría una disminución de la Tasa de Prevalencia

6. Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de fin se ha propuesto el programa/proyecto

Las metas deben apuntar a evaluar en el tiempo , teniendo un diagnóstico inicial de la problemática a enfrentar . Es importante que ellas puedan de el modo más preciso posible , vincularse a la gama de actividades realizadas y que estas como las metas mismas a ser evaluadas , tengan una suerte de continuidad en el tiempo , de modo de hacer análisis intertemporales de efectividad y eficiencia .

En función de comparaciones internacionales o recomendaciones de organismos especializados, se podrían establecer una Meta de disminución porcentual de adicciones como media nacional y su especificación en cada Región. Esto serviría para monitorear la relación acciones y resultados, como también podría servir para re-estudiar la conveniencia de usar este Indicador como Fin

7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado

Los medios de verificación son tres Encuesta CONACE, Encuestas DUSI y Encuesta a Consultantes de Servicios de Urgencia. Son en la practica instrumentos complementarios y relativamente yuxtapuestos (en particular Encuesta CONACE y DUSI). Por ser Encuestas su desagregación territorial es escasa y poco valida, lo que puede significar la falta de información valida a nivel de comunas o provincias. Su procesamiento estadístico es limitado siendo en general la presentación de tasas nacionales por tipo de adicción, sexo, grupo de edad. Un análisis estadístico factorial permitiría identificar factores de riesgo

Las evaluaciones cualitativas externas realizadas por los equipos de la Universidad Diego Portales y Gredis son más pertinentes como medio de verificación de componentes del programa que a nivel del Fin.

8. Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el fin del programa/proyecto se ha logrado

Los medios de verificación , si bien existen , no contribuyen a respaldar mediciones del fin en un sentido amplio , por lo cual es necesario desarrollar instrumentos que involucren la exteriorización de realidades subjetivas vinculadas a la calidad de vida o salud biopsicosocial . Por ej. encuestas de clima familiar y/o laboral ,en los contextos involucrados .

Lograr su perfecta complementariedad en su representación regional, variables – Además un procesamiento estadístico mas avanzado para definir grupos o perfiles de riesgo

9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto

No hay evidencia de asociación de Fin del Area y variaciones en Encuestas de CONACE, posiblemente por su escasa repetición lo que impide establecer tendencias históricas, lo se evidencia que en esta Encuesta existan preguntas sobre acceso a programas de prevención o tratamiento, para asociar efectos diferenciales

10. Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del fin del programa/proyecto

De partida asociar el fin a los resultados de los tres instrumentos, y en el caso de detectar la inexistencia de relación causal entre componentes del Fin y tasa reemplazar el indicador de Fin.

Podría definirse un criterio o escala de evaluación , aunque no sea la técnicamente óptima ; pero que sirva de señal de logro general c/r al fin .Ej una mezcla ponderada de medición de tasas de prevalencia y otras dimensiones.

11. Conclusiones en tomo a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

El Area se percibe como relativamente aislada de otras iniciativas gubernamentales que tienen relación con los beneficios del Area como el Programa del MINEDUC, los programas clásicos del MINSAL, de los cuales la Unidad de Salud Mental es una unidad transversal. Luego se percibe necesario para la sustentabilidad mas explicitación de la relación Area-Unidad, Unidad-Programas a las Personas (en particular Adolescente), Area-Programa MINEDUC, Area-CONACE. De hecho el CONACE actúa como cofinancista de Fondos Concursables en Tratamiento y Rehabilitación. La vinculación con CONACE no sólo es de apoyo financiero, sino también de coordinación en la definición técnica de las políticas y estrategias a desarrollar tanto en el ámbito de la promoción, prevención como en el área de tratamiento y rehabilitación, en el área de comunicación, en el área de información y estudios.

La Co-ejecución en términos concretos , más bien no existe . El MINSAL asume el rol de tratamiento y rehabilitación en un modo casi exclusivo , a excepción de los grupos de autoayuda y rehabilitación , sobre los cuales se presume la continuidad de sus funciones , en coordinación técnica y financiera con el MINSAL

Las actividades realizadas a nivel escolar , exigen una permanente interacción entre el MINEDUC y el MINSAL , a que no se ve claramente concretada , sino más bien una relación distante e indiferente.En cuanto a otras instituciones públicas , un rol de colaboración pendiente , es el que se espera del Congreso Nacional para la modificación de la Ley de Alcoholes .Las condiciones sociales son más bien favorables para las iniciativas desarrolladas , ya que tanto en cuanto, elementos como un moderado nivel de cesantía y de alternativas de capacitación laboral existan ,se verá una realidad optimista .Elo a nivel de adultos . A nivel juvenil elementos como la participación e integración a la realidad social , genera una visión positiva frente al tema .Las condiciones económicas , si bien no están explicativas , abren un espacio de consumo producto del mayor ingreso real de las personas dado el crecimiento de la Economía , mientras ese consumo este sujeto a una escala de valores de austeridad y orden en el gasto, no se avizoran problemas . Lo contrario , genera dudas frente al impacto que habría de tener .Las condiciones políticas , no se ven claramente relacionadas , tan sólo surge la asociación a nivel de políticas gubernamentales en el tema , las que tienden a ir considerando el tema con alguna mayor fuerza .El rol de las instituciones privadas , es importante en la delegación que a ellas se les puede hacer, del rol de tratantes de las patologías asociadas .

12. Recomendaciones en tomo a los supuestos necesarios para la "sustentabilidad" de los beneficios generados por el programa/proyecto, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Siendo el tema de adicciones de carácter multicausal, la sustentabilidad de los beneficios del Area depende de una acción colaborativa, o la menos de una definición del rol de las otras instituciones en la sustentabilidad de los beneficios (p.e. Municipios, Escuelas, ONGs, organizaciones sociales, etc.)

La vinculación con el MINEDUC debe reforzarse , en ambos sentidos el fortalecimiento de la relación es rentable socialmente. Aparece aunque más difusa la necesidad de integrar al CONACE en las políticas a desarrollarse, más allá de una desde una perspectiva meramente de apoyo financiero , sino como palanca interinstitucional de combate coordinado en el tema alcohol y drogas.

En cuanto a otras instituciones públicas , el compromiso local entendido como la contribución que pueden hacer los Municipios en el tema , resulta importante de considerar .Las condiciones económicas , sean incluso de restricción , deben cautelarse por la disponibilidad de recursos para este problema . Existe una brecha sustantiva entre el costo social del problema y el gasto (neutralización o combate de el .En relación a las instituciones privadas , el rol más dinámico de el sector empresarial generaría beneficios recíprocos , en una fuerte vinculación con el MINSAL , la que debe desarrollarse a la brevedad con ahínco .

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Conclusiones en torno al propósito planteado por el programa/proyecto

A nivel de propósito se menciona la disminución de la oferta y demanda por alcohol y drogas. Es probable que en una lectura optimista, el Area afecte el propósito de disminución de demanda, lo que se reflejaría en las tasas de prevalencia. La disminución de la oferta implica políticas tributarias, de desincentivos industriales y de exportación que estaría fuera del ámbito de manejo del Area. A nivel de propósito (disminución de la oferta) se participa e influye a través de acciones coordinadas con otros sectores en la definición de Leyes, Proyectos de Ley, Reglamentos y Políticas con aportes técnicos del MINSAL.

Se agrega como propósito la disminución de los problemas acarreados por el alcohol, lo que ya es un propósito más realista y factible de abordar, aunque con una perspectiva más pesimista. La reducción del daño o la disminución de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas, si bien es más realista, corresponde a un propósito que a demostrado ser eficiente en otros países (En este ámbito podemos referirnos a disminuir los accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol y drogas, definición de estrategias que aumenten los periodos de abstinencia, estrategias que aborden el tema de las recaídas y la intervención temprana en estos casos, etc.).

El concepto de disminución de daño (opción realista) versus disminución de demanda (opción optimista) merece alguna discusión como propósito del Area. La postura oficial del gobierno de Chile es disminución de demandas, por tanto es necesario que cuente con instrumentos para hacerlo.

2. Recomendaciones en torno al propósito planteado por el programa/proyecto

Mantener como propósito la contribución a la disminución de la oferta por la posibilidad real de poder influir con aportes técnicos en la definición de Leyes, Reglamentos, Políticas, etc. Con respecto a la disminución de la demanda se parece bastante al FIN, ya que una disminución de demanda por definición debe reflejarse en la Tasa de Prevalencia.

Incorporación real del propósito de reducción del daño, como una alternativa válida, con una definición en términos de la realidad chilena, además de mantener como propósito a más largo plazo contribuir a la disminución de la demanda. Hay que tener cuidado de que la incorporación a nivel de propósito no "contamine" el nivel de componentes.

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto

Se mencionan en informes anteriores la inexistencia de Indicadores para medir el propósito, siendo reemplazados por descripciones de acciones orientadas a disminuciones de oferta, demanda, tratamiento y rehabilitación y vigilancia epidemiológica, todo muy similar a Componentes

En el Marco Lógico se mencionan como Indicadores de propósito

Cobertura de programas de prevención en población 10-19

Cobertura comunal de programas de prevención y promoción

Cobertura de programas de tratamiento

Actividades de tratamiento por persona

Leyes con aporte del Area

No de documentos de vigilancia epidemiológica

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento del propósito del programa/proyecto

Los indicadores deben definirse considerando la magnitud del impacto social y de morbimortalidad en el tiempo, en relación al problemas de alcohol y drogas. Estadísticas médicas (cobertura - volumen de actividades - defunciones asociadas -gasto per cápita por prestación) y sociales (que reflejen la dimensión familiar - laboral - comunitaria, por ej.) deben desarrollarse.

Los indicadores habría que refundirlos en un Indicador global de tipo índice ponderado o solo quedando con indicadores de cobertura de prevención y tratamiento.

5. Conclusiones en torno a las metas que a nivel de propósito se ha propuesto el programa/proyecto

Se pueden inferir como metas de indicadores de propósito, por ejemplo aumento del 15% de cobertura en el grupo 10-17 (Informes 1995 y 1997).

Además de la meta en prevención (cobertura de beneficiarios y de comunas con programas en el tema), el programa cuenta con las siguientes metas de cobertura en tratamiento:

Año 1996 :Aumentar el número de personas identificadas e intervenidas por problemas de alcohol y drogas en un 17%.

Año 1997 :Llegar a un 10% de personas dependientes mayores de 15 años, participando en actividades de tratamiento.

6. Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de propósito se ha propuesto el programa/proyecto

Las metas deben desarrollarse en un sentido amplio cubriendo el espectro de objetivos que contiene el Propósito. Es decir metas asociadas a la mortalidad, a la morbilidad, al problema psicosocial individual, al problema psicosocial de la comunidad

Se podría mantener y generalizar a todos los indicadores de propósito las metas, pero su incremento está asociado a incrementos presupuestarios. Como se percibe una disminución en el presupuesto un incremento de cobertura sería difícil y habría que pasar a indicadores de actividades por personas (densidad de atención).

7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado

Los medios de verificación validados por el Área si bien se relacionan con el, no permiten una medición efectiva del mismo. Las encuestas o registros, los cuales serían los medios utilizados, no miden por ejemplo la contribución en la disminución de la oferta, ni permiten con convicción aseverar la contribución a la disminución de la demanda, por lo cual los medios deben ampliarse. Según marco lógico los medios de verificación son registros a nivel de servicios y comunas

8. Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que el propósito del programa/proyecto se ha logrado

Para fines de cobertura los medios de verificación son los adecuados para estimar cobertura

9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto

Es difícil establecer el grado de cumplimiento del Programa, desde el punto de vista de cumplimientos administrativos no habría mayor problemas

10. Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento del propósito del programa/proyecto

Establecer metas en lo posible únicas y porcentuales para establecer niveles de cumplimiento más pertinentes al propósito.

11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

El programa (o sea el Área) para contribuir al Fin implica coordinación con otras unidades intra-Ministeriales, CONACE, MINSAL, las condiciones sociales, económicas y políticas les son favorables por el clima de preocupación por la emergencia de tema drogas

Con la reforma programática se abre un espacio real de participación y coordinación con los programas clásicos y otros departamentos o divisiones del MINSAL.

12. Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Fin del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

El Área debería desarrollar un ejercicio de Planificación estratégica sobre las condiciones del entorno que le son más favorables

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Conclusiones en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

Los componentes reconstruidos difieren relativamente de los mencionados en el Marco Lógico, especialmente en lo que se refiere en cobertura de Prevención escolar, PCPs promoción de enfoques comunales y Tratamiento y Rehabilitación. Estos elementos estarían subsumidos en el Marco Lógico en el componente 1 "Asesoría y asistencia técnica y financiera a los Servicios de Salud y organizaciones de autoayuda"

2. Recomendaciones en torno a los componentes que produce el programa/proyecto

Los componentes se pueden construir de un modo más extenso, dando espacio a una estructura más útil para eventuales evaluaciones, tal como se refleja en el Anexo. Posiblemente diferenciar en el Componente 1 del Marco Lógico en Subcomponente Prevención y Subcomponente Tratamiento y Rehabilitación.

3. Conclusiones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Si bien los indicadores de los Componentes son Identificación de servicios y Número de documentos, no son en un sentido estricto indicadores de componentes, estas asesorías son definidas por los Servicios de Salud de acuerdo a necesidades y requerimientos locales lo que aumenta la pertinencia y adecuación de las mismas.

4. Recomendaciones en torno a los indicadores definidos para medir el cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Como el Propósito del Area es de hecho un multi-propósito. Dentro de estos varios propósitos se contienen los componentes, luego la recomendación sería clarificar los Propósitos para convertirlos en un solo Propósito y bajar de nivel los propósitos y convertirlos en componentes.

5. Conclusiones en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto

Como los componentes son servicios o publicaciones no hay metas asociadas, las Metas más cercanas serían los incrementos de coberturas que se advierten a nivel de Propósito

6. Recomendaciones en torno a las metas que a nivel de componente se ha propuesto el programa/proyecto

Definir Metas de cobertura y densidad a nivel nacional y por Servicios, en función de estándares recomendables o simplemente para estabilizar y especializar la oferta del Area. Ya se ha mencionado que el Area tiene una leve reducción presupuestaria, luego resultaría riesgoso plantearse incrementos constantes de cobertura o densidad de atención sin mejoras en la eficiencia de la entrega de bienes y servicios del Area

7. Conclusiones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado

Los medios de verificación son Identificación de Servicios, luego la constatación de logro de los componentes es automática

8. Recomendaciones en torno a los medios de verificación a través de los cuales se puede constatar que los componentes del programa/proyecto se han logrado

Naturalmente cambian a otros medios de verificación (de acceso o cobertura, prestaciones o procesos o resultados o rehabilitaciones) mas propios de lo que en el Area se definió como Propósitos

9. Conclusiones en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

De acuerdo a la propia definición de componentes en el Marco Lógico del Area los componentes se habrían cumplido, por ser su definición de tipo administrativo (presencia de Servicios de Salud, URACH u agrupaciones de autoayuda)

10. Recomendaciones en torno al nivel o grado de cumplimiento de los componentes del programa/proyecto

Se deduce que la forma de establecer el grado de cumplimiento de los componentes es meramente administrativa, por lo que se recomienda que se modifique a los indicadores de cumplimiento de los originalmente definidos como propósitos

11. Conclusiones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Los componentes pueden verse afectados a dos niveles

A nivel del componente 1 (asistencia técnica y financiera lo que incluye PCPs, Prevención Escolar y Tratamiento y Rehabilitación). En este caso es evidente la injerencia del Fondos Concursables CONACE en sus tres líneas (Prevención escolar, Comunitario y Tratamiento y Rehabilitación

Otro supuesto de coordinación pueden afectar el Area en relación al Programa del Adolescente del MINSAL en lo que respecta a Prevención

El mismo componente se puede ver afectado por la descentralización de los Servicios en su capacidad de coordinación

12. Recomendaciones en torno a los supuestos que deben ocurrir a nivel de componentes para que el programa/proyecto contribuya significativamente al logro del Propósito del mismo, a nivel de: otras instituciones públicas co-ejecutoras, otras instituciones públicas, condiciones sociales, condiciones económicas, condiciones políticas y de instituciones o empresas privadas ejecutoras

Se debería explicitar las restricciones que afectan a unos componentes mas que otros. El componente Difusión y Comunicación Social esta afectado por otras dependencias Ministeriales, por lo que deben explicitarse los grados de autonomía o restricciones que tiene el componente con otras áreas

Del mismo modo debe explicitarse la influencia que ejerce sobre el Componente de asistencia Técnica y financiera del Fondo Concursable de CONACE.

13. Conclusiones y recomendaciones en torno a la presentación del para qué y/o para quienes se producen los componentes del programa/proyecto

(a) Conclusiones en torno a la Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

La población beneficiaria correspondió a los sectores más pobres de la población y a los mayores de 10 años.

La caracterizaron esta dada por dos grandes criterios:

El grupo de edad en lo cual no se aclara demasiado su caracterizaron socioeconómica, se supone que actúa un principio de auto-selección que hace no sea el conjunto de la población sino los mas pobres los efectivamente beneficiados. Sin embargo esta focalización no es explícita

Un segundo criterio es la tasa de prevalencia de Encuestas CONACE, lo que entrega población con demanda de tratamiento, aquí también no es muy claro el criterio de focalización aunque en el área de tratamiento es mas evidente la autoexclusión de sectores medios y altos

(b) Recomendaciones en torno a la Caracterización socioeconómica de los beneficiarios inicialmente identificados para el programa/proyecto

El foco de la promoción y prevención son niños y jóvenes (10 a 19 años).
En tratamiento y rehabilitación el foco es el adulto, los mayores de 15 años.

(c) Conclusiones en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

Se presentan datos de cobertura por propósitos, luego es evidente que existe previamente una estimación de la población objetivo, esto se podrían precisar mas si se focalizara la población objetivo por factores de riesgo.

(d) Recomendaciones en torno a la presentación del universo total de potenciales beneficiarios directos e indirectos

entregar una mayor focalización de los potenciales beneficiarios, mediante una mejor explotación de los datos aportados por la encuestas CONACE y DUSI

(e) Conclusiones en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el programa/proyecto

En general hay identificación de beneficiarios reales por componentes. Como se ha afirmado esto es mas evidente en Tratamiento y Rehabilitación. En evaluación 1995, 1996, 1997 se comparan metas con beneficiarios reales

(f) Recomendaciones en torno a la identificación del número real de beneficiarios que utilizan los componentes producidos por el programa/proyecto

La campaña de Comunicación social no fue un componente específico del área, se realizó una evaluación el primer trimestre de 1996 a través del departamento de relaciones públicas del MINSAL. Solo se podría recomendar recabar e integrar esa información al quehacer del área.

(g) Conclusiones en torno a la Caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa

Los datos solo permiten inferir que los beneficiarios reales finales son los demandantes usuales del sistema de Salud. Como el énfasis de las evaluaciones (UDP y GREDIS) no se han concentrado en el perfil socioeconómico de los beneficiarios, no es posible concluir si se produce desfocalización entre la población inicialmente determinada y los beneficiarios reales finales

(h) Recomendaciones en torno a la Caracterización socioeconómica de los beneficiarios reales finales del programa

La única forma de determinar la estratificación de usuarios finales sería mediante indicadores de pobreza en las Encuestas de Servicios de Urgencia, procedimiento relativamente fácil, p.e. por estratificación FONASA o ficha CAS II. Lo otro es registrar el nivel socioeconómico de los tratantes mediante los instrumentos mencionados. En el caso de prevención se puede inferir en los Escuelas por los índices de Vulnerabilidad de la JUNAEB, y en el caso de comunidades por identificación de bolsones de pobreza de FOSIS o los municipios, o Encuesta CASEN. Es importante agregar que al estar centrada la operación del programa a nivel de unidades públicas. Se produce un cierta autofocalización.

14. Conclusiones en torno a los efectos en los beneficiarios de los componentes que entrega el programa y su contribución al propósito del programa/proyecto

Los efectos en los beneficiarios se registran en las dos Evaluaciones (UDP y GREDIS) y son positivas. Naturalmente son percepciones mas que impactos medidos externamente. El componente de entrega de Normas, también tiene una medición positiva.

15. Recomendaciones en torno a los efectos en los beneficiarios de los componentes que entrega el programa y su contribución al propósito del programa/proyecto

Mantener el sistema de evaluaciones (tipo GREDIS y UDP) introduciendo un modulo de satisfacción de usuarios, lo mismo con la utilización de la Normas Técnicas. En caso de problemas de costos, utilizar Cuestionarios de auto-respuesta a muestras estratificadas en el caso de Tratamiento y Rehabilitación
Sería importante una Coordinación con el Departamento de Relaciones Publicas para evaluación de campañas comunicacionales.

16. Conclusiones en torno al impacto en la población objetivo realmente beneficiada por el programa/proyecto

El impacto es desconocido, solo una aproximación al mismo sería un módulo de una submuestra de beneficiarios (Prevención y Tratamiento) en las Encuestas CONACE y DUSI

17. Recomendaciones en torno al impacto en la población objetivo realmente beneficiada por el programa/proyecto

La revisión de los instrumentos de registro tipo Encuesta CONACE, DUSI, no depende exclusivamente del MINSAL. Parte de la coordinación tiene relación con el evaluar la efectividad de las encuestas y la incorporación de áreas de interés para las distintas instituciones involucradas. Siguiendo la propuesta anterior, se hace necesario una revisión de los instrumentos de registro tipo Encuestas CONACE, DUSI, Encuesta en Servicios de Urgencia, evaluaciones tipo GREDIS y DUSI para configurar un sistema de evaluación de población beneficiaria (de prevención y tratamiento) diferenciando entre beneficiarios iniciales y finales y percepciones de impacto. También sería recomendable sondear la validez de la pregunta de la Encuesta CASEN sobre acceso a Servicios de Salud Mental.

B. NIVEL DE GESTION DEL PROGRAMA/PROYECTO

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA/PROYECTO

1. Conclusiones en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto

Componente 1 : asistencia técnica y financiera a SS y autoayuda

- reuniones de asesoría* con los Servicios de Salud (1 a 2 nacionales y 1 a 2 locales con cada uno) (además de reuniones formales con los Encargados de Salud Mental y otros profesionales de salud pública de los Servicios de Salud, se mantiene un contacto directo todo el año a través de teléfono, fax y correo)
- evaluación de necesidades y gestión de los Servicios de Salud y organizaciones de autoayuda (con organización nacional): a través de reuniones, formularios, informes financieros, cuestionarios.
- distribución de recursos financieros y materiales educativos a los Servicios de Salud y organizaciones de autoayuda

*Las asesorías a los Servicios de Salud se definen de acuerdo a necesidades y requerimientos locales, siendo concordante con la política de descentralización del MINSAL. Con respecto a este punto, el grueso de las actividades se orienta a la asesoría y apoyo técnico y al apoyo político en las direcciones de los Servicios de Salud.

Componente 2 : diseño y transferencia de normas y orientaciones

- recoger evidencia de grupo de expertos y de bibliografía (nacional e internacional)
- conformar grupos de trabajos para la elaboración de normas y orientaciones técnicas
- distribución de material (a Servicios de Salud y grupos de autoayuda, además de otras instituciones nacionales relevantes): ordinarios, documentos, publicaciones de normas y orientaciones
- apoyo de capacitación y asesoría (a Servicios de Salud) en implementación de normas y orientaciones técnicas y programáticas

Componente 3 : difusión y comunicación social

- elaboración de material educativo, diseño e impresión (afiches, folletos, videos, guías metodológicas)
- distribución de material educativo a los Servicios de salud y grupos de autoayuda (organizaciones nacionales)
- colaboración con Relaciones Públicas MINSAL en el diseño de una campaña de comunicación social (año 1995)

Componente 4 : Coordinación y formulación de políticas y perfeccionamiento de leyes

- conformación de grupos de trabajo para la elaboración de políticas, proyectos de ley y reglamentos
- recopilación de evidencia de grupos de expertos y de bibliografía nacional e internacional
- elaboración de políticas, proyectos de ley y reglamentos
- participación y asesoría técnica en grupos de trabajo intersectoriales : CONACE, MINEDUC, INJ, Ministerios Justicia y Trabajo, SENAME, DIGEDER, Comisión Nacional de Tránsito, Iglesias, Congreso Nacional, Carabineros, Investigaciones, Gendarmería, Universidades, entre otros

Componente 5 : Participación en estudios

- 18 -

- estudios epidemiológicos : 2 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas en Hogares (CONACE) 2 Estudios Nacionales de Consumo de Drogas en Población Escolar 3 estudios

2. Recomendaciones en torno a las actividades que se debe cumplir para completar cada uno de los Componentes del programa/proyecto

La coordinación con otros ha permitido la formulación de políticas públicas, el perfeccionamiento de leyes vigentes, la definición e implementación de estrategias de prevención y tratamiento. No obstante lo anterior, llama la atención la escasa mención del componente Coordinación y Gestión que debería cubrir las funciones de relación con otras instancias Ministeriales, el medio externo, las otras Areas Prioritaria de la Unidad y en particular la relación con los Servicios.

La actividad de Campañas comunicacionales se ha mencionado que esta supeditada técnica y financieramente a otra Unidad del Ministerio, luego es importante aclarar el rol exclusivo del Area en el Componente Comunicación y difusión.

3. Conclusiones y recomendaciones en torno a los sistemas de producción de los componentes

(a) Conclusiones en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

Componente 1 : asistencia técnica y financiera a Servicios de Salud y autoayuda : Interacción con actores claves de la organización con el fin de producir un cambio en la forma de operar del sistema para que se traduzca en acciones directas a la población beneficiaria en términos de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas

Componente 2 : diseño y transferencia de normas y orientaciones : hacer llegar a profesionales, técnicos y monitores de Servicios de Salud y autoayuda documentos y capacitación que los orienten y mejoren la calidad de sus acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas

Componente 3 : difusión y comunicación social : hacer llegar a profesionales, técnicos monitores de Servicios de Salud y autoayuda materiales educativos que facilite sus acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas

Componente 4 : Coordinación y formulación de políticas y perfeccionamiento de leyes : disponer de proyectos de ley, reglamentos y políticas, y facilitar que otros sectores incorporen a sus actividades componentes de promoción de la salud mental y de prevención y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas

Componente 5 : Participación en estudios : Disponer de información de mejor calidad para la toma de decisiones desde el nivel central.

Los componentes se producen mediante:

Actividades de la Unidad Central y documentación respectiva

Transferencias monetarias de tres Fondos a Servicios y URACH

Actividades de Servicios y Unidad Central y documentación interna

Licitaciones para realización de estudios

El aspecto mas difícil de dilucidar es la producción del componente Asistencia Técnica y Financiera que se basa en transferencias monetarias provenientes de tres Fondos (Centros de Alcoholismo, Políticas de Salud Mental y Campañas). Resulta difícil establecer el mecanismos de asignación a Regiones o Servicios ya que no se corresponde con la población asignable a cada región, ni con la Tasa de Prevalencia.

A esto se suma la descentralización de la programación de los Servicios de Salud lo que hace difícil o limitada la capacidad de un Modelo de asignación centralizado.

(b) Recomendaciones en torno a los mecanismos mediante los cuales se producen los componentes

Lo mas importante seria clarificar el rol del Area en la asignación de recursos en el componente de Asistencia Técnica en los siguientes puntos

Atribuciones de los Servicios para fijar sus Metas en sus Políticas de Salud Mental

Costo por servicios otorgados (ya sea en Prevención o Tratamiento)

Rol de coordinación técnico financiera del Area Prioritaria

Esto implica explicitar un Modelo de asignación armonioso con la descentralización de los Servicios y su autonomía para fijar sus prioridades en Salud.

Sería interesante profundizar en otras formas de asignación que se están efectuando actualmente a través de compromisos de gestión que realizan los Servicios de Salud, comprometiéndose metas en concordancia con fondos solicitados. Sobre los compromisos de gestión no queda claro la vinculación de estos compromisos referidos a alcohol y drogas (p.e. definición de la unidad de servicios atenciones, tratamientos, etc., y su vinculación a dinero, Per capita por prestación, canasta, tratamiento tipo, etc.

(c) Conclusiones en torno a la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes

Programa no ha entregado demasiados antecedentes para graficar la organización que se ha dado el Area para la producción de componentes. Se deduce que se realizan Talleres o Jornadas en el año con los Encargados por Servicio para coordinar o priorizar las actividades del Area. Se deduce que hay Encargados por grupo de Regiones. En las reuniones con el jefe de Unidad de Salud Mental, se menciona como estructura la normativa descrita en los Planes de Salud Mental, lo que es mas bien una propuesta de estructuración.

(d) Recomendaciones en torno a la organización que se ha dado el programa/proyecto para la producción de los componentes

La recomendación principal es la explicitación de la organización del Area, que obviamente existe de hecho pero su falta de documentación dificulta su análisis para evaluadores externos. Esta falta de explicitación es mas crítica en el Componente Asistencia Técnica y Financiera. El componente Asistencia Técnica y Financiera, en los aspectos financieros es meramente un transferidor de recursos, ya que los Fondos (de Centros de Alcoholismo, Apoyo a las Políticas y Plan de Salud Mental y Campaña Sanitaria se transfieren a los Servicios de Salud con una fijación de montos disociada de Indicadores de Rendimiento

(e) Conclusiones en torno a la estructura de la Gerencia del Programa/proyecto y de sus responsabilidades

No se puede reconocer un estilo o realidad de gerencia a el . De ser así habrían de reconocerse con más precisión responsables , recursos asignados , objetivos y tareas. El Programa por ser un Area Prioritaria de una Unidad no tiene un Gerente propiamente tal, sino un Coordinador de Area la cual tendría un Coordinador de Area por Servicio de Salud (según último organigrama enviado) el cual no se sabe si el mismo Encargado Regional de Salud Mental. En la consideración que el Ministerio entrega recursos para el contrato de 100 profesionales en el tema Alcohol y Drogas para 28 Servicios (lo que daría aproximadamente tres a cuatro profesionales por servicio) es factible la existencia de un Coordinador por Servicio, pero como las transferencias presupuestarias son autónomas de una planificación o asignación por resultados, los mecanismos de coordinación no resultan claros

(f) Recomendaciones en torno a la estructura de la Gerencia del Programa/proyecto y de sus responsabilidades

El Programa estaría en reestructuración a partir de 1998, con la fusión de las Areas Prioritarias, lo que crea un horizonte de incertidumbre sobre la estructura del Area. Considerando el periodo anterior 1994-1997 se podría recomendar definir claramente el vinculo de las metas del Area con la planificación presupuestaria, para redefinir prioridades programáticas con recursos regionalizados. En caso que la asignación presupuestaria se decida a nivel mas superior, por consideraciones meramente de ajustes presupuestarios, debería cuidarse una coordinación de acciones entre los Servicios para definir modelos de intervención mínimos por Servicios, detectar necesidades de asistencia técnica o capacitación, o apoyar Servicios con acciones de menor desarrollo

4. Conclusiones y recomendaciones en torno a los instrumentos de gestión del programa

(a) Conclusiones en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa/proyecto

El Area dispone de una apreciable cantidad de indicadores de oferta de servicios, cobertura y densidad de atención (en tratamiento)
Mas discontinuo es el flujo de indicadores de satisfacción o percepción de usuarios finales obtenibles solo en base a las Evaluaciones GREDIS y UDP

(b) Recomendaciones en torno a los sistemas de monitoreo, seguimiento y/o evaluación del programa/proyecto

Una armonización de los indicadores subjetivos y objetivos (p.e. cantidad de atenciones) con cuestionarios a usuarios o profesionales receptores de material y organizaciones de autoayuda, configurando un sistema integrado de evaluación de procesos y resultados

(c) Conclusiones en torno a los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto

Los indicadores de gestión son de tipo numérico referidos a Servicios involucrados. Documentos distribuidos, actividades realizadas o personas atendidas.
Los indicadores presupuestarios son items presupuestarios por fuente de financiamiento y Regionalizado. Se presentan anualmente
Lo más cercano a indicadores de impacto serian la percepción de impacto por parte de beneficiarios de programas de prevención o tratamiento vía las Evaluaciones mencionadas.
En las Observaciones al Informe de Avance se menciona como impacto (a nivel de Fin) la estabilización de la prevalencia de algunas Tasas de drogas ilegales y freno de la tendencia al aumento en el consumo de drogas ilegales

(d) Recomendaciones en torno a los indicadores de gestión e impacto del programa/proyecto

Los indicadores de gestión son los adecuados para evaluar eficiencia administrativa del Programa, faltaría por diseñar un sistema integral de evaluación que asociara indicadores físicos, financieros y subjetivos (a nivel de usuario final) para definir los indicadores mas validos. Como indicadores de impacto necesariamente debería intentarse evaluarse reincidencia, periodos de abstinencia como satisfacción de usuario en una forma más continua y regionalizada. Posiblemente estos últimos indicadores podrían ser por la vía de Consultoras externas por su mayor complejidad de levantamiento y procesamiento de la información.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS

1. Conclusiones en torno a la eficiencia del programa/proyecto (realizar análisis de costo histórico 94-98 de los componentes producidos por el programa/proyecto y compararlos con los de otros proyectos públicos o privados similares)

El Area Prioritaria es parte de un Programa estatal que no tiene similares dentro del Estado. Existen proyectos privados de Tratamiento y Rehabilitación de mayor costo. Los componentes del Programa han tenido pocas variaciones en el periodo de análisis.

No es posible hacer comparaciones dada la alta síntesis de la información y la especificidad de ella. Aparte de ello la gama de actores o instituciones partícipes, inhabilita toda comparación en términos globales en relación al fin perseguido. No obstante ello, se pueden hacer las siguientes afirmaciones o comentarios al respecto: A nivel de regiones existe una gran dispersión en la asignación de fondos. Así se ven reflejadas distintas potencialidades en relación al tema asistencial, que en un mediano plazo pueden constituir brechas importantes en la capacidad de respuesta, quedando algunas en significativo riesgo por el evidente desequilibrio. Se sugiere, generar pisos básicos de asignación de recursos por Región, para generar un soporte técnico mínimo, concordante con un principio de equidad. Se pueden aplicar montos complementarios para refuerzo financiero, sustentadas en análisis de indicadores de riesgo prevalecientes, como también en base a las estadísticas de consumo. El presupuesto decrece en su participación relativa c/r al total de recursos del MINSAL, desde un 14,81% (95) hasta un 10,74% (98). Para lo cual no se cuenta con antecedentes explicativos. Sería útil explicar las razones del cambio, en la perspectiva de las autoridades del MINSAL. Si bien el presupuesto total del MINSAL crece año tras año, el presupuesto del Area, crece hasta el año 96 en términos absolutos, para luego decrecer hasta el año 98. Situación sobre la cual faltan antecedentes explicativos. No existe explicación para las asignaciones esporádicas y discontinuas, sean de Personal y/o Bienes y Servicios. A la par que sus montos tienen fluctuaciones significativas sin razón aparente, que lo aclare. Aparentemente no hay una política clara de uso de fondos, que permita una asignación estable en el tiempo ó una tendencia al menos. Sería útil, así, definirla y reforzarla para darle coherencia a los esfuerzos iniciados en cada ámbito de acción, ya que estas prácticas generan incertidumbre y desconcierto. Los recursos provenientes de "Centros de alcoholismo y Salud Mental", no representan más allá de un 15 a 30% del total anual de recursos disponibles. Por lo cual el éxito de las políticas se centran fundamentalmente en las actividades restantes, particularmente en aquellas asociadas al "Fondo de Apoyo a la Política y Plan de salud Mental, Area A/D", cuyo aporte fluctúa entre un 52 a un 71%. Sería útil tener evaluaciones de impacto, de las actividades asociadas a cada fondo, para resignar recursos entre ellos, en la medida de lo posible, fortaleciendo aquellas prácticas más exitosas y por ende el fondo del cual se financien. No existe claridad en cuanto al monto del cual se hace cargo directamente para distribuir el Area, no obstante están los antecedentes entregados del total de fondos involucrados y su eventual uso. La descomposición referida, contribuye a reconocer ámbitos de mayor injerencia ó participación del Area y el grado de amplitud de mecanismos alternativos de incentivo ó castigo hacia las instituciones a beneficiarse de aquellos fondos, más allá del recurso administrativo de clasificar en carácter condicional a aquellas que no cumplen las normas; como también el tipo de iniciativas o acciones que están más directamente vinculadas al Area en una práctica más cercana a lo operativo.



VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO

1. Conclusiones en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

De acuerdo al Informe de observaciones al Informe de avance por parte del Area Prioritaria se centran en :

En la formación de una institucionalidad en el MINSAL para tratar este problema emergente
Innovación y difusión de tecnologías psicosociales

Apoyo a intervenciones comunitarias

Normativa técnica, reglamentaria y legislativa

Satisfacción de usuarios

Siendo el listado bastante mas extenso, se pueden deducir que hay aprendizajes mas centrales, siendo precisamente la instalación de tema con un financiamiento y RR.HH. mínimos en el MINSAL los prioritarios.

Los distintos aprendizajes definidos no solo corresponden al nivel central sino también al nivel de los Servicios de Salud y otras instituciones involucradas tanto públicas como privadas.

2. Recomendaciones en torno a los principales aprendizajes y lecciones que deja la ejecución del programa/proyecto

Precisamente sería necesaria una mayor jerarquización de los aprendizajes, el logro de la instalación del tema se diluye por el escaso monto de recursos involucrados, lo que indica que la legitimación del tema aun no es suficiente.

Hay áreas de escaso logro como son las actividades preventivas y la coordinación intersectorial con el MINSAL y el rol del Area dentro de la creciente importancia del CONACE.

3. Conclusiones en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje

Los reales beneficiarios son los Profesionales de la Unidad de Salud Mental MINSAL, los equipos de Salud Mental de los Servicios de Salud, otras instituciones involucradas (públicas y privadas) con las que se mantiene una coordinación permanente.

4. Recomendaciones en torno a los reales y potenciales beneficiarios de dicho aprendizaje

Eventualmente agregar ONGs o Centros académicos relacionados con el Area y socializar estos aprendizajes en un Consejo Consultivo del Area o un Seminario Anual de sistematización de experiencias

5. Conclusiones en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto

Sería muy inconveniente, el tema de alcohol y drogas tiene la suficiente emergencia y costo social para justificar un mayor grado de compromiso del estado

6. Recomendaciones en torno a la situación sin continuidad del programa/proyecto

En la extraña situación de no continuidad del Area cabría reforzar el rol del Programa de Prevención de Alcohol y Drogas del Ministerio de Educación, la acción comunitaria vía Municipios, y el acceso de ONGs a Fondos Concursables derivados del CONACE.

En el año 1997, como parte de la reforma programática de Minsal, se definen 16 prioridades de salud a nivel nacional, una de las cuales es Tabaco, Alcohol y Drogas, lo cual posibilita una integración matricial con los Programas del Niño, Adolescente, Mujer y Adulto, abriéndose un espacio real de participación y coordinación con los programas clásicos y otros departamentos o divisiones del MINSAL. Esta situación puede, como piensa la unidad de Salud Mental, integrar el tema pero conlleva el riesgo de una "dilución" de los contenidos del Programa.

7. Conclusiones en torno a los posibles retornos de programa/proyecto (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo

Basta remitirse a los US\$ 3.000 millones de costo social del alcoholismo (no se incluyen drogas ilícitas). La inclusión de este segundo tipo de adictivos aumentaría la rentabilidad social de prevención en esta área.

La rentabilidad social de Tratamiento y Rehabilitación posiblemente sea mas baja

8. Recomendaciones en torno a los posibles retornos de programa/proyecto (sociales, económicos o políticos, directos o indirectos) que permitan pronosticar la autosustentabilidad del programa/proyecto a mediano o largo plazo

La necesidad de asociar una relación costo-efectividad de acciones preventivas.

Las acciones de tratamiento y rehabilitación deberían ser asociadas a prestaciones medicas financiadas por FONASA.

Debería pasarse de una argumentación basada en el sentido común sobre la rentabilidad de la prevención en alcohol y drogas a una evidencia empírica, siguiendo con la línea marcada por el Estudio de la Universidad de Chile y ampliarla al costo social del consumo de drogas. Esto sería especialmente útil en las negociaciones presupuestarias con FONASA y la Subsecretaria de Salud.

IX. SINTESIS DE RECOMENDACIONES PRIORIZADAS

A. En torno al diseño del programa/proyecto (En relación a la eficacia y eficiencia del Programa)

3. Una de las características que tiene el tema del alcoholismo y especialmente el de la drogadicción es que requiere de un tipo de intervenciones, individuales y colectivas, sobre las que no hay demasiada experiencia y evaluaciones. Es más, para la mayoría de esas actividades o servicios no existen ejecutores o proveedores que aseguren la calidad y cobertura necesaria. La gran mayoría de las veces es necesario la ejecución directa por parte de Iso

Se recomienda desarrollar una política de desarrollo o fortalecimiento de proveedores, los que van a hacer el tratamiento y rehabilitación, que incluya líneas de apoyo vinculadas a la participación en el programa, un registro de desempeño, un sistema de acreditación de las unidades de tratamiento, apoyo y rehabilitación públicas y privadas.

Incluye : a) Prestar asistencia técnica a los Servicios más deficitarios en esta Área de acuerdos a estándares de coberturas mínimas o promedio de atenciones en Tratamiento y Rehabilitación b) definir mecanismos de apoyo a ONGs y organizaciones sociales que se basen en indicadores de eficacia y superen los mecanismos de los Fondos concursables, por su escasa sostenibilidad y c) Definir estándares de cobertura mínimos de población a atender a nivel de prevención y densidad de tratamiento a nivel de tratamiento. Estos datos están disponibles ya sea por los estándares definidos por las Normas Básicas, población a atender por Encuesta CONACE

A partir del año 1997 se está implementando la acreditación de las comunidades terapéuticas, esta acreditación la realizan las oficinas de profesiones médicas de los Servicios de Salud en conjunto con Profesionales de las Unidades de Salud Mental, utilizando el reglamento aprobado por contraloría. Al mismo tiempo se entrega asesoría y apoyo técnico tanto a los equipos que trabajan en dispositivos de los Servicios de Salud, como a las ONG y Comunidades Terapéuticas, existiendo convenios con estas últimas para el traspaso de fondos anualmente.

4. El tema del alcohol y el alcoholismo es una tarea para ser enfrentada por toda la sociedad. La situación actual muestra que los que hacen mayores esfuerzos en la lucha por la prevención y tratamiento de estos problemas son en primer lugar las familias y luego el estado. Se hecha de menos una participación más activa de la sociedad civil y de las organizaciones intermedias así como del mundo laboral escenario privilegiado para la intervención.

El panel sugiere fortalecer los vínculos del área de tratamiento y rehabilitación a la problemática laboral y de esa forma involucrar a la empresas privada. Esto podría llevar a el diseño de programas ad.hoc al principio piloto donde en conjunto con empresas interesadas se implementen programas de detección y tratamiento de alcoholismo y drogadicción y que las empresas participantes tengan incentivos para hacerlo.

1. El área evaluada no surgió como un programa o proyecto específico sino más bien como una respuesta sectorial a un problema emergente y no abordado. Durante el transcurso de estos años, la tarea ha sido en gran medida de carácter "fundacional" siendo los principales focos de intervención la prevención, la detección temprana y el tratamiento y rehabilitación. La tarea ha sido llevada a cabo venciendo enormes dificultades institucionales, financieras y técnicas.

Hoy en día el escenario en torno al alcoholismo y a la drogadicción ha cambiado. Existen nuevos actores (CONACE), nuevas estrategias de intervención, magnitud diferente de riesgos y daños y una conciencia ciudadana distinta a la de los años 90. Estos cambios han influido en la forma como el área realiza su quehacer, ha debido cambiar sus estrategias, relacionarse con nuevos actores no siempre con los apoyos y recursos necesarios.

El panel sugiere diseñar un **plan estratégico de 4 años**, ojalá apoyado por un grupo externo y que envuelva a las altas autoridades del área, unidad, división y Minsal. El trabajo debería incluir el nivel de operaciones que se quiere llegar tipo de intervención prioritarias y la justificación del modelo de intervención.

A modo de ejemplo priorizar los énfasis del Programa en orden a mantener una prioridad en las áreas de detección precoz, tratamiento y rehabilitación en donde salud debería tener una responsabilidad alta, mientras que en el área de promoción y prevención es compartida con Educación.

En cuanto a la justificación del programa justificar las intervenciones propuestas no solo la magnitud de los riesgos y del daño. Esto implica sustentar las evidencias que hacen recomendable tal o cual modelo de intervención.

2. Una de las principales características del área ha sido la de que estimula la respuesta de los servicios de salud y de las organizaciones sociales que actúan en el tema del alcoholismo y de la drogadicción mediante estímulos financieros y asesoría técnica. Uno de los problemas de esta modalidad es la de asegurar la equidad y transparencia en la asignación de los recursos para de esa forma incrementar el impacto esperado.

Se sugiere perfeccionar los procedimientos actuales de distribución de los recursos mediante la **definición e implementación de un modelo de asignación de recursos por Servicio de Salud**, ojalá con el apoyo de una consultoría externa, que contemple e integre indicadores de riesgo, prevalencia, capacidad de gestión y desempeño, tipo de drogas (lícitas y no lícitas). Asociar la estructura presupuestaria a un modelo de demanda utilizando como demanda potencial la Encuesta CONACE y otros instrumentos, determinar los grupos de edad, por región y con esta información asignar o al menos dar congruencia a la asignación presupuestaria. Definir mecanismo de incentivos en las transferencias de los Fondos a los Servicios. Estas sugerencias deben armonizarse con las modalidades institucionales y las reformas que el Minsal está llevando a cabo.

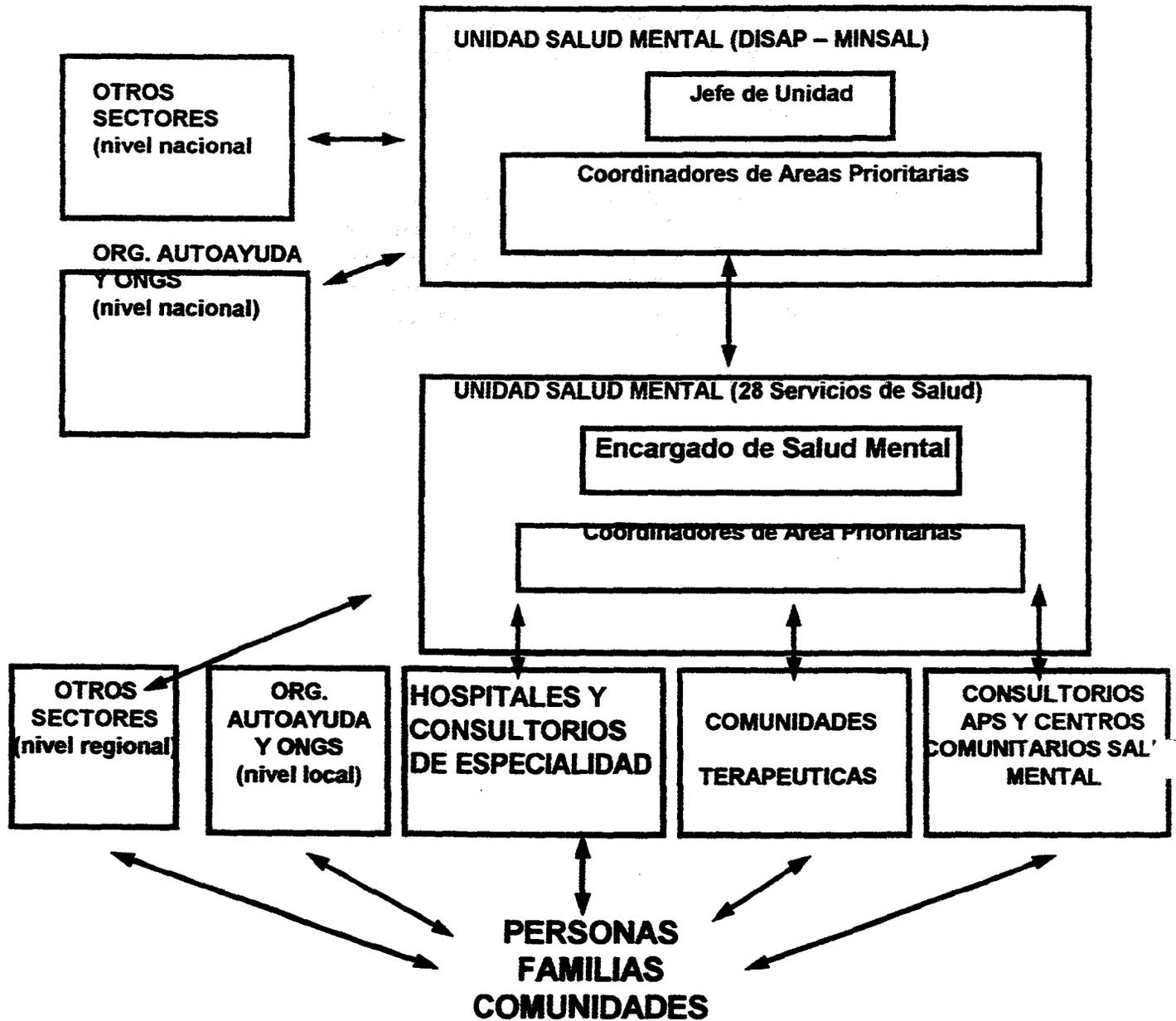
B. En torno a la gestión del programa/proyecto (En relación a la eficacia y eficiencia del Programa)

1. De especial importancia en un área en que el problema es complejo, multicausal, y dinámico es fortalecer la capacidad gerencial del Programa rediseñando sus sistema de gestión.

De particular interés en esta área sería explorar y diseñar un modelo de intervención que incluya o vincule el pago a resultados. Existe algunas experiencia en otras áreas sociales. La idea no es cambiar o suprimir el pago de actividades y costos de intervenciones sociales sino dar señales en términos de premios e incentivos al logro de ciertos resultados. Esto puede hacerse en forma progresiva.

2. Otro aspecto clave para el programa se fortalecer las acciones que se llevan a cabo en monitoreo y evaluació para llegar a tener un sistema de monitoreo y evaluación que permita el control de avances y monitorear el impacto del programa. Incluir evaluaciones ex-post (Desarrollar Indicadores de monitoreo que compatibilicen Indicadores cuantitativos de cobertura, actividades con otros de gestión estratégica y los externos provenientes de evaluaciones tipo GREDIS y UDP)

ORGANIGRAMA AREA PRIORITARIA ALCOHOL Y DROGAS (1994 - 1997)



IX. SÍNTESIS DE RECOMENDACIONES PRIORIZADAS	
A. En torno al diseño del Programa (en relación a la eficacia y eficiencia del Programa)	
1.	<p>Perfeccionar el diagnóstico Conocer cómo se distribuyen las necesidades de las personas en relación a la demanda por intervenciones quirúrgicas del programa, a fin de considerar el principio de equidad en el acceso a éstas.</p> <p>Conocer la eficiencia en el uso de los recursos regulares enfatizando la búsqueda de recursos restrictivos o limitantes.</p>
2.	Es necesario hacer un diseño colaborativo entre las diversas dependencias del MINSAL que tome en cuenta las prioridades de salud, el comportamiento de la red asistencial y las eficiencia financiera de los servicios de salud, de modo de optimizar la acción de herramientas financieras como las de este programa para ir resolviendo cuellos de botella estructurales en los servicios de salud.
3.	Es necesario incorporar un enfoque de red asistencial que contemple la igualdad de oportunidades de todos los usuarios en el acceso a las intervenciones quirúrgicas del programa.
4.	Es necesario perfeccionar el diseño de sistemas de monitoreo y evaluación con indicadores y medios de verificación detallados que permitan conocer los niveles de equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios con que está operando el Programa.
5.	Es necesario priorizar el diseño de un plan de difusión de derechos ciudadanos y mecanismos de control social en relación a este programa.
6.	Por último es necesario diseñar indicadores de impacto del programa en el nivel de salud: pesquisa precoz de patologías, prevención de complicaciones y beneficios sociales asociados.
B. En torno a la gestión del Programa (en relación a la eficacia y eficiencia del Programa)	
1.	El Programa se justifica como instrumento de gestión en la medida en que progresivamente se vayan vinculando los recursos regulares de los servicios de salud a los resultados esperados.
2.	Probablemente incentivos como la flexibilidad presupuestaria sean suficientes para alcanzar objetivos como los del programa sin necesidad de recurrir a recursos adicionales.
3.	El arancel definido para este programa debiera promover la competencia o reflejar el mínimo costo y de esta manera garantizar el máximo de eficiencia en el uso de recursos. Es probable que en lugares de alta competencia no sea necesario fijar el valor y en los otros recurrir a mecanismos de "benchmarking" para establecerlo.
4.	Los recursos del programa debieran asociarse con necesidad de los usuarios
5.	El sistema de monitoreo y evaluación debería contribuir al rediseño permanente del programa.
6.	Dada la influencia de las herramientas financieras en la capacidad de respuesta de los servicios, es necesario incorporar incentivos a la gestión del nivel de especialidades y el nivel primario (la capacidad resolutoria del sistema público) favoreciendo con ello la igualdad de oportunidades en el acceso para todos los beneficiarios.

COMENTARIOS Y
OBSERVACIONES AL INFORME FINAL
DE EVALUACION POR PARTE DE LA
INSTITUCION RESPONSABLE

AGOSTO 1998



REPÚBLICA DE CHILE
DPTO. CONTROL DE GESTIÓN
GABINETE MINISTRO

MEMO.: IQ N° 129

ANT.: Of. N° 382 del 13/03/98 DIPRES.
C 607/98 del 27/08/98 DIPRES.

MAT. : Remite comentarios al Informe Final del
"Programa Areas Prioritarias de Alcohol y
Drogas".

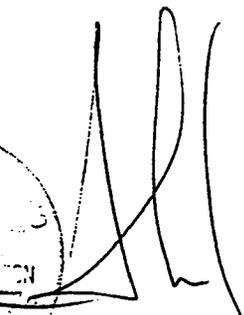
Santiago, 07 de Septiembre de 1998.-

DE: SR. ALAN MRUGALSKI M.
JEFE DEPTO. CONTROL DE GESTIÓN
GABINETE MINISTRO. MINISTERIO DE SALUD

A: SR. RAMÓN FIGUEROA G.
SUBDIRECTOR DE RACIONALIZACIÓN Y FUNCIÓN PÚBLICA
DIRECCION DE PRESUPUESTO. MINISTERIO DE HACIENDA

Cumplo con remitir a Ud., los comentarios y observaciones al Informe Final del "Programa Areas Prioritarias de Alcohol y Drogas".

Agradeciendo desde ya su atención, se despide atentamente.


ALAN MRUGALSKI MEISER
Jefe Depto. Control de Gestión
Gabinete Ministro

VLH/psc
c.c.

- Sr. Pablo Ortiz. Jefe Gabinete Sr. Ministro.
- Dr. Hernán Monasterio. Jefe Gabinete Sr. Subsecretario.

DIRECCION DE PRESUPUESTOS	
OFICINA DE ASISTENCIA	
10 de Septiembre de 1998	

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIVISION DE SALUD
DE LAS PERSONAS /
Depto. Programas de
las Personas
Unidad de Salud Mental

MEMORANDUM S/M N° 108 /

ANT.: Memo C607/98, del 27.8.98

MAT.: Envía comentarios del Informe de Panel Evaluación del Area Alcohol y Drogas.

SANTIAGO, Septiembre 07 de 1998.

DE : JEFE UNIDAD DE SALUD MENTAL
A : SR. ALAN MRUGALSKY
JEFE DEPTO. CONTROL DE GESTION

Tengo a bien enviar a usted comentarios al Informe Final preparado por el Panel de Evaluación del Area Alcohol y Drogas, solicitado el 27 de Agosto de 1998 este Ministerio.

Saluda atentamente a usted,


DR. ALBERTO MINOLETTI SCARAMELLI
JEFE UNIDAD DE SALUD MENTAL

Dr. AMS/Psic.MEVA/ccc

cc: Archivo Unidad de Salud Mental
Dr. Luis Caris - Gabinete Sr. Ministro de Salud

REPUBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
DIV. DE SALUD DE LAS PERSONAS/
Depto. Programas de las Personas
Unidad de Salud Mental

INFORME EVALUACION FINAL

AREA PRIORITARIA ALCOHOL Y DROGAS **UNIDAD DE SALUD MENTAL**

El informe final en su formato C logra en su generalidad reflejar una comprensión del área prioritaria alcohol y drogas, especialmente en lo que se refiere a su desarrollo como programa y las distintas responsabilidades en la ejecución de este que le corresponde al Ministerio y su relación con los Servicios de Salud, se hace más difícil esta comprensión especialmente en la relación que establece el programa con otras instituciones públicas que trabajan en el tema, como es Educación y CONACE, considerando relevante el reforzar la vinculación con estas y otras entidades públicas y privadas.

En general se consideran relevante las recomendaciones expuestas, especialmente en su referencia a la importancia de mantener los propósitos planteados por el área como son la contribución que puede hacer este ministerio a la disminución de la oferta, la disminución de la demanda y la incorporación de la reducción de los problemas asociados al consumo de alcohol y drogas. La alta relación costo efectividad que tendría la inversión en esta área, por ser prioridad para Salud y para el país. Se releva también la importancia que tendría el reforzar la vinculación especialmente con Educación, considerando que la sustentabilidad de los beneficios dependen de una acción colaborativa. Dentro de las recomendaciones propuesta es de gran importancia el diseñar un Plan Estratégico que involucre distintas divisiones y departamentos del Ministerio y donde se defina claramente un modelo de intervención.

PROCESO DE EVALUACION 1998
FICHA DE EVALUACION DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. NIVEL DE DISEÑO DEL PROGRAMA / PROYECTO

II.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA JUSTIFICACIÓN QUE DA ORIGEN AL PROYECTO

Se incorporan las conclusiones y recomendaciones correspondientes a los puntos

1- 2- 3 - 4 -5

Recomendación N° 6 :

- Se hace innecesaria, dado que en proceso de reforma programática de Salud, el tema de Tabaco, Alcohol y Drogas se incorporó como una de las 16 prioridades dentro de la División de Salud de las Personas

III.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LA IDENTIFICACIÓN DEL FIN DEL PROYECTO

Se incorporan las conclusiones y recomendaciones correspondientes a los puntos

1- 3- 5- 6-8- 9- 11

Recomendación N°2 se incorpora el primer párrafo y se rechaza el segundo reemplazándolo por lo siguiente :

- El foco de la promoción y prevención son niños y jóvenes.
- En el ámbito del tratamiento y la rehabilitación el foco es el adulto, con una visión integradora (aspectos sociales, familiares, psicológicos y biomédicos) y no crónica.

Recomendación N°4 :

- Se debiera reemplazar por lo siguiente : Dado que el FIN es compartido con Conace, Mineduc y otras instituciones, el cumplimiento del Fin debiera ser medido través de encuesta de Hogares, Escolar y Urgencias.

Conclusión N°7 se incorpora al párrafo sugerido lo siguiente :

- La encuesta de Hogares CONACE para el año 1998 incorpora mayor desagregación territorial, lo que permitirá obtener información válida a nivel comunal.

- La encuesta escolar DUSI ha utilizado en todas sus versiones análisis estadístico factorial.

Recomendación N° 10 :

- Se agrega lo mismo que la sugerencia a recomendación N°4 : el FIN es compartido con Conace, Mineduc y otras instituciones, el cumplimiento del Fin debiera ser medido través de encuesta de Hogares, Escolar y Urgencias.

Recomendación N° 12 :

- Se acoge excepto en lo que se refiere al rol que debiera tener el sector empresarial. Se requiere de mecanismos legales que faciliten un rol más activo del sector empresarial, especialmente en la factibilidad para la donación de fondos.

IV.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO AL PROPÓSITO DEL PROGRAMA / PROYECTO.

Se incorporan las conclusiones y recomendaciones correspondientes a los puntos :
1- 2- 3- 5- 6-7 -8- 9- 12

Recomendación N°4 :

- Se rechaza propuesta relacionada con el refundir los indicadores en un indicador global, no existen antecedentes internacionales ni nacionales que utilicen este tipo de indicador.

Recomendación N°10 :

- No se acepta, ya que en los casos que es posible (cobertura en prevención, tratamiento) se utilizan metas en términos.

Recomendación N°11 en términos generales se acepta, excepto la consideración relacionada con la emergencia del tema drogas. Se considera un tema instalado y por esta razón de preocupación.

V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA / PROYECTO

Se incorporan las conclusiones y recomendaciones correspondientes a los puntos :
1- 2- 3- 4- 5- 6-7 -8- 9- 10- 11- 12- 14- 15- 16- 17

Conclusión N°13 se acepta en términos generales excepto recomendación (h) que debiera decir Centros de Tratamiento en vez de Encuestas en Servicios de Urgencia y se rechaza sugerencia de ficha CAS II.

B. NIVEL DE GESTION DEL PROGRAMA / PROYECTO

VI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LAS ACTIVIDADES DEL PROGRAMA / PROYECTO

Se incorporan las conclusiones y recomendaciones correspondientes a los puntos :

1- 2

Conclusiones y recomendaciones N°3 punto (d) :

- No es relevante la sugerencia por la reorganización de la División de Salud de las Personas que incluye la prioridad Tabaco, Alcohol y Drogas.
- En la transferencia de los fondos a los S. Salud se ha considerado : la prevalencia, población y capacidad de gestión, lo que no se ha perfeccionado aún es un sistema de calculo mejor definido.

Conclusiones y recomendaciones N°3 punto (f) :

- A raíz del proceso de reforma programática, el tema de Tabaco, Alcohol y Drogas se incorporó como prioridad dentro de la División de Salud de las Personas.

Conclusiones y recomendaciones N°4 punto (d) :

- Se incorpora la primera parte de la recomendación en relación a diseñar un sistema integral de indicadores, el como no está decidido aún.

VII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE COSTOS.

Conclusiones N°1 :

- El piso básico en la asignación de recursos por Región, corresponde a la transferencia global que se hace año a año desde FONASA a los Servicios de Salud. El Fondo de apoyo a la política y plan de salud mental, fondo centros de alcoholismo y salud mental y fondos de campaña sanitaria corresponden a montos complementarios y de refuerzo financiero, sustentados en indicadores de prevalencia, población y capacidad de gestión, como también en base a estadísticas de consumo.
- Fluctuaciones en el presupuesto se deben principalmente a los fondos asignados a través de las campañas sanitarias, las cuales son asignadas año a año de acuerdo a urgencias. Para el año 1998 los fondos asignados a promoción y prevención fueron enviados a las Secretarías Regionales de Salud y desde ahí asignadas a proyectos priorizados regionalmente (dado que implementación es descentralizada no se puede determinar el monto exacto destinado a esta prioridad).

VIII.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES EN TORNO A LOS APRENDIZAJES DE LA EJECUCION DEL PROGRAMA / PROYECTO Y A LAS PROYECCIONES DEL MISMO.

Se incorporan las conclusiones y recomendaciones N° 1- 3- 4- 5- 7

Recomendación N°2 :

- Se rechaza esta recomendación ya que se considera que dentro del bajo presupuesto global asignado a salud y el corto tiempo en que se ha desarrollado este tema hay esfuerzos y logros importantes. En relación al tema de la coordinación se considera que esta existe pero se estamos de acuerdo que hay que reforzarla, especialmente con Educación.

Recomendación N°6 :

- Se rechaza la recomendación en su referencia a la incertidumbre y refuerza el proceso de reforma programática en el cual se define tabaco, alcohol y drogas como una de las 16 prioridades país, esto permite la instalación del tema en la División de Programas de Salud y en el Ministerio.

Recomendación N°8 :

- Se acepta recomendación, aclarando última frase, donde debiera decir "Esto sería especialmente útil en las **asignaciones** presupuestarias con FONASA y la Subsecretaría de Salud.

IX.- SINTESIS DE RECOMENDACIONES PRIORIZADAS

A.- EN TORNO AL DISEÑO DEL PROGRAMA

Se incorporan las recomendaciones N° 1- 3- 4

Recomendación N°2 :

- Agregar el que contemplen además de los mecanismos de incentivos , mecanismos de compromisos de gestión en la transferencia de fondos a los Servicios de Salud.

B.- EN TORNO A LA GESTION DEL PROGRAMA

Se incorporan todas las recomendaciones planteadas.