



10 Evaluación Conjunta



Evaluación final Programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA)

Informe completo



Edición: Diciembre 2014
© Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo

(c) Foto de Portada OEA

El Informe ha sido elaborado por:

RED2RED Consultores

Las opiniones y posturas expresadas en este Informe de Evaluación no se corresponden necesariamente con las del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.

NIPO: 502-14-101-8

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del Copyright.

Para cualquier comunicación relacionada con esta publicación, diríjense a:
División de Evaluación de Políticas para el Desarrollo y Gestión del Conocimiento
Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
Serrano Galvache, 26, torres Ágora, Torre Norte. 28071 Madrid
Tel.: +34 91 394 8808
evaluacion-sgcid@maec.es

CONTENIDO

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	5
RESUMEN EJECUTIVO	I
EXECUTIVE SUMMARY	VII
1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	2
2. SÍNTESIS METODOLÓGICA.....	3
2.1. <i>Técnicas utilizadas</i>	3
2.2. <i>Limitaciones al alcance</i>	4
3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA SAVIA	6
3.1. <i>El programa y los proyectos</i>	6
3.2. <i>El modelo lógico del Programa</i>	8
3.3. <i>El alcance real del programa</i>	10
4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.....	12
4.1. <i>Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN (Pertinencia)</i>	12
4.1.1. Alineamiento del programa con los documentos políticos y programáticos de las instituciones que participan en su formulación, gestión y ejecución.....	12
4.1.2. Involucramiento en el programa de los socios nacionales (CND)	14
4.1.3. Idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de las actuaciones	14
4.2. <i>Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN (Coherencia interna)</i>	19
4.2.1. Idoneidad de las estrategias previstas para abordar las causas principales de las problemáticas identificadas.....	19
4.2.2. Adecuación técnica de la teoría de cambio o cadena de resultados de los proyectos.....	22
4.3. <i>Dimensión: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN (EFICIENCIA)</i>	24
4.3.1. Calidad de la ejecución técnica.....	24
4.3.2. Calidad de la ejecución económico-financiera.....	27
4.4. <i>Dimensión RESULTADOS (EFICACIA)</i>	29
4.4.1. ¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de producto de los proyectos que se evalúan?.....	29
4.4.2. ¿Se han logrado los objetivos a nivel de propósito del programa SAVIA?.....	46
4.4.3. ¿Se ha contribuido al logro de la finalidad de los proyectos SAVIA evaluados: mejora de la salud y calidad de vida de la población?.....	50
4.4.4. ¿Se han obtenido resultados no previstos?.....	51
4.5. <i>Dimensión: RESULTADOS (Sostenibilidad)</i>	52
4.5.1. Factores políticos e institucionales	52
4.5.2. Factores económico-financieros para la sostenibilidad	55
4.6. <i>Presencia del Enfoque de Género y DDHH en el Programa SAVIA</i>	55
5. CONCLUSIONES, LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES	57
5.1. <i>Conclusiones</i>	57
5.1.1. Conclusiones referidas al diseño	57
5.1.2. Conclusiones referidas a la ejecución.....	60
5.1.3. Conclusiones referidas a los resultados	62
5.2. <i>Recomendaciones</i>	64
5.3. <i>Lecciones aprendidas</i>	68



ANEXOS

(A consultar en volumen aparte)

Anexo 1.	Términos de referencia
Anexo 2.	Matriz de evaluación
Anexo 3.	Alcance real del programa: productos y actividades principales
Anexo 4.	Listado de entrevistas realizadas
Anexo 5.	Listado de documentos consultados
Anexo 6.	Modelos de cuestionario y fichas técnicas de las encuestas
Anexo 7.	Resultados de explotación de las encuestas
Anexo 8.	Fichas-país
Anexo 9.	Síntesis de la formación ofrecida en SAVIA II (Academia SAVIA)
Anexo 10.	Reconstrucción del modelo lógico
Anexo 11.	Análisis de costes de SAVIA por componentes
Anexo 12.	Estrategia de SAVIA: idoneidad ante la problemática y capacidad de influencia
Anexo 13.	Análisis de correspondencia entre problemas y estrategias
Anexo 14.	Etapas del programa SAVIA a través de sus proyectos
Anexo 15.	Análisis de los Marcos Lógicos de los proyectos
Anexo 16.	Ficha de conclusiones y recomendaciones



ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, TABLAS, RECUADROS Y GRÁFICOS

Ilustración 1. Cuadro sintético de los proyectos incluidos en la evaluación de SAVIA	7
Ilustración 2. 'Cadena de resultados' de los proyectos de SAVIA considerados globalmente	9
Tabla 1. Proyectos que componen el Programa SAVIA	6
Tabla 2. Distribución de los recursos económicos de SAVIA por componentes (en US\$)	10
Tabla 3. Fechas previstas y reales de ejecución de los proyectos del Programa SAVIA	11
Tabla 4. Condiciones de partida en los países beneficiarios de SAVIA.....	16
Tabla 5. Criterios para la selección de los municipios/departamentos en los que se intervino	18
Tabla 6. Aportaciones AECID al programa SAVIA.....	27
Tabla 7. Porcentaje de ejecución de SAVIA, por proyectos (en \$US)	28
Tabla 8. Presupuestos de las CND, por países (2006 a 2009) (en \$US)	28
Tabla 9. Algunas características de los proyectos locales desarrollados en el marco de SAVIA.....	38
Cuadro de texto 1. Desarrollo de políticas de drogas en los países	13
Cuadro de texto 2. Dificultades durante la ejecución.....	26
Cuadro de texto 3. Incidencia de SAVIA en el fortalecimiento de las CND	30
Cuadro de texto 4. SAVIA y el fortalecimiento de estructuras locales	32
Cuadro de texto 5. Realización de planes municipales/departamentales, por países	36
Gráfico 1. Existencia en el municipio de alguna estructura formal de coordinación y participación entre los diferentes agentes	31
Gráfico 2. Existencia en el municipio/departamento de financiación específica para intervenir en drogodependencias	33
Gráfico 3. Profesionales preparados para una intervención eficaz ante el fenómeno del consumo de drogas (empleados del municipio, de ONG o de otras organizaciones locales) (% de respuestas)	33
Gráfico 4. Plan Municipal de drogas enmarcado en el Plan de Desarrollo Local (% de respuestas)	34
Gráfico 5. Procedencia de la información sobre la realidad local en materia de drogas	35
Gráfico 6. Identificación de problemas de consumo de drogas en el diagnóstico local (% de resp.).....	35
Gráfico 7. Desarrollo de proyectos locales en los municipios/departamentos en los últimos años	37
Gráfico 8. Valoración relacionada con la utilidad y el ajuste de la formación	43
Gráfico 10. Entidades en las que desempeñan sus servicios las personas participantes en la formación (antes, después)	43
Gráfico 11. Puesto que desempeñan las personas participantes en formación (antes, después).....	43
Gráfico 11. Valoración de la utilidad de la participación en encuentros internacionales (% de respuesta)	44
Gráfico 12. Contactos con otros profesionales participantes en los encuentros internacionales (% respuesta)	45
Gráfico 13. Prácticas transferibles al contexto de trabajo	45
Gráfico 14. Principales dificultades para la transferencia de experiencias (% respuestas)	46
Gráfico 15. Valoración de la contribución de SAVIA.....	48
Gráfico 16. Tipos de actuaciones identificadas a nivel municipal (% de respuestas)	49
Gráfico 17. Tipos de servicio identificados a nivel municipal/departamental	49
Gráfico 18. Servicios de nueva creación (% de respuestas).....	50
Gráfico 19. Participación en redes por parte de municipios/departamentos, por tipos de redes	53



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CLD	Comités Locales de Drogas
CND	Comisión Nacional de Drogas
CNE	Consejo Nacional de Estupefacientes
COMUL	Comités multisectoriales de prevención del consumo de drogas
CONACUID	Comisión Nacional contra el Uso Ilícito de Drogas
CONALTID	Consejo Nacional de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas
CONSEP	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
CTB	Cooperación Técnica Belga
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas
DGPNDS	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
DPE	Departamento de Planificación y Evaluación
ENE	Estatuto Nacional de Estupefacientes
FEPO	Fondo Español para la OEA
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
IPEP	Informe de Progreso en la Ejecución del Proyecto
JDD	Junta Departamental de Drogas
JND	Junta Nacional de Drogas
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MoU	Memorando de Entendimiento (<i>por sus siglas en inglés</i>)
OEA	Organización de Estados Americanos
OED	Observatorio Ecuatoriano de Drogas
ONA	Oficina Nacional Antidrogas (Venezuela)
OSC	Organización de la Sociedad Civil
OTC	Oficina Técnica de Cooperación
ODU	Observatorio Uruguayo de Drogas
PAR	Puntos de Acción de Red
PE	Pregunta de Evaluación
PIFTE	Programa Iberoamericano de Formación Técnica Especializada
PNP	Plan Nacional de Prevención
PND	Plan Nacional de Drogas
POA	Plan Operativo Anual
PPPT	Programa Presupuestal en Prevención y Tratamiento
PREDEM	Proyecto de Apoyo a la Reducción de la Demanda de Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina
PRDD	Política de reducción de la demanda de drogas
RDD	Reducción de la demanda de drogas
RED	Red Ecuatoriana de Drogas
RIOD	Red Iberoamericana de ONG que trabajan en drogodependencias
RNPI	Red Nacional de Prevención Integral
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol
SPA	Sustancias Psicoactivas
SUI	Sistema Único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas
TdR	Términos de Referencia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (<i>por sus siglas en inglés</i>)



El programa SAVIA

El programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA) es una iniciativa de la CICAD cofinanciada por el FEPO de la AECID y aportes de la propia CICAD, a la que se suman los de las CND de los países y la colaboración de la DGPNSD de España. El **programa SAVIA** no existe formalmente como documento programático, sino que ha adoptado tal forma a través de la ejecución de proyectos sucesivos. Los proyectos que, según los TdR, componen el programa SAVIA fueron tres (Descentralización Ampliación 2005-2007, SAVIA Fase I 2007-2009, y SAVIA Fase II 2011-2013), si bien esta evaluación ha incluido un proyecto previo (Descentralización 2003-2005) para una mejor comprensión de la lógica y propósito de SAVIA como programa y la valoración de sus resultados.

El programa SAVIA (implícitamente) y todos los proyectos que lo componen (explícitamente) han tenido **objetivos** vinculados a la descentralización a nivel local de las políticas de Reducción de la Demanda de Drogas (RDD). Pueden distinguirse dos etapas en su ejecución: la primera, de 2003 a 2007, buscó fortalecer las CND para acompañar el proceso de descentralización y propiciar capacidades en los municipios para coordinar, financiar e implementar las políticas de RDD. La segunda etapa a partir de SAVIA Fase I (2008 en adelante), buscó hacer efectivos resultados en materia de RDD en el ámbito local y alcanzar a la población destinataria final. Ambas etapas incluían el intercambio de experiencias y la cooperación horizontal.

El **alcance geográfico** inicial de SAVIA fue andino, con participación de 5 países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. En 2007, Uruguay se incorpora a SAVIA interesado por el proceso conducido por la CICAD. A lo largo de los años, varios de estos países interrumpieron su participación, de manera que desde 2011, SAVIA se ejecuta exclusivamente en Perú y Uruguay, salvo en lo referente al componente de seminarios regionales.

La **financiación** externa del FEPO y AECID para el programa acumula un total de US\$2,2 millones para un **periodo** de ejecución que se inicia en 2003 con el primer proyecto de Descentralización y se encuentra prorrogada hasta febrero de 2016 para SAVIA Fase II.

Metodología

La metodología de evaluación está representada en la correspondiente **matriz de evaluación**. No obstante, en primer lugar hubo que reconstruir y validar el **modelo lógico** del programa y su **cadena de resultados** (*inputs, activities, outputs, outcomes*) para fijar qué era esperable de él.

Las **técnicas** posteriormente utilizadas han sido aplicadas pensando en: a) un análisis general del programa a partir de una amplia revisión documental y numerosas entrevistas; y b) un análisis de casos de la actuación en 4 países (Perú, Uruguay, Colombia y Ecuador) a través de revisión documental específica, entrevistas y la aplicación de dos cuestionarios en línea. Este segundo análisis dio como resultado la elaboración de cuatro *fichas-país*.

Para poder estimar los efectos de SAVIA a nivel municipal, el análisis se basó en una triangulación cualitativa (*fichas país*, además de otras fuentes) complementada por los valores cuantitativos más fiables de una de las encuestas. Hubo que descartar otras opciones previstas —la comparación “con/sin” programa o el incremento de servicios “antes/después”— fruto de varias **limitaciones** durante el trabajo de campo. El segundo cuestionario se dirigió a las personas participantes en las capacitaciones de Uruguay y Perú del último proyecto (SAVIA Fase II), así como a todas las que acudieron a alguno de los seminarios regionales.



Conclusiones

1. Un diseño con un completo modelo de actuación y visión estratégica que, sin embargo, es más propio de un plan de acción o estrategia a largo plazo que de un programa particular, programa que se resiente a la hora de responder a tales retos.

El diseño de SAVIA fue correcto desde un punto de vista teórico y trasladaba al programa los principales elementos a considerar en la descentralización de las políticas de RDD. Representa un modelo de construcción nacional afín al modelo de fortalecimiento institucional que CICAD promovía en el nivel central en cooperación con las CND, pero trasladado al nivel sub-nacional. Con todos esos elementos SAVIA, **se planteó como un modelo de fortalecimiento institucional** para incrementar la calidad y cobertura de los servicios y programas municipales en RDD, con múltiples componentes, y no como un programa o proyecto de cooperación particular, que ha de priorizar alguno.

2. El Programa SAVIA traducido en sus respectivos proyectos no estuvo bien dimensionado en extensión y alcance, ni adecuadamente focalizado.

Su extensión y alcance no se ajustaba a los recursos disponibles, lo que mermaba su capacidad de influencia en los países. Distribuidos los recursos de SAVIA entre varios países, una decena de años, y entre todos y cada uno de sus componentes, su impacto potencial sólo podía ser a pequeña escala y muy dependiente de cómo cada una de las CND asumiera y complementase sus acciones.

Proponía una misma oferta de alcance nacional para diversos países con situaciones muy distintas en su institucionalización y evolución de las políticas de RDD y en el desarrollo de su arquitectura político-administrativa descentralizada. SAVIA no tomó en consideración la diversidad de condiciones de partida en cada país y sus distintas prioridades y realidades políticas e institucionales:

- i) Colombia no necesitaba la ruta de descentralización que SAVIA proponía porque, aunque con desigualdades internas en el país, ya la había recorrido en gran parte. El principal efecto de SAVIA en Colombia vino del respaldo de CICAD/OEA a las actuaciones de su autoridad nacional al nivel local, que contribuyó a dar un impulso formal a la política pública.
- ii) SAVIA incluyó países que no contaban con una estructura desconcentrada ni con delegaciones en todo el territorio nacional que les permitiese hacer un abordaje de la intervención en todo el país. Este era el caso del CONSEP (Ecuador) y, sobre todo, de DEVIDA (Perú).
- iii) SAVIA se topaba con realidades desconcentradoras –no descentralizadoras– en Perú y Uruguay. En la práctica, el programa se configuró como un paso que permitía a las CND fortalecer su presencia en varias zonas del país. Además, SAVIA no previó el escalón regional para poder llegar a los municipios, aunque se adaptó *a posteriori*.

3. Aunque estaba presente en el enfoque, las iniciativas apoyadas no contemplaron la RDD de manera integrada sino que se centraron casi exclusivamente en la prevención, lo que resta valor añadido al programa y legitimidad al discurso.

El programa SAVIA no ha potenciado, salvo excepciones, líneas de actuación distintas de una intervención preventiva universal basada en estrategias informativas y de generación de alternativas de ocio. No ha impulsado otro tipo de estrategias complementarias o lo ha hecho en muy pocas ocasiones, como la prevención selectiva e indicada dirigida a adolescentes y jóvenes. Tampoco ha sabido atajar la demanda de trabajar la problemática del consumo de drogas desde la perspectiva asistencial, deficitaria en la mayoría de los países.

4. SAVIA reconocía la magnitud y complejidad de su reto pero no tuvo en cuenta la necesidad de contar y asegurar todos los apoyos necesarios, lo que a la postre redujo su alcance.

El habitual marco de cooperación de CICAD es bilateral con las CND y a nivel nacional, por lo que fue coherente y acertado iniciar la acción municipal con los mismos socios. Sin embargo SAVIA no supo diagnosticar adecuadamente que actuar en el nivel sub-nacional dependía de un continuo interés y coincidencia con las estrategias de las CND y una constante capacidad de éstas para coordinar tal trabajo. Cuando cambió la estrategia nacional (**Venezuela**), la CND no dispuso de tales capacidades y recursos (**Bolivia**) o no hubo tal voluntad, sintonía o coordinación (en parte **Ecuador** y **Colombia**), el programa SAVIA se quedaba sin sus socios locales.

5. En resumen, dadas estas capacidades, circunstancias y condicionantes, no era posible que SAVIA alcanzase su propósito

Ni el definido para el Programa de manera implícita, que quedaba muy lejos de su capacidad real de actuación y requería el concurso de otros elementos, ni los propósitos de los proyectos incluidos en él, generalmente fuera de su alcance aunque sólo fuese por lo limitado del periodo de ejecución, de los recursos dedicados y, en consecuencia, de lo puntual de su acción.

6. Un cambio de estrategia a mitad del programa: se pasa a priorizar la actuación directa (cofinanciar proyectos locales) cuando no se habían asegurado condiciones a nivel central, las vías de financiación, y la institucionalidad y el manejo de instrumentos en los municipios.

SAVIA cambia de estrategia a mitad de programa, fundamentalmente por el cambio de prioridades de uno de los impulsores del programa, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) de España, pasando a intervenir en el nivel local, cuando aún no se daban las condiciones más adecuadas. Así, el programa no persistió en algunas de sus estrategias iniciales el tiempo suficiente para poder asentar los cambios a los que apuntaban.

7. Al saltarse la lógica previamente definida, las condiciones a nivel municipal eran débiles, por lo que SAVIA no pudo ejecutar pasos que resultaban importantes, concatenar los productos con las decisiones subsiguientes que debían propiciar y dotarlos de suficiente calidad

La concatenación de las acciones y los productos no se llevaron a cabo con la articulación prevista. No se pudieron realizar **los Planes Municipales de Drogas**, que dan legitimidad, sirven para concertar y ordenar la trayectoria futura de la política municipal en RDD y que **deberían enmarcar los proyectos locales de prevención**.

En muchas ocasiones la **vinculación entre el diagnóstico situacional y el proyecto local** se vio interrumpida, desactualizando los diagnósticos, o no fue coherente, ejecutando proyectos en donde no se habían realizado estudios sobre la problemática de drogas. En ningún caso se ha reportado que los diagnósticos hayan sido actualizados.

Los **encuentros internacionales no terminaron de cuajar en un propósito funcional** al resto del programa, si bien propiciaron un acercamiento y sensibilización en nuevos enfoques y la compartición de experiencias de actuación entre los países participantes, que no pueden ser calificadas como "buenas prácticas", ya que no fueron rigurosamente sistematizadas y contrastadas como tales, lo que restaba valor y replicabilidad al intercambio.

8. SAVIA ha tenido un diseño integral y una ejecución fragmentada

La fragmentación se ha debido, entre otros factores, a la incertidumbre derivada de la necesidad de confirmar aproximadamente cada dos años la colaboración de las CND con SAVIA, tras la

aprobación de cada proyecto por parte de AECID. También ha tenido este efecto la necesidad de respetar los procesos y tiempos de las CND para sus territorios: en varias ocasiones los países tardaban en incorporarse a los proyectos, o su participación se interrumpía a lo largo del programa fragmentando su ejecución.

9. Una ejecución con débil encaje institucional y sin incentivos para la gestión por resultados

SAVIA actuó en buena medida como un ente autónomo a la hora de plantear los componentes a ejecutar. Ninguna de las partes asumió una responsabilidad plena sobre el programa y sus resultados: ni AECID, ni la DGPNSD, ni la CICAD, que lo consideró un “programa español” del que se encargaba el administrador contratado al efecto. Tampoco le fue requerido un marco de resultados y una rendición de cuentas basada en ellos, más allá de lo que la responsabilidad del Administrador delimitaba.

10. La labor de promoción e incidencia del primer Administrador, a modo de “asistencia transversal”, permitió la sobrevivencia de SAVIA y aportó coherencia desde la óptica de los países

La visión del primer Administrador del Programa en CICAD. Fue la que se había trasladado al diseño del programa y durante la ejecución actuó como el agente que aportaba coherencia en los países acerca de qué era SAVIA y qué pretendía. Su rol, entre sensibilizador, movilizador y de asistencia técnica, permitió que cada país encontrara en SAVIA algún elemento de interés y que SAVIA se adaptase a cada CND.

11. Los efectos de SAVIA por países no son los mismos

SAVIA cuenta con efectos claros en Uruguay y en Ecuador. Para la JND de **Uruguay** SAVIA supuso una “semilla”: proporcionó una metodología y un procedimiento de trabajo secuencial y coherente como parte de los requisitos para acceder a los fondos y brindó la oportunidad de que los agentes departamentales trabajasen conjuntamente con un presupuesto para ello.

En **Ecuador**, la primera etapa de SAVIA supuso acelerar la conformación de una red desconcentrada del CONSEP a través de puntos de articulación en los municipios. Se valoró que SAVIA aportase metodología y formas de hacer y permitió concretar las ideas acerca de la constitución de una red de prevención: cómo hacerla y ampliarla a nivel de país y cómo descentralizar las actividades de prevención. Es atribuible a SAVIA la constitución de 7 Comités Locales para la prevención en el consumo de drogas y se promovió un modelo de Ordenanza Municipal que recogía el compromiso de proporcionar apoyo logístico y financiero a los Comités, mientras que las oficinas regionales del CONSEP aportan asistencia técnica al proceso.

En **Perú**, permitió reforzar la acción desconcentrada, pero la atribución de algunos productos y los efectos no está clara por el apoyo prestado por la Cooperación Técnica Belga, a través de un proyecto de similares características y fines.

En **Colombia**, se producen efectos de incidencia política porque se integró con la experiencia colombiana y dio un impulsó formal a su política pública en materia de drogas.

12. SAVIA ha permitido ‘explorar’ el nivel local

La exploración no siempre se hizo correctamente: los proyectos desarrollados no fueron los mejores posibles, ni se sopesaron bien las condiciones (no siempre existían los recursos locales económicos, técnicos y humanos para poder llevarlos a la práctica, ni se previó la necesidad de un mayor acompañamiento de los proyectos, puesto que algunas CND no tenían la capacidad suficiente para hacerlo adecuadamente).

13. Los principales efectos de SAVIA lo sitúan como un programa acelerador o catalizador

La opinión generalizada en los países es que SAVIA ha actuado a modo de catalizador en unos casos, o de intensificador en otros, si bien en su ausencia se hubiera avanzado en la misma agenda, con menos insumos y posibilidad de compartir con otros países, pero llegando al mismo punto.

Recomendaciones

1. Reflexionar, en el nivel de la estructura de la CICAD que resulte más adecuado, sobre el modo de hacer frente a sugerencias o peticiones de un donante que no coincidan plenamente con la línea de acción decidida internamente

SAVIA es sólo un ejemplo, por lo que este equipo evaluador no cuenta con evidencias de que un problema como éste se haya producido en otras ocasiones o con otras intervenciones. Sin embargo, aunque sólo sea tomado a modo de indicio, merece la pena plantearse la reflexión.

2. Diseñar intervenciones que realmente pueden llevarse a la práctica, o diseñar todos los componentes, pero elegir el que realmente se va a apoyar para marcar una diferencia.

Desde el punto de vista territorial SAVIA debería haber focalizado su acción en menos países o pactar una estrategia de actuación con cada CND para ejecutar actuaciones concentradas en unos pocos departamentos/regiones y municipios con una idea muy clara de potenciar la experiencia compartida y explorar condiciones para el éxito y buenas prácticas. Desde el punto de vista de la intervención en la que se incidirá, SAVIA debe escoger un componente en el que aporte valor añadido y cuyos resultados sean alcanzables.

3. Intensificar el valor diferencial de la CICAD

Es recomendable centrarse en los aspectos en los que CICAD/OEA puede aportar un valor auténticamente diferencial, tales como: incidencia política, mirada hemisférica, favorecer los intercambios y las redes de aprendizaje y como generadora de contactos, tanto con el objetivo de generar redes, como para recabar asistencias técnicas de otros lugares.

En un modelo de programa pluri-país es necesario optar por alguno de los componentes, trazar un común denominador y centrarse en los mismos aspectos para aprovechar el potencial de aprendizaje que resulta del contraste de las diferentes experiencias. Esto no quiere decir que las actuaciones sean idénticas o que los países tengan que jugar el mismo rol, pero sí debe abordarse una misma cuestión común para que sea un auténtico programa pluri-país.

4. Replantearse la conveniencia de la actuación a nivel municipal... pero si se opta por ella, que sea efectivamente demostrativa

Con pocos recursos, es más recomendable barajar la opción de centrarse en el trabajo con las CND, aunque sea para apoyarlas a impulsar sus modelos de descentralización y asesorarlas en el acompañamiento que han de realizar en los territorios. Pero si se apuesta por la intervención municipal, SAVIA debe priorizar una estrategia de apoyo a pocas acciones locales que generen un valor añadido, asegurando, por tanto, las condiciones para que sean verdaderamente demostrativas de nuevas formas de actuar ante el consumo de drogas. En ellas, además, hay que prever una adecuada sistematización y evaluación para, en su caso, presentarlas como "buenas prácticas" y facilitar así su transferencia y réplica.

5. Reforzar las posibilidades de obtener resultados sostenibles

6. Replantearse qué se puede hacer en formación

SAVIA no está llamada a jugar un papel relevante en la formación formal de especialistas. Pero si se decide seguir financiando procesos de formación, deben cumplir unos requisitos mínimos, tales como contar con objetivos de aprendizaje y de resultados que orienten un diseño que incremente sus posibilidades de lograrlos, definir los perfiles de las personas participantes, hacer una selección acorde a estos perfiles, evaluar el aprendizaje conseguido y hacer un seguimiento de personas egresadas que permita valorar adecuadamente los efectos de la formación (en términos de aplicación y de cambios en su trabajo o en sus resultados).

7. Ajustar específicamente los encuentros o seminarios internacionales

Es recomendable delimitar con claridad el *para qué* de tales eventos, lo que también clarificará a *qué perfiles* han de estar dirigidos y qué público meta convocar. Deben, a su vez, acordarse unas pocas medidas sencillas y aplicables (más que grandes objetivos o declaraciones) y dar seguimiento a esos pocos compromisos, responsabilizando por ejemplo a un relator por país bajo un modelo de colaboración “entre pares” que aporte objetividad al proceso y favorezca la cooperación horizontal entre países.

8. Aprovechar la oportunidad que puede suponer los cambios experimentados recientemente en SAVIA y replantearse el Programa en su totalidad

SAVIA es un proyecto que, en general, recoge valoraciones positivas de la mayor parte de los agentes contactados y ése es un activo que conviene no dejar perder. Además, el actual es un buen momento para replantearse el Programa en su totalidad. Para ello, se recomienda considerar, al menos, (a) en qué componente se desea centrar la actuación, en qué países hacerlo y cuál será el rol de cada uno de los países participantes; (b) un nuevo propósito para SAVIA, acorde con el alcance y el contenido de lo planteado, con la capacidad real de actuación y con las condiciones en las que se desarrollarán las actuaciones; (c) el nivel de gobierno en el que se desarrollará la acción de SAVIA; (d) si se seguirá trabajando únicamente en prevención, o si se desea ampliar el abanico de la intervención y (e) lo que ya están haciendo los países participantes en SAVIA con recursos propios o con apoyo de otros donantes, con el fin de escoger los lugares de mayor incidencia potencial o, alternativamente, decidirse a apoyar otras actuaciones de mayor alcance.

9. Integrar SAVIA en la estructura general de la CICAD, en el nivel que le corresponda

Un funcionamiento de SAVIA más integrado en la estructura y el funcionamiento de la CICAD como un todo —en el nivel que le corresponda por su alcance y amplitud— facilitará su apropiación por parte de la organización, los intercambios y el aprovechamiento de recursos de otras partes de la Comisión y, en definitiva, un mejor desarrollo de la intervención.

EXECUTIVE SUMMARY

The SAVIA program

The Salud y Vida en las Américas (SAVIA) program is a CICAD initiative cofinanced by AECID's FEPO and with contributions from CICAD itself, in addition to contributions from country National Drug Commissions (NDCs) and collaboration from DGPNSD in Spain. The SAVIA program is not a formal policy document but took on its present form after the execution of three successive projects: (Decentralization Extension 2005-2007, SAVIA Phase I 2007-2009 and SAVIA Phase II 2011-2013). This evaluation also includes a prior project (Decentralization 2003-2005) to enhance understanding of the logic and purpose of SAVIA as a program and the evaluation of its results.

The SAVIA program (implicitly) and all its projects (explicitly) have had **objectives** linked to the decentralization of Drug Demand Reduction policies (DDR) at local level. Execution of the program can be divided into two periods. The first stage from 2003 to 2007 sought to strengthen NDCs to support the decentralization process and promote capabilities in the municipalities to coordinate, finance and implement DDR policies. The second stage after SAVIA Phase I (2008 onwards) sought to implement DDR outcomes at local levels and reach the ultimate target population. Both stages included the exchange of experiences and horizontal cooperation.

SAVIA's initial **geographical scope** was Andean with participation from 5 countries: Bolivia, Colombia, Ecuador, Peru and Venezuela. In 2007, Uruguay joined SAVIA out of interest in the CICAD-led process. Over the years several countries have dropped out and since 2011 SAVIA has been implemented exclusively in Peru and Uruguay, except for the regional seminars component.

External **financing** from FEPO and AECID for the program totals US\$2.2 million for an implementation **period** that began in 2003 with the first decentralization project and has been extended until February 2016 for SAVIA Phase II.

Methodology

The evaluation methodology is shown in the corresponding **evaluation matrix**. Nevertheless, first of all the **logic model** for the program and its **results chain** (*inputs, activities, outputs, outcomes*) had to be reconstructed and validated in order to establish anticipated deliverables.

The **techniques** applied subsequently are intended to provide: a) a general analysis of the program based on a broad document review and numerous interviews; and b) case studies from 4 countries (Peru, Uruguay, Colombia and Ecuador) through a specific document review, interviews and two online questionnaires. The case studies resulted in the production of four *country records*.

In order to estimate the effects of SAVIA at municipal level, the analysis was based on qualitative triangulation (*country records*, as well as other sources) supplemented by the most reliable quantitative values from one of the questionnaires. Other options, a with/without program comparison and before/after increase in services had to be discarded due to various **limitations** during the field work. The second questionnaire was administered to people who participated in training in Uruguay and Peru in the latest project (SAVIA Phase II) and all those who attended at least one of the regional seminars.

Conclusions

14.A design with a comprehensive action model and strategic vision which, however, is more characteristic of a long term action plan or strategy than a particular program: the program suffers in terms of responding to such challenges.

SAVIA was designed correctly from a theoretical perspective and transferred to the program the main elements that need to be considered to decentralize DDR policies. It represents a national construction model similar to the institutional strengthening model that CICAD promoted at central level in cooperation with NDCs, but transferred to the sub-national level. With all these elements SAVIA, **was set up as a model for strengthening institutions** to increase the quality and cover of municipal multi-component DDR services and programs rather than as a particular program or cooperation project that has to prioritize a particular component.

15.In terms of its respective projects, the SAVIA Program was not gauged appropriately in terms of extension or scope or adequately focused.

Its extension and scope did not match the available resources and therefore damaged its ability to influence in the countries. SAVIA resources have been distributed among various countries over a decade and between each of the program components, so its potential impact could only be small scale and highly dependent on how each NDC took responsibility for and supplemented its actions.

It proposed the same nationwide offer for several countries with very different situations in terms of the institutionalization and evolution of DDR policies and in the development of their decentralized political and administrative architecture. SAVIA did not take into consideration the different baseline conditions in each country or their different priorities and political and institutional realities:

- iv) **Colombia** did not need the decentralization route that SAVIA was proposing because, although with internal disparities, it had already taken most of the steps. The main effect of SAVIA in Colombia came from CICAD/OAS support for the national authority's actions at local level which helped give a formal boost to public policy.
- v) SAVIA included countries which did not have a deconcentrated structure or delegations throughout the national territory to enable them to take a nationwide approach to the intervention. This was the case of CONSEP (**Ecuador**) and above all, of DEVIDA (**Peru**).
- vi) SAVIA encountered deconcentrating and non desentralizing realities in **Peru** and **Uruguay**. In practice, the program was configured as a step that would enable NDCs to strengthen their presence in several areas in the country. Furthermore, SAVIA did not contemplate the regional level in order to reach the municipalities, although it adapted *a posteriori*.

16.Although present in the focus, the supported initiatives did not contemplate DDR in an integrated way but centered almost exclusively on prevention, undermining the program's added value and legitimacy of the discourse.

With some exceptions, the SAVIA program has only promoted actions lines in the form of universal preventive intervention based on information strategies and the generation of leisure alternatives. It has not promoted any other type of complementary strategies and very scarcely other prevention measures such as selective and indicated prevention directed at adolescents and young people. It has also failed to address the demand to work on the issue of drug consumption from the welfare perspective, deficient in most countries.

17. SAVIA recognized the magnitude and complexity of the challenge but did not take into account the need to anticipate and secure all the necessary support which, in the end, reduced its reach.

The usual framework for CICAD cooperation is bilateral with NDCs and at national level and so it was consistent and appropriate to start municipal action with the same partners. SAVIA, however, failed to diagnose correctly that acting at sub-national level depended on continued interest and alignment with NDCs' strategies and their continuing ability to coordinate such work. When national strategy changed (**Venezuela**), the NDC did not have such capabilities or resources (**Bolivia**) or there was not the determination, understanding or coordination, (in part **Ecuador** and **Colombia**), the SAVIA program was left without its local partners.

18. In short, given these capacities, circumstances and determining factors, it was not possible for SAVIA to achieve its objective.

That is, neither the program's implicit objective which was far removed from its real capacity for action and required the participation of other elements, nor the objectives of the program's projects, generally outside its scope, even if only because the implementation period and dedicated resources were limited, leading to isolated action.

19. Strategy changed half way through the program: direct action became a priority (cofinancing local projects) when conditions at central level, financing channels, institutional mechanisms and the management of instruments in the municipalities had not been secured.

SAVIA changed strategy half-way through the program (mainly because one of the program promoters, the Spanish Government Delegation for the National Plan on Drugs (DGPNSD) changed its priorities) and began to intervene at local level when conditions were still far from appropriate. Thus the program did not continue with some of its initial strategies over a long enough period to consolidate the intended changes.

20. By moving away from the previously defined logic, conditions at municipal level were weak and so SAVIA could not execute important steps, or link products to subsequent decisions that would lend them sufficient quality.

Actions and products were not linked as planned. **Municipal Drug Plans**, which give legitimacy, serve to arrange and organize the future trajectory of municipal DDR policy and which **should define local prevention projects** could not be carried out.

The **link between situational diagnosis and local project** was often interrupted, rendering the diagnosis outdated or not consistent and projects were executed in places where the drug problem had not been studied. There have been no reports of updated diagnoses.

International meetings did not lead to a functional proposal for the rest of the program, but they did encourage a move and sensitization towards new approaches and the sharing of action experiences among the participant countries. These experiences, however, could not be classified as "good practices" because they were not rigorously systematized and contrasted as such, thereby detracting from the value and the replicability of the exchange.

21. SAVIA has had an integral design but fragmented execution

Fragmentation has been due, among other factors, to uncertainty stemming from the need to confirm NDC collaboration with SAVIA approximately every two years after AECID approval of each project. The need to respect NDC processes and times for their territories has also had this effect: on several

occasions countries delayed joining the projects or their participation was interrupted during the program, thereby fragmenting execution.

22. An execution with poor institutional fit and no incentives for results-based management.

SAVIA largely acted as an autonomous entity when proposing components for implementation. None of the parties assumed full responsibility for the program or its results: not AECID, not DGPNSD and not CICAD which considered it to be a "Spanish program" and the responsibility of the manager recruited for the purpose. Nor was it required to provide a results framework or results-based accountability beyond the Manager's area of responsibility.

23. The first Manager's promotion and advocacy work, by way of "transversal assistance" enabled SAVIA to survive and provided coherence from the countries' perspective.

The vision of the first Program Manager in CICAD was transferred to the design of the program and during execution it provided a coherent message for countries about SAVIA and its objectives. Its role, a mix of sensitizer, mobilizer and technical assistance enabled each country to find some elements of interest in SAVIA and SAVIA to adapt to each NDC.

24. The effects of SAVIA by country are not the same

SAVIA has clear effects in Uruguay and Ecuador. For **Uruguay's** Junta Nacional de Drogas (JND) SAVIA was a "seed" that provided a methodology and sequential coherent working procedure as part of the requirements to access resources and it gave departmental agents the opportunity to work together with a dedicated budget.

In **Ecuador**, the first stage of SAVIA meant speeding up the formation of a deconcentrated CONSEP network through coordination points in municipalities. It was appreciated that SAVIA provided the methodology and ways of doing things and made it possible put together ideas for constituting a prevention network: how to create one and extend it at country level and how to decentralize prevention activities. The constitution of 7 Local Committees for the prevention of drug abuse is attributable to SAVIA and a model Municipal Ordinance was sponsored that reflected the commitment to provide logistic and financial support to the Committees, while the regional CONSEP offices provide technical assistance for the process.

In Peru, it helped to strengthen deconcentrated action but the attribution of some products and effects is not clear because of the support provided by Belgian Technical Cooperation through a project with similar characteristics and objectives.

In Colombia, there were effects of political advocacy because it was integrated with the Colombian experience and gave a formal boost to the country's public policy on drugs.

25. SAVIA has enabled "exploration" of the local level

The exploration was not always carried out correctly: the projects were not the best possible ones, nor were the conditions properly considered (local economic, technical or human resources were not always available to implement the projects nor was there any anticipation of the need for greater support with the projects because some NDCs did not have sufficient capability to do so).

26. SAVIA's main effects position it as an accelerator or catalyst program.

The countries are generally of the opinion that SAVIA has acted as a catalyst in some cases and intensifier in others, or in its absence, the same agenda would have moved forward, although with

fewer contributions and opportunities to share with other countries, but the same point would have been reached.

Recommendations

10. Reflect, at the most appropriate CICAD structure level, on the way to deal with donor suggestions or petitions which do not fully coincide with the line of action decided internally.

SAVIA is just one example and so this evaluation team has no evidence that a similar problem has occurred on other occasions or with other interventions. However, even if only taken as circumstantial evidence, it is worth considering.

11. Design interventions that really can be put into practice or design all the components but choose the one that really will be supported to mark a difference.

From the territorial perspective SAVIA should have focused its action on fewer countries or agreed an action strategy with each NDC to execute actions concentrated in a few departments/regions and municipalities with a very clear idea of promoting shared experience and exploring conditions for success and good practices. **From the perspective of which intervention to influence**, SAVIA should chose a component where it provides added value and whose results are achievable.

12. Intensify CICAD'S differential value

It is advisable to focus on aspects where CICAD/OAS can provide genuinely differential value such as: political impact, hemisphere perspective, the promotion of exchanges and learning networks and generation of contacts, with the aim of generating networks and seeking technical assistance from other places.

In a multi-country program model it is necessary to opt for some components, trace a common denominator and focus on the same aspects to make the most of the learning potential of contrasting different experiences. That does not mean that actions should be identical or that countries have to play the same role, but the same common issue should be dealt with to make it a genuine multi-country program.

13. Reconsider the advisability of action at municipal level... but if chosen, ensure it is effectively demonstrative.

With few resources, it is more advisable to consider the option of focusing on work with NDCs even if only to help them to promote their decentralization models and advise them on the provision of ongoing support in the territories. But if it is decided to commit to municipal intervention, SAVIA must prioritize a support strategy for a few local actions that generate added value, ensuring appropriate conditions so the actions can truly demonstrate new ways of acting against drug abuse. These interventions must also contemplate suitable systematization and evaluation so that they can be presented as "good practices" where appropriate and transferred and replicated.

14. Reinforce opportunities for obtaining sustainable outcomes.

15. Reconsider what can be done in training

SAVIA is not called on to play an important role in the formal training of specialists. However, if it is decided to continue financing training processes, they must fulfill some minimum requirements like having learning objectives and results to guide a design that increases the chances of success,

defining participant profiles, recruiting in accordance with those profiles, evaluating learning and monitoring those who complete the training to appropriately evaluate its effects (in terms of application, changes in their work or their performance).

16. Specifically adapt international meetings and workshops

It is advisable to define clearly the *why* of such events which would also clarify *what profiles* to target and which target audiences to convene. A few simple applicable measures should also be agreed (rather than major objectives or declarations) and those few commitments should be monitored, making, for example one rapporteur per country responsible under a peer-to-peer collaboration model to contribute objectivity to the process and favor horizontal cooperation between countries.

17. Benefit from the opportunity of recent changes in SAVIA and reconsider the entire Program.

SAVIA is a project which, in general, is assessed positively by most of the agents contacted and that asset should not be lost. Furthermore, the present is a good time to reconsider the entire Program. In order to do so, it is recommended to consider at least (a) which component the action should focus on, in which countries and what role each participant country would have; (b) a new proposal for SAVIA in accordance with the scope and content of what is proposed, with real capacity for action and with the conditions under which the actions will be carried out; (c) the level of government in which the SAVIA action will be carried out; (d) whether work will continue only in prevention or if there is a wish to broaden the range of intervention and (e) what the countries participating in SAVIA are already doing with own resources or support from other donors, in order to chose the places of greatest potential impact or alternatively, deciding to support other actions with a greater scope.

18. Integrate SAVIA in CICAD's general structure at the relevant level.

Integrating SAVIA operations more fully with CICAD's structure and operation as a whole -at the appropriate level for its scope and breadth-, will facilitate its appropriation by the organization, exchanges and use of resources from other parts of the Commission and in short, improve the intervention.

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN.

Este informe corresponde a la evaluación del Programa SAVIA de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), cofinanciado a través del Fondo Español para la OEA (FEPO). El alcance de la evaluación incluye tres de los proyectos que pueden considerarse integrados en este programa, si bien alguno de los análisis, especialmente los relativos al diseño de las intervenciones, se ha extendido a un proyecto anterior, dado que formaba parte de la misma secuencia lógica que, de hecho, se iniciaba con él. Estos proyectos son los denominados 'Descentralización - Ampliación', 'SAVIA I' y 'SAVIA II', mientras que el proyecto antecedente se denominaba simplemente 'Descentralización'.

La evaluación ha tomado en consideración todas las preguntas de evaluación (P.E.) mencionadas en los Términos de Referencia (ver [Anexo 1](#)). En consecuencia, se encuentra más centrada en la dimensión de resultados, sin olvidar las relativas al diseño y ejecución de las intervenciones.

La estructura y contenidos de este documento son los siguientes:

- El capítulo 4 a continuación realiza una breve síntesis de los principales aspectos metodológicos a tener en cuenta, prestando una atención especial a las limitaciones al alcance que han ido surgiendo a lo largo de la evaluación.
- En el capítulo 5 se incluye la descripción del objeto de evaluación, el Programa SAVIA, abordando los aspectos que se han considerado clave para su comprensión, entre los que se encuentra el modelo lógico subyacente al Programa.
- El capítulo 6 se refiere a los resultados obtenidos en esta evaluación. Ha sido estructurado por dimensiones del programa (diseño, procesos y resultados) y, dentro de cada una de ellas, por preguntas de evaluación.
- Se ha confeccionado un breve capítulo, el número 7, que hace un resumen de los aspectos relacionados con el enfoque de género y el enfoque de derechos humanos. En realidad, esta información se encuentra en los diferentes apartados en que es de aplicación a lo largo del documento, pero se ha decidido sistematizarla y agruparla con el fin de que su ubicación sea más sencilla.
- El capítulo 8 y último contiene las conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas de esta evaluación.

A lo largo del documento aparecen cuadros de texto y tablas comparativas de la situación de los países beneficiarios de SAVIA, que ilustran alguno de los puntos o de las reflexiones que se abordan. **El documento puede leerse sin consultar estos cuadros**, lo que lo hace más ligero. Sin embargo, su lectura permite profundizar en algunas de las cuestiones expuestas o proporcionar información sobre las reflexiones del texto general.

En este mismo sentido, el documento se completa con un amplio cuerpo de anexos, que permiten la profundización en aspectos específicos y a los que el lector/a será remitido en los lugares oportunos.

2. SÍNTESIS METODOLÓGICA

En este apartado se ofrece una síntesis de las principales técnicas utilizadas a lo largo de la evaluación y se mencionan algunas decisiones metodológicas tomadas a lo largo del proceso. Finalmente, se presta también atención a las limitaciones al alcance del ejercicio.

2.1. Técnicas utilizadas

1. **Entrevistas.** Se incluye el listado de todas las entrevistas realizadas como [Anexo 4](#) de este documento. Las principales pueden clasificarse en dos bloques:
 - ▣ Entrevistas a los principales agentes que han tenido participación en SAVIA o que permitan ilustrar el contexto en el que fue concebido y ejecutado. Se entrevistó al equipo de coordinación del Programa y a diversos representantes de la CICAD/OEA y de las otras dos instituciones implicadas: la Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo (AECID) y representantes del Plan Nacional de Drogas de España.
 - ▣ Entrevistas en los países que se eligieron para la realización de las visitas a terreno (Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay), a partir de la confección de agendas que incluían a los principales actores de SAVIA en cada caso (Comisiones Nacionales de Drogas, Ministerios, autoridades y agentes locales en los municipios visitados), así como otros que pudieran proporcionar información complementaria.
2. Se ha llevado a cabo un **análisis documental** muy amplio, tanto a nivel 'central' como referido a los países donde se ha desarrollado SAVIA. El análisis incluyó documentos político-estratégicos, normativos, un buen número de informes sobre el fenómeno y toda la literatura gris y productos generados por SAVIA. Se ha incluido el listado documental en el [Anexo 5](#).
3. También se han realizado dos **encuestas**. Por un lado, a actores de las instancias subnacionales que operaban en los cuatro países tomados como referencia y que podían ser de nivel regional, departamental o municipal, según el caso. Por otro, a las personas participantes, bien en procesos formativos celebrados en el marco de SAVIA o que hubiesen asistido a alguno de los encuentros internacionales para el intercambio de experiencias que han tenido lugar durante estos años. Las encuestas, que contaron con un soporte telemático, pretendían sustentar el análisis de eficacia, tanto en el nivel de alguno de los productos como, especialmente, a nivel de propósito. Utilizaron como base sendos cuestionarios que han sido incluidos en el [Anexo 6](#). En el [Anexo 7](#), por su parte, se incluyen los resultados de la explotación de las encuestas, así como su ficha técnica, como complemento a los gráficos que se han integrado en el texto y que sólo están referidos a una parte de la información.

El **análisis** se ha basado tanto en **técnicas** cuantitativas como **cualitativas**. Entre las segundas, cabe destacar el análisis de casos realizado para los países de Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay, que se incluyen como [Anexo 8](#) de este informe. Los resultados del análisis están recogidos en las *fichas-país*, que no son de carácter evaluativo sino descriptivo —aunque pueden contener algún elemento de valoración— y constituyen una buena parte del soporte del análisis de resultados. Para su confección se ha utilizado análisis documental y entrevistas, reservando las encuestas para cuestiones transversales. La estructura de las fichas es semejante, aunque no idéntica, y su extensión y profundidad varía, entre otros factores, por la extensión de la visita realizada a cada país, por la intensidad de la agenda y también por el volumen de la información específica sobre SAVIA que se ha podido recoger.

A partir de la información contenida en estas *fichas-país* se ha recurrido al análisis de contenido y al análisis comparado, lo que ha supuesto, junto con la utilización de otras técnicas, una nueva triangulación, puesto que su contenido ya había sido ya sometido, en su mayoría, a este proceso.

En cuanto a las **técnicas cuantitativas**, se han limitado al análisis estadístico descriptivo de la información obtenida en las encuestas. Al hablar a continuación de las limitaciones, se mencionará las razones por las que esto ha sido así. Por otra parte, en los resultados de la encuesta se verá que, en el caso de las dirigidas a entidades sub-nacionales, en ocasiones se ha optado por incluir en la explotación la respuesta 'no lo sé' como una opción más, puesto que, dado el perfil de las personas a las que se dirigía, su desconocimiento resulta informativo.

2.2. Limitaciones al alcance

1. La primera limitación, que pudo ser superada, fue la distancia existente entre el concepto de SAVIA expresado por la documentación del programa y la plasmación de SAVIA en sus actividades, sobre todo en el nivel de los países. No es que haya una desviación en el propósito, ni que se hayan desarrollado actividades muy diferentes de las previstas, pero sí que hay una diferencia de escala, que requirió el ajuste de las herramientas y los soportes metodológicos utilizados.
2. El hecho de que los países trabajasen SAVIA desde diferentes niveles de gobierno —municipal en Perú o Ecuador, departamental en Colombia y Uruguay— exigió también sucesivos ajustes de estas herramientas y dificultaba en ocasiones algunos aspectos del análisis, pero se considera que finalmente no ha incidido sobre los resultados de esta evaluación.
3. Las principales dificultades 'técnicas' se han producido en relación con los **procesos de encuesta**. En el caso de la dirigida a **entidades sub-nacionales**:
 - La recepción de parte de los datos de contacto superó con mucho el plazo previsto, lo que retrasó el proceso completo.
 - La concentración territorial de las actuaciones en algunos países (especialmente en el caso de Ecuador y, sobre todo, Perú) suponía que la población a la que se podía dirigir la encuesta era muy pequeña, por lo que la incidencia de la falta de respuesta era más que proporcional. En el caso de Colombia, el problema fue la falta de permanencia de las personas que participaron en SAVIA en el nivel departamental (sólo se mantenían en tres de los casos).
 - Finalmente, el único lugar donde se consiguió información sobre municipios/ departamentos donde no se hubiese desarrollado SAVIA fue Perú (en Uruguay, de hecho, ni siquiera existían departamentos 'sin SAVIA'), lo que hizo irrelevante el análisis comparado 'con SAVIA / sin SAVIA'.

La tasa de respuesta se situó cerca del 30%, pero fue desigual por países (un 33% en Colombia, un 40% en Ecuador y Uruguay, pero sólo el 9% en Perú¹). Eso significa que los datos procedentes de la encuesta de municipios/departamentos deben ser tomados con mucha cautela, y que han sido incluidos con fines fundamentalmente descriptivos.

Afortunadamente, el alcance de la información recogida en las *fichas-país* es bastante mayor que el requerido por los indicadores de la evaluación, ya que para poder ubicar y comprender los resultados de SAVIA en cada país era necesario entender con la mayor profundidad su contexto, en términos de estructura política y administrativa, aspectos

¹ Considerando únicamente los municipios en los que se había desarrollado SAVIA.

organizativos, evolución de su enfoque en el campo de las drogas, y —sobre todo— plan de trabajo del ente rector con el que SAVIA interactuaba. Aunque sólo una parte de esta información podía utilizarse de manera directa en el informe, se consideraba valiosa y ha resultado muy útil para complementar la información recogida en la encuesta sub-nacional.

4. En cuanto a la **encuesta a participantes en procesos de formación y encuentros** se contó con los datos de contacto en la fecha prevista y, por tanto, se pudo lanzar en los plazos marcados. Lamentablemente estos datos de contacto, en el caso de la formación, sólo se refieren al último de los proyectos de SAVIA, mientras que los datos de participantes de procesos anteriores no han podido ser identificados (de hecho, en algunos lugares, es difícil incluso identificar las actividades formativas, ya que en etapas anteriores la formación fue más breve y no tan formalizada).

De nuevo, al contar con una población de tamaño muy pequeño la representatividad se debilita. Por ello se optó por analizar conjuntamente la información correspondiente a cada uno de los grupos posibles (participantes sólo en formación, participantes sólo en encuentros internacionales, participantes en ambos). La consecuencia es que el análisis de algunos de los aspectos se resiente —pierde validez, con el fin de no perder demasiada fiabilidad—.

5. En el caso del **análisis del grado de consecución del propósito** de SAVIA se encontró un problema adicional: se pretendía responder a la pregunta sobre la eventual mejora de la capacidad de respuesta descentralizada de los países participantes frente al consumo de drogas a partir del análisis de las variaciones en la prestación de servicios de Reducción de la Demanda de Drogas (RDD) a nivel municipal² en los últimos años, coincidiendo con el periodo en el que SAVIA se encontraba trabajando en este nivel territorial. A la hora de analizar las respuestas se encontró que existían dificultades para la comprensión unívoca del término 'servicios'. Entre las respuestas recogidas se mezclaban diferentes actividades e iniciativas, de las que sólo un 45% podían ser calificadas propiamente como tales.

En consecuencia, se optó por codificar y categorizar las respuestas recibidas, y describir qué tipos de servicios se identificaban en los casos analizados, con indicación, eso sí, de si eran de nueva creación o no. Este cambio en el enfoque del análisis y el escaso número de respuestas que podían considerarse como válidas hacía irrelevante un análisis 'antes-después'.

6. La última de las dificultades se refiere al propio sistema de seguimiento de los proyectos, que no hace posible diferenciar las asignaciones presupuestarias a los países durante la vigencia de SAVIA. Con el fin de poder situar la relevancia de SAVIA en cada país, se deseaba comparar la cuantía de la financiación recibida por esta vía con la que se estuviera destinando a un fin similar, ya proviniera de fondos propios o de otras cooperaciones. Lamentablemente, ese análisis no ha sido posible más que de manera aproximada y, por tanto, no se pueden facilitar datos cuantitativos al respecto.

² A lo largo del informe, utilizaremos el término 'municipal' para referirnos a la expresión subnacional de que se trate en cada país, y que podrá situarse en el nivel municipal o en el departamental (aunque las denominaciones en uno u otro caso pueden variar). En este doble sentido deberá ser entendido a lo largo del texto.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA SAVIA

3.1. El programa y los proyectos

A requerimiento de los TdR, el objeto de esta evaluación es el Programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA). Es importante aclarar que el **Programa no se encuentra formulado como tal**, es decir, con un marco de planificación y ejecución definido (objetivos, resultados, indicadores, actividades, etc.), **sino que está conformado por el accionar secuencial de tres proyectos independientes**. En diferentes etapas, tales proyectos estaban dirigidos al fortalecimiento de las instituciones que operan en el ámbito de las drogas en los diferentes niveles del Estado: nacional en primer instancia y, posteriormente, también regional y, sobre todo, local.

Tabla 1. Proyectos que componen el Programa SAVIA

Proyecto	Programa SAVIA		
	Descentralización Ampliación	SAVIA Fase I	SAVIA Fase II
Duración	2005 - 2007	2007 - 2009	2011 - 2013
Países previstos	Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela	Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela (*)	Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay
Países ejecución	Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela	Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay	Perú y Uruguay

(*) Venezuela ejecuta acciones nacionales solo los tres últimos meses como preludio a su salida de SAVIA

Proyecto antecedente	Nemo: Proyecto Descentralización Países previstos/ejecución: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela Duración: 2003-2005
----------------------	---

Fuente. Formulación e informes finales de los proyectos e informes de seguimiento (para SAVIA II).

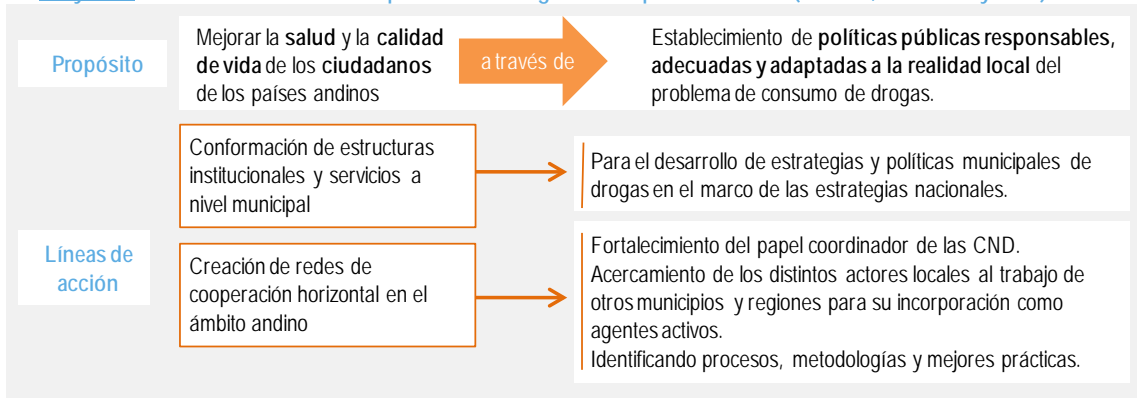
El Programa SAVIA se inicia con esta denominación en el marco del FEPO y se financia a través de recursos provenientes casi en su totalidad de él junto con la cofinanciación de las actuaciones por parte de las instituciones nacionales y locales. En el periodo comprendido entre 2006 y 2012 el Programa SAVIA se apoyó en la ejecución de tres proyectos, con una financiación FEPO por un monto equivalente a US\$1.94 millones.

Estas intervenciones han sido promovidas por la CICAD/OEA, en conjunto con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España y con el apoyo financiero de la AECID. El origen del Programa SAVIA se remonta a la colaboración entre CICAD, AECID y el Plan Nacional de Drogas de España (PND) desde el año 1999, para apoyar su programa de fortalecimiento institucional. Ello se concretó en varios proyectos a lo largo de 6 años (1999-2004) relacionados con los sistemas nacionales de drogas en 12 países Iberoamericanos y en iniciativas regionales. Siguiendo esta estela se formula y ejecuta el primer proyecto focalizado en la descentralización ("Descentralización de las políticas de drogas en los países andinos 2003-2005"), que buscaba "fortalecer el papel de las CND de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela" con el fin de "desarrollar estructuras institucionales y servicios a nivel municipal para el desarrollo de verdaderas estrategias y políticas municipales de drogas".

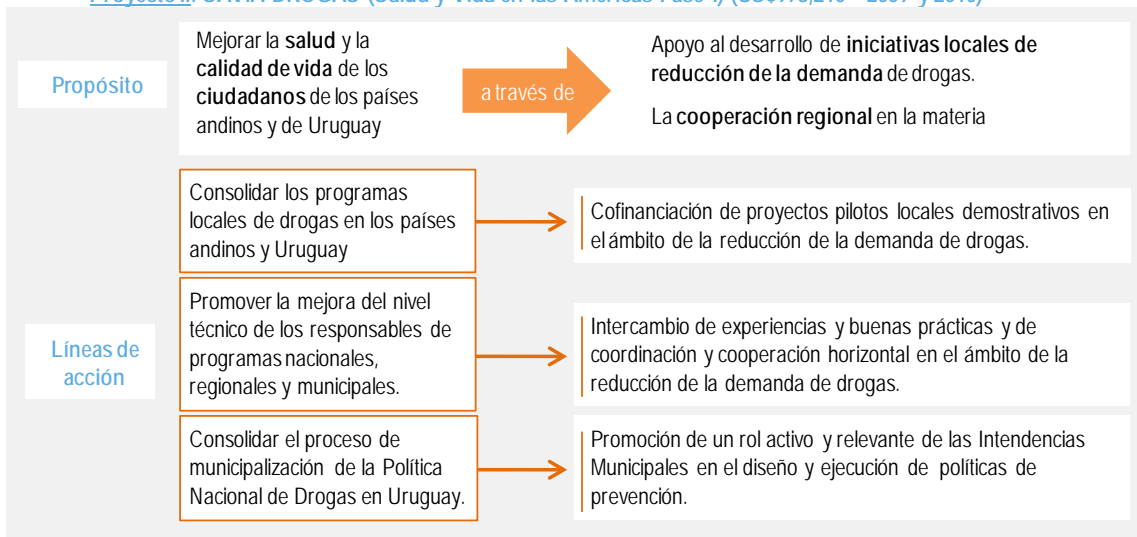
Para una mejor comprensión del objeto a evaluar, el equipo de evaluación ha integrado en algunos de los análisis también este cuarto proyecto, que constituye el antecedente directo de SAVIA.

Ilustración 1. Cuadro sintético de los proyectos incluidos en la evaluación de SAVIA

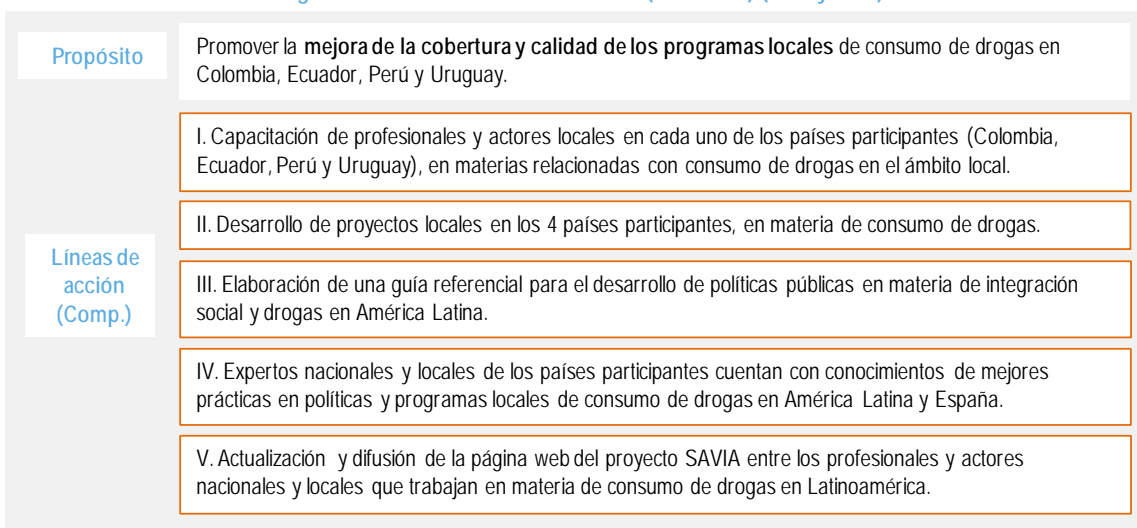
Proyecto I: Descentralización de las políticas de drogas en los países andinos (US\$418,705 - 2007 y 2008)



Proyecto II: SAVIA-DROGAS (Salud y Vida en las Américas Fase I) (US\$978,210 - 2009 y 2010)



Proyecto III: Fortalecimiento de la prevención, la mitigación, el tratamiento y la integración social en materia de drogas en el ámbito local SAVIA Fase II (SMS-1116) (2011 y 2013)



Fuente. Elaboración propia a partir de los documentos de programa y de los informes finales.

En la Ilustración 1 de la página anterior se muestran los datos básicos en términos de presupuesto, propósito y líneas de acción de los proyectos que conforman el objeto de esta evaluación. Como puede apreciarse, a pesar de que no ha existido un Programa SAVIA de manera independiente de los proyectos que lo integran, si se atiende a los contenidos de cada proyecto es obvio que existe una clara línea de acción y que cada una de las intervenciones trata de 'construir' sobre el proyecto anterior, aprovechando y capitalizando sus resultados.

La **justificación** que estaba detrás de estas intervenciones partía de que es fundamental fortalecer el abordaje municipal de la problemática de las drogas y favorecer la coordinación entre el nivel nacional y las estructuras locales, ya que la descentralización en políticas de drogas, en concreto en el modelo centrado en la reducción a la demanda, va a favorecer que:

- ☐ Los niveles superiores se descarguen de las funciones operativas y puedan concentrarse en los asuntos estratégicos.
- ☐ El nivel local adquiera protagonismo, facilitando la participación de las organizaciones de la sociedad civil con objeto de llegar mejor a las personas. Se facilite la corresponsabilidad y cogestión en la implementación de las estrategias sobre drogas que se han definido como prioritarias por las Agencias/Comisiones Nacionales.
- ☐ La prevención ligada a la salud y a la educación se aborde con un mayor ajuste a las necesidades de la población, mejorando la toma de decisiones por la cercanía a los problemas, lo cual permite una mejor identificación de las acciones a desarrollar a través de la realización de diagnósticos locales sobre los problemas relacionados con los consumos de drogas.

El ámbito territorial inicial del Programa SAVIA fue la región andina, si bien durante su ejecución el programa experimentó varios cambios que cambiaron esta naturaleza (ver Tabla 1).

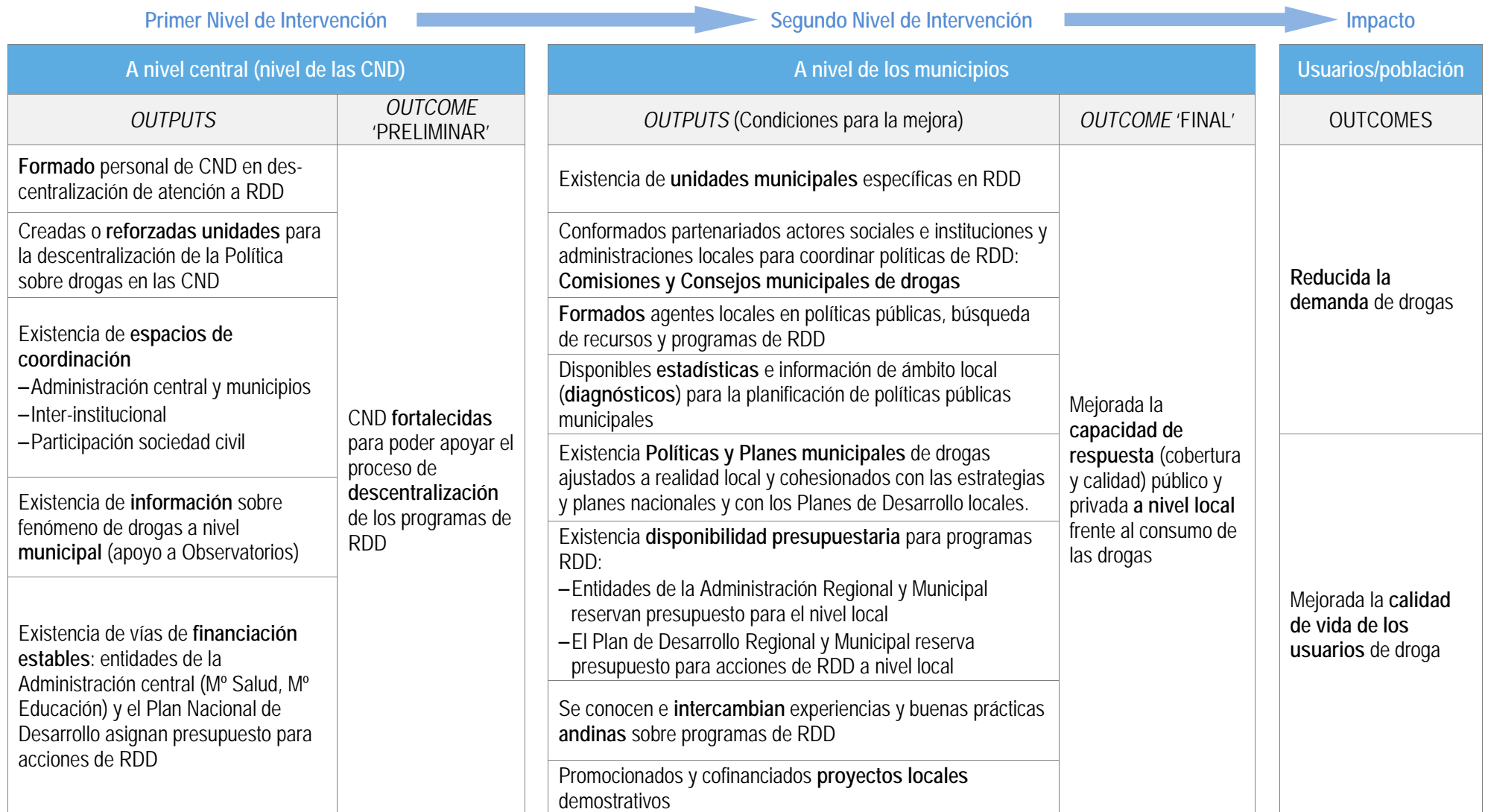
3.2. El modelo lógico del Programa

El otro modo en el que se puede comprender el Programa SAVIA es a través de su modelo lógico. Es decir, a través de la cadena causal que estipula la secuencia necesaria para lograr los objetivos deseados, comenzando con los insumos, pasando por las actividades y los productos, y culminando en el efecto directo, el impacto y la retroalimentación. Puede consultarse el modelo lógico reconstruido por el equipo de evaluación, **a partir de los documentos de programa y de los informes finales de los proyectos** en el Anexo 8.

A modo de síntesis, SAVIA trabaja en dos niveles sucesivos: **un primer nivel central**, que se corresponde con el de las Comisiones Nacionales de Drogas (CND), dirigido a contribuir a su fortalecimiento para que puedan apoyar en las mejores circunstancias el proceso de descentralización de los programas de RDD. En **un segundo momento**, SAVIA trabaja en el **nivel municipal**, con el objetivo de fomentar la existencia de las condiciones que permitan la mejora de la capacidad de respuesta local frente al consumo de drogas, lo que constituiría el *outcome* final del Programa y su **propósito**. Como puede verse en la Ilustración 2, el fortalecimiento de las CND puede considerarse un '*outcome* intermedio', necesario para alcanzar el propósito mencionado.

Los efectos en la población ya se situarían en el nivel de la **finalidad** de SAVIA, e irían dirigidos a contribuir a reducir la demanda de drogas y a mejorar la calidad de vida de sus usuarios.

Ilustración 2. 'Cadena de resultados' de los proyectos de SAVIA considerados globalmente



Fuente. Elaboración propia a partir de los documentos de programa.

3.3. El alcance real del programa

Acaba de describirse la cadena de resultados que puede reconstruirse de los documentos de programa. A lo largo de la evaluación se analizará en qué medida esta cadena –y la lógica que la sustenta– se ha correspondido realmente con las actuaciones desarrolladas. Para ello, en el [Anexo 3](#) se ha incluido la enumeración de cuáles han sido los productos y las actividades principales de SAVIA que, en términos generales, tienen que ver con³:

- El apoyo a la creación de estructuras locales: unidades municipales encargadas de la temática de drogas (RDD) y espacios de concertación y coordinación inter-institucional y comunitaria.
- Diagnósticos locales, incluida una guía metodológica común para su realización.
- Planes municipales en prevención y rehabilitación.
- Ejecución de iniciativas y proyectos locales.
- Formación de profesionales en talleres nacionales.
- Intercambio de experiencias y cooperación horizontal (talleres internacionales y pasantías).

Pero el alcance real del Programa también tiene que ver con los **recursos movilizados**, que son fundamentalmente económicos y humanos. La distribución por grandes partidas de los recursos económicos de Programa SAVIA fue la siguiente (ver datos detallados en [Anexo 11](#)):⁴

Tabla 2. Distribución de los recursos económicos de SAVIA por componentes (en US\$)

Componentes	Total	Porcentaje
Coordinación Programa	1.095.700	48%
<i>Salarios (Administrador y Asistente)</i>	1.018.200	45%
<i>Misiones de coordinación a países</i>	77.500	3%
Apoyo a proyectos locales	611.400	27%
Equipamiento	45.200	2%
Intercambio experiencias / Coop. Horizontal	159.400	7%
<i>Seminarios internacionales / regionales</i>	151.700	6,7%
<i>Pasantías</i>	7.700	0,3%
Talleres y formación nacional	179.400	8%
Consultores locales (ej. diagnósticos)	138.100	6%
Guías y manuales referencia	30.300	1%
Sistema información (Web, boletines, difusión)	3.400	0,2%
Total	2.262.900	100%

Fuente. Informes finales de proyectos, III IPEP de SAVIA Fase II y MoU.

³ Pueden verse en la Ilustración 2, al nivel de los *outputs* correspondientes al segundo nivel de intervención.

⁴ No se dispone de información del presupuesto ejecutado en el primero de los proyectos (Descentralización 2003-2005). Del proyecto SAVIA Fase II se ha tomado gasto acumulado reflejado en el III IPEP (Julio 2011 a Diciembre 2013) y de los compromisos recogidos en los Memorando de Entendimiento con Perú y Uruguay. No se contabiliza: a) el IRC de CICAD (recuperación de costes indirectos); b) las cofinanciaciones locales o comprometidas por CICAD.

Lo primero que llama la atención es que la mitad del presupuesto está destinado a la coordinación del Programa, frente a un 27%, por ejemplo, para los proyectos locales, que es el siguiente rubro de mayor cuantía. Sin embargo, como se verá en otros lugares de esta evaluación, esta distribución no se ajusta totalmente a la realidad, ya que bajo el rótulo de 'coordinación' se desarrollaba una importante función de impulso y acompañamiento técnico desde CICAD, con una relación estrecha y visitas constantes a los países.

De hecho, los **recursos humanos** en los que descansó el Programa, que se responsabilizaron de hacer efectivos los acuerdos y actividades que implicaba su ejecución fueron:

- ☐ Por parte de la **CICAD** la figura de un **Administrador** coordinador y la de una **Asistente** (2 personas) asignadas al Programa desde sus inicios.
- ☐ Los **equipos locales** de los países, habitualmente de las CND, con dedicación y número de personas variable. Se trató de contar con una persona de enlace para la coordinación entre CICAD y el país, si bien la ejecución de las acciones nacionales requería la dedicación de más especialistas o, puntualmente, la contratación de consultores locales.

La **dedicación de otras personas ha sido puntual**, pero puede mencionarse el concurso de consultores locales (realización de diagnósticos, impartición de formación), ponentes en los seminarios, funcionarios del PND de España u otro personal de la CICAD (fundamentalmente el Jefe del Observatorio Interamericano sobre Drogas durante la revisión de los diagnósticos locales).

Esto refuerza lo dicho más arriba, sobre una labor de coordinación y apoyo que contó con también muchos componentes de asistencia técnica. La coordinación del Programa sólo se interrumpe durante el último cuatrimestre de 2013, cuando se produce la salida de su Administrador inicial (agosto 2013) sin que se haya producido aún la incorporación del actual (en diciembre del mismo año) y que generó un momento de *impasse* que fue percibido por las contrapartes en el terreno.

El último aspecto relacionado con el alcance tiene que ver con la **duración real** del Programa. Para dimensionarla, hay que considerar como comienzo su antecedente más inmediato, el Proyecto de Descentralización, iniciado en septiembre de 2003 y como fin –al menos por el momento- la extensión prevista en SAVIA II, a febrero de 2016. Así, las acciones de apoyo a la descentralización de las políticas de reducción de la demanda de drogas acumulan una trayectoria de más de **12 años**.

Tabla 3. Fechas previstas y reales de ejecución de los proyectos del Programa SAVIA

	Proyecto Descentralización Ampliación		Proyecto SAVIA Fase I		Proyecto SAVIA Fase II	
	Fechas	Nº meses	Fechas	Nº meses	Fechas	Nº meses
Ejecución prevista	Junio 2005 a Mayo 2007	24	Junio 2007 a Mayo de 2009	24	Julio 2011 a Mayo 2013	24
Ejecución real	Enero 2006 a Marzo 2008	27	Octubre 2008 a Octubre 2011	37	Julio 2011 a Febrero 2016	44
Diferencia		+ 3 meses		+13 meses		+ 20 meses

Fuente. Informes finales de proyectos, III IPEP de SAVIA Fase II y MoU.

Una de las razones de la extensión de las etapas del Programa SAVIA radica en la generación de remanentes presupuestarios que se fueron aplicando en fases sucesivas, como se verá en el apartado correspondiente a la calidad de la ejecución económico-financiera.

4. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN.

1.1. Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN (Pertinencia)

1.1.1. Alineamiento del programa con los documentos políticos y programáticos de las instituciones que participan en su formulación, gestión y ejecución

A diferencia de los planteamientos incluidos en la 'Estrategia Antidrogas en el Hemisferio' de la CICAD, de 1996, que es su precedente inmediato, la **Estrategia Hemisférica sobre Drogas, de 2010**, ya incluye una concepción del problema de las drogas fundamentalmente centrado en el paradigma de la salud y presta relevancia, por primera vez a los aspectos de reducción de la demanda, desde una perspectiva integral. Esta estrategia tiene en cuenta también el principio del respeto a los Derechos Humanos, especialmente en los aspectos relacionados con el tratamiento y la reinserción social, como es denominada en dicho documento. Todo ello se encuentra reflejado en SAVIA, aunque de manera no siempre plenamente explícita.

Así mismo, la Estrategia menciona los procesos de descentralización cuando afirma, en su capítulo dedicado al Fortalecimiento Institucional, inciso 10: “[...] definirán programas y líneas de acción con el objetivo de abordar la problemática de forma integral, e incluirán, cuando sea apropiado, medidas de descentralización de las políticas públicas sobre drogas”.

La alineación es también patente con el **Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas (2011-2015)**, tanto en los aspectos relacionados con la RDD, como en los que se incluyen en el capítulo de Fortalecimiento Institucional y especialmente en lo relativo a su objetivo nº2, entre cuyas actuaciones se mencionan las posibilidades de apoyo al proceso de descentralización de estas políticas y, en concreto, la elaboración de diagnósticos situacionales de acción como sustento de las políticas de drogas o el diseño e implementación de planes de acción con la participación de todos los actores implicados, aspectos claramente incluidos en SAVIA.

En resumen, la formulación inicial de SAVIA no es completamente coherente con lo establecido por los lineamientos político-estratégicos existentes en aquel momento en CICAD, sino que se sitúa un paso por delante de ellos. Sin embargo, los informantes entrevistados mencionan que, ya antes del acuerdo y confección material de la Estrategia de 2010 existía el claro convencimiento en CICAD de que la Estrategia anterior había sido ampliamente superada por la evolución del fenómeno y de sus manifestaciones en la región y, sobre todo, por el progresivo cambio del paradigma imperante, por lo que SAVIA puede ser un modo de materializar este convencimiento.

Algo similar ocurre en relación con el **alineamiento de SAVIA** con lo establecido por las **Políticas/ Estrategias de Drogas de los países beneficiarios**. Con carácter general, en el momento de su formulación inicial el alineamiento era sólo parcial, ya que SAVIA se encontraba claramente alineado con el paradigma de salud y se centraba en las estrategias de reducción de la demanda, de atención desigual en aquel entonces en las políticas de los países en los que se desarrolló la intervención. De hecho, el alineamiento se ha ido haciendo mayor con el paso del tiempo, como puede comprobarse en el Cuadro de texto 1 que se incluye a continuación.

Una mención al caso de Bolivia cuya estrategia vigente (Estrategia de lucha contra el narcotráfico y reducción de cultivos excedentarios de coca, 2011-2015) tiene aún una orientación principalmente interdictiva, un tanto desequilibrada en relación con las actuaciones relacionadas con la RDD. La razón que se manifiesta para ello es que los estudios reflejan una prevalencia en el consumo en el país que no es considerada alarmante.

Cuadro de texto 1. Desarrollo de políticas de drogas en los países

En **Colombia**, está vigente la Ley 30 de 1986, conocida como Estatuto Nacional de Estupefacientes (ENE). En septiembre de 2012 se presentó al Congreso una propuesta para un nuevo Estatuto nacional de drogas y sustancias psicoactivas (PSA) que reemplazaría la Ley 30. Además, la Ley de Seguridad Ciudadana de 2011 introdujo reformas al Código Penal en lo relacionado con delitos de drogas. En 2006 se identifica la Salud Mental y el consumo de SPA como una de las prioridades en salud pública y se formula una política específica desde el modelo de protección social “extendida”, promoción de la salud y principios rectores de RDD de la ONU, en particular balance, desideologización y respeto por las opciones individuales/diferencias. Según se declara, Colombia cuenta con programas de prevención diferenciados de acuerdo a la presencia de factores de riesgo.

El proceso de descentralización de la política de drogas se inició en 1999 y está muy desarrollado y plenamente integrado a la política de tratamiento y prevención del consumo de drogas. En todos los departamentos se han desarrollado planes, aunque la capacidad de llevarlos al nivel municipal es muy dispar. Además se han desarrollado mecanismos de coordinación y formación periódica para los responsables a nivel departamental y los departamentos participan en la construcción de la política (a través de Consultas regionales). Cuentan con autonomía en el manejo de los recursos destinados a la salud y con personas asignadas al área de prevención y RDD (la cantidad y calidad de los recursos es también dispar).

En enero de 2013, se conformó la Comisión Asesora de Políticas de Drogas, que ha supuesto un avance muy relevante en la concepción del problema como un asunto de derechos humanos.

En 2003 se establece en el **Ecuador** la lucha contra la droga como política permanente de Estado y se determina normativamente que el país debe contar con un Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas. El Plan es elaborado por el CONSEP para el período 2004–2008 y es de carácter multisectorial. A su finalización, surge un nuevo PND innovador, en un nuevo marco institucional del Estado y responde a principios y realidades nacionales e internacionales diferentes. En esta estrategia se establece como una prioridad el Programa de **Reducción de la Demanda de Drogas**. En éste consta el subprograma de **Descentralización** de acciones a través de los organismos locales como una estrategia que permita mayor cobertura y efectividad de estas acciones. Además, el PND 2009-2013 establece entre sus principios rectores la prevención integral y el control de drogas como los principales mecanismos para abordar esta problemática, concebida con una visión holística; el reconocimiento de que las adicciones son un problema de salud pública; la participación social como condición fundamental; la institucionalización de estas políticas teniendo en cuenta el carácter multidimensional de la problemática, etc.

La primera Estrategia Nacional Contra las Drogas 2002-2006 de **Perú**, de carácter multisectorial, coincide con la constitución de DEVIDA y las primeras referencias a la descentralización aparecen en la Estrategia 2007-2011. En la actualidad está en vigor la tercera Estrategia nacional (2012-2016), en la que ha sido incluida por primera vez una referencia a trabajar de manera coordinada con la sociedad civil.

En la actual Estrategia prima la perspectiva de reducción de la producción (oferta), sobre la perspectiva de los consumidores de drogas o de prevención del consumo (demanda). El objetivo referido a RDD enfatiza la perspectiva de **prevención y factores protectores**. El enfoque de **salud pública** está presente en uno de sus objetivos específicos, referido a la atención a personas consumidoras y dependientes.

La actual estrategia 2011-2015 de **Uruguay** elaborada por la JND se construye a partir de los avances en la implementación y de los principios fundamentales ya presentes en la Estrategia Nacional anterior, 2005-2010). La perspectiva de la RDD ya se contemplaba en el periodo 2005-2010, pero adquiere un peso específico mayor en la Estrategia actual. Otros planteamientos y enfoques de la política de drogas ya se encontraban presentes en aquel momento. Por ejemplo: la perspectiva de salud pública y de derechos humanos, modelo psicosocial del fenómeno frente al modelo o enfoque ético/jurídico y las políticas criminalizadoras y la perspectiva de la reducción de daños y riesgos, tanto en las estrategias preventivas como asistenciales.

Entre sus **bases programáticas** se señalan también una serie de puntos clave, entre los que se puede resaltar el privilegio de las acciones en el ámbito local sobre las nacionales y la importancia del enfoque de gestión inherente al proceso de descentralización.

Fuente. Análisis documental y entrevistas en terreno.

1.1.2. Involucramiento en el programa de los socios nacionales (CND)

Los representantes de las CND de los países participantes en SAVIA han tenido cierta participación en el Programa, de intensidad desigual según su fase de desarrollo. Con carácter general, todas las CND participan en el seguimiento -de un modo u otro han tenido que reportar información sobre la realización de actividades- pero no todas ellas han participado en el diseño de los proyectos incluidos en el Programa SAVIA, ni lo han hecho con la misma intensidad.

El mecanismo habitual consistía en que los responsables del programa SAVIA planteaban las líneas generales de los proyectos basándose en las necesidades detectadas en fases precedentes y en su conocimiento de la materia y que, una vez confirmada la disponibilidad de financiación, las medidas a adoptar en cada país se iba concretando de manera bilateral hasta formalizar los acuerdos en un Memorandum de Entendimiento (MoU).

Colombia fue la excepción, ya que contó con alguna participación en el diseño del proyecto desde el principio debido, entre otras razones, a que era el país que contaba con mejores condiciones de partida y a que ya participaba activamente en las redes de actores multilaterales, en las que coincidía con el Administrador del Programa, lo que facilitó la discusión y la aportación de ideas. El resto de los países pudieron decidir qué actividades/productos realizar en cada momento y cómo y dónde concentrar las actividades, pero no los lineamientos generales de la intervención. En palabras del Administrador del Programa:

"Éste era un programa que tenía unos componentes regionales de acompañamiento conjunto, de colaboración, de intercambio de experiencias, de apoyo [...] entre países y luego eran proyectos específicamente nacionales, porque las características, el desarrollo, la evolución, el marco legal, territorial, administrativo, etc., y el proceso de descentralización en cada país requería un trabajo absolutamente a nivel nacional."

La participación de las CND se hace progresivamente más intensa conforme las actuaciones del Programa se hacen más micro: todos los países contaron con amplia participación en la selección de los consultores para la realización de los diagnósticos locales o en la de los departamentos o municipios en los que se intervendría.

La responsabilidad en la definición de los proyectos locales, finalmente, recae plenamente en el país (aunque tenían que ser confirmados por el responsable del proyecto en CICAD). En algunos casos, como Perú y Ecuador, el diseño de los proyectos se sustenta en el acompañamiento técnico de las oficinas desconcentradas de la CND, mientras que en los otros la definición corre a cargo de agentes locales que operan en el territorio de que se trate. Finalmente, sólo se detecta participación de las ONG y de los titulares de derechos en Colombia (apoyo a iniciativas juveniles que surgieron de organizaciones civiles) y en alguna medida también en el proyecto de Ventanilla, en Perú, todos ellos intervenciones de base comunitaria.

1.1.3. Idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de las actuaciones

Ha transcurrido más de una década desde el momento en el que se decidió focalizar SAVIA sobre los países escogidos como **beneficiarios**, pero la información recabada apunta a que la decisión de actuar en los países andinos responde a un interés explícito por parte del PND del Gobierno de España, que siempre ha mantenido una presencia activa en este programa. Según los informantes, este interés se centraba en reforzar y completar la cooperación que ya existía entre ambas partes a nivel policial y de otros aspectos operativos, debida al incremento en el tráfico de cocaína hacia España y de la emigración procedente de estos países. De este modo, la cooperación se hacía más integral y podría trabajarse otros ámbitos, fundamentalmente ligados a la prevención del consumo.

En aquel momento, CICAD estaba trabajando fundamentalmente en el área centroamericana, con objetivos similares a los que perseguiría SAVIA en relación con la mejora de la respuesta pública en el ámbito de las drogas, pero se valoró positivamente el trabajo en la región andina. Como se mostraba en la Tabla 1, este es el ámbito territorial durante el primer proyecto (Descentralización) y, formalmente, también durante el segundo (Descentralización Ampliación):

En SAVIA I el carácter andino del Programa se pierde, puesto que tanto Venezuela como Bolivia dejan de participar en él. Las razones, según todas las fuentes consultadas, responden a una mezcla de factores políticos e institucionales. En Bolivia, se reestructuró el CONALTID en 2008, con el resultado de que las actividades de prevención pasaron a una nueva dirección denominada 'Jefatura de Prevención Holística' que sólo ha finalizado un plan de prevención de manera reciente.

La pérdida de 'andinidad' es mayor con la solicitud de incorporación de Uruguay, cuya política de drogas -y en concreto de RDD- se encuentra en un momento bastante coincidente con los objetivos de SAVIA, especialmente en relación con la desconcentración de la respuesta. Además, en esos momentos Uruguay se encuentra inmerso en un incremento dramático del consumo de pasta-base, para el que no contaba con ninguna respuesta desde los territorios.

Pero los cambios siguen: en SAVIA II se prevé mantener los mismos países pero no se llegan a firmar los MoU con Colombia ni Ecuador. Las causas parecen relacionarse con diversos factores: se nos informa de que se produjo un significativo retraso en la respuesta de los países que junto al recorte experimentado en la financiación hacía inviable su participación. Sin embargo, posteriormente la propia CICAD pudo incrementar su aporte al proyecto, por lo que es improbable que las razones sean únicamente económicas. De hecho, en Colombia se afirma que el MoU se llegó a suscribir y que fue remitido a la sede de CICAD/OEA, pero que nunca recibieron respuesta. Sea como sea, la última fase de SAVIA, desde 2011, se desarrolla únicamente en Perú y Uruguay.

Para terminar, ha habido otros países que han mostrado interés en participar en sucesivas fases de SAVIA, entre los que puede citarse a Costa Rica o El Salvador. Más allá de lo que ocurra en el futuro, puede afirmarse que no queda nada de la lógica andina.

La pregunta de evaluación se refería también a la existencia en los países elegidos de **condiciones favorecedoras de un proceso de descentralización de drogas hasta el nivel municipal**. La Tabla 4 muestra que, en general, estas condiciones no se producían o que no se daban totalmente, quizá con la excepción de Colombia que, como se irá viendo a lo largo del informe, ha constituido un caso aparte. Quizá los elementos que mostraban un mayor grado de debilidad con carácter general eran la existencia de recursos humanos y económicos suficientes sobre los que construir una respuesta desconcentrada frente a la problemática del consumo de drogas.

La situación en relación con la existencia de responsables políticos sensibilizados es más homogénea y muestra una evolución positiva, aunque lenta. Si se toman como referencia las estrategias sobre drogas de cada país, se comprueba que se está produciendo una evolución hacia un enfoque basado en el paradigma de salud que le otorga más importancia a los temas de reducción de la demanda de drogas, pero no siempre los documentos programáticos reflejan la percepción real de los responsables políticos, especialmente si hacemos referencia a sucesivos niveles de gobierno.

El análisis de la información hace pensar que el Programa SAVIA pretendía, más bien, incidir en la existencia de estas condiciones favorecedoras y no tanto tomarlas como requisitos de partida para su desarrollo, a pesar de que la documentación analizada hacía pensar lo contrario. La realidad es que algo se ha avanzado en estos aspectos, como se verá en el capítulo dedicado a la evaluación de los resultados.

Tabla 4. Condiciones de partida en los países beneficiarios de SAVIA

País	Posibilidades legales descentralización	Existencia de información relevante	Recursos económicos suficientes	Recursos humanos suficientes
Bolivia	En RDD los entes departamentales tienen competencias en salud, y el tratamiento y la rehabilitación están incluidos en salud mental. La ley de la niñez y la adolescencia señala explícitamente que una función de los municipios es prevenir el consumo de alcohol y drogas, así que les dota de competencias en prevención.	El Observatorio Boliviano de Drogas se crea en 2004 y se le dota de una agenda de investigación. Posteriormente, cambian las prioridades políticas y se cierra. En la actualidad, se está conformando de nuevo el observatorio. Se le ha dotado de 6 funcionarios, que están construyendo la base de datos sobre indicadores que se han armonizado con un proyecto con la comunidad andina: 7 de reducción de oferta, 6 de RDD y 6 para desarrollo integral.	Bolivia ha recibido un apoyo presupuestal procedente de la UE por valor de € 50 mill. (más 10 mill. para asistencia técnica). En la parte dedicada a RDD, se prevé la creación de una Agencia Nacional de Prevención. Además, vía el proyecto PREDEM (UE-Comunidad Andina) desarrollan 4 proyectos en el ámbito de RDD por un valor de 650.000 US\$, (periodo 2013-2015). En ellos están involucradas 5 entidades locales y 2 ONG.	SD
Colombia	La política de drogas se encuentra plenamente descentralizada, tanto en tratamiento como en prevención del consumo. En todos los departamentos, que cuentan con las competencias en salud, se han desarrollado planes, pero la capacidad de llevarlos al nivel municipal es muy dispar. Se ha fortalecido el sistema de construcción de la política de reducción del consumo a través de mecanismos diversos que cuentan con la participación activa de las entidades territoriales a lo largo de las distintas fases de su construcción y consolidación.	El Observatorio Nacional de Drogas organiza y realiza estudios, recopila y coordina estadísticas y otra información relacionadas con las drogas. Cuenta con un presupuesto asignado y con recursos humanos adecuados (numéricamente y en términos de capacidades). El SUI ofrece un conjunto de definiciones y procedimientos que permiten obtener información continua y comparable sobre el consumo de drogas en Colombia. Por medio del SUI, las regiones del país pueden utilizar información ya existente para un análisis sobre la situación de consumo, algunas de sus consecuencias sociales y sobre lo que hacen las instituciones y la comunidad para manejar estas situaciones. El proceso de descentralización de drogas cuenta con su propia página web, en la que se recoge el proceso de descentralización y fortalecimiento de los entes locales. Un portal específico recoge el avance local y todas las herramientas de apoyo que se han creado para la implementación de la política Nacional de reducción del consumo.	En 2010 -tomado como año/tipo- el Mº de Salud invirtió en programas de Salud Mental y Drogas en torno a US\$2.6 mill (unos US\$ 2.0 mill. para reducción del consumo). El Mº de la Protección Social distribuyó alrededor un millón de dólares adicionales entre los comités departamentales para el desarrollo de proyectos de RDD. El Plan Nacional sobre Drogas, como tal, no cuenta con un presupuesto asignado. Los departamentos cuentan con recursos para salud y para programas de prevención, procedentes de transferencias del Estado central y de fuentes fiscales descentralizadas. Algunos departamentos recibían en el pasado regalías petroleras.	No en todos los municipios existe personal exclusivo para el tema de RDD pero, en todos, la responsabilidad en este tema esta asignada al menos a un funcionario. Los entes descentralizados, más pequeños o periféricos, sin embargo, cuentan en general con una baja capacidad de gestión. Se han descentralizado las responsabilidades asumidas por las distintas áreas del PND para facilitar su ejecución eficaz. Alrededor de cuarenta instituciones de orden nacional ejecutan acciones sobre drogas y cerca de veinte entidades en cada departamento del país.

País	Posibilidades legales descentralización	Existencia de información relevante	Recursos económicos suficientes	Recursos humanos suficientes
------	---	-------------------------------------	---------------------------------	------------------------------

Ecuador	<p>El PNP (2009-2012) establece entre sus prioridades estructurar un sistema equilibrado de competencias territoriales con una descentralización progresiva y ordenamiento territorial y nuevo modelo de gestión. Los municipios son referentes clave de la política de drogas, y se conformarán los “Comités Municipales de Prevención” para el diseño e implementación de proyectos.</p> <p>Hasta el año 2011, las competencias del área asistencial eran del CONSEP. Después de esa fecha, las competencias asistenciales pasaron al Ministerio de Salud Pública.</p>	<p>El Observatorio Ecuatoriano de Drogas realiza encuestas nacionales dirigidas a estudiantes, a hogares y a universitarios. Son encuestas bianuales, con metodología cualitativa y cuantitativa.</p> <p>Los datos se obtienen desagregados a nivel provincial en ciudades de más de 50.000 habitantes (hogares) o de más de 30.000 (estudiantes).</p> <p>Se prevé apoyar las ciudades con estudios de investigación a nivel más micro.</p> <p>Los datos están desagregados por sexo.</p>	<p>Los recursos de financiamiento del Plan Nacional de Prevención provienen de los presupuestos de los Ministerios que participan en el CONSEP.</p> <p>Tomando como ejemplo 2012, se destinaron a programas de prevención integral US\$9.9 mill. de inversión, US\$ 8.8 mill. a programas nacionales de atención, tratamiento y recuperación y US\$ 0.5 para reintegración social. Todo ello hace un presupuesto total de inversión de US\$ 19.3 millones, al que habría que añadir otra partida para gastos corrientes.</p>	<p>El CONSEP cuenta con 10 Direcciones Regionales que cubren todas las regiones del país y tienen a su cargo las 24 provincias. Cada Dirección Regional cuenta con técnicos de prevención, que gestionan y supervisan de 2 a 5 PAR (como media).</p> <p>Los actores involucrados para trabajar en la temática de drogas en el área asistencial no cuentan con capacidades suficientes para llevar a cabo un tratamiento en condiciones homologables. Además, tienen que salir del país para especializarse, puesto que no existe oferta formativa nacional.</p>
Perú	<p>La Ley Orgánica de Municipalidades (2003) atribuye a los Gobiernos Locales competencias y funciones específicas en el ámbito de la prevención, rehabilitación y lucha contra el consumo de drogas, a través de la promoción de “programas de prevención y rehabilitación”.</p> <p>En tratamiento y rehabilitación, el actor principal para los acuerdos es el Ministerio de Salud, responsable del Plan Nacional de Salud Mental.</p>	<p>El Observatorio Peruano de Drogas, dependiente de la Dirección de Asuntos Técnicos creado en julio de 2005 siguiendo recomendaciones de CICAD, se incluye en la estructura organizativa de DEVIDA.</p> <p>Facilita información de carácter nacional sobre el consumo de droga en estudiantes de enseñanza media y población universitaria.</p>	<p>El presupuesto de DEVIDA se ha incrementado en la última década: 50.000US\$ en 2006 / 1 mill. US\$ / 2013 (con un recorte en 2014).</p> <p>El área de prevención es la tercera y última en las prioridades presupuestarias (2014 sus 8,5 veces menos que desarrollo alternativo). En 2008, el 80% de la financiación provenía de la cooperación internacional, ahora la proporción es inversa.</p> <p>Las transferencias de competencias a los gobiernos locales no estuvieron acompañadas de transferencia de recursos económicos.</p>	<p>DEVIDA cuenta con Oficinas Zonales. Eran 3 en zonas productoras de coca a finales de los 90 dedicadas a desarrollo alternativo. En 2007, pasó a 7 oficinas desconcentradas, todas ya con especialistas en prevención, manteniendo el mismo número hasta 2014 para un total de 26 Departamentos en el país.</p> <p>Los/as especialistas están formados en prevención, con carencias en el área asistencial. No existe ningún postgrado formativo en materia de drogodependencias.</p>
Uruguay	<p>Se cuenta con un mandato normativo de desconcentración a las Juntas Departamentales de Drogas en el ámbito de la RDD, en relación con la implementación de las actuaciones, pero no de definición de políticas departamentales.</p> <p>Los gobiernos departamentales –uno de los integrantes de las JDD- representan un nivel de gobierno independiente que cuenta con todas las competencias en su territorio.</p>	<p>El OUD está integrado en la JND y proporciona información sobre el consumo de drogas: datos epidemiológicos (frecuencia y prevalencia), edades de inicio en diferentes sustancias, usos problemáticos, indicadores de control de oferta, tratamiento, etc. La desagregación por sexo está en sus inicios.</p> <p>Periodicidad: encuesta a hogares (4/5 años), encuesta a estudiantes (cada 2 años).</p> <p>Se realizan también investigaciones específicas puntuales. En general, los datos no son representativos a nivel departamental.</p>	<p>Las JDD no cuentan con presupuesto asignado, sino que se alimentan de los recursos que aportan cada una de las instituciones que las componen (habitualmente en especie).</p> <p>No se contaba con recursos económicos adicionales que pudieran ser utilizados directamente por las JDD.</p> <p>Tampoco se cuenta con recursos de la cooperación internacional, o no se hace de manera significativa.</p>	<p>Las JDD no cuentan con personal asignado, sino que dependen de la aportación en tiempo de los y las representantes de las instituciones que las componen.</p> <p>La JND, por su parte, cuenta con un equipo cualificado en los diferentes ámbitos de la RDD. Existe una unidad específica dedicada a apoyar los procesos de descentralización (más bien desconcentración), compuesta por 1-2 personas, según el momento.</p>

Fuente. Análisis documental y entrevistas.

La idoneidad de la focalización no se refería sólo a los países beneficiarios, sino también a las sucesivas decisiones sobre los **municipios sobre los que se intervino** y sobre los actores involucrados. Respecto al primer aspecto, la selección respondió a criterios específicos de las circunstancias de cada país (Tabla 5) lo que se considera adecuado de cara a incrementar la pertinencia de las actuaciones. Sin embargo, la valoración de los representantes de los países no es unánimemente positiva: Uruguay, por ejemplo, considera que debería haber focalizado sus actuaciones en un menor número de departamentos, mientras que Perú cambia de estrategia a mitad de Programa y decide concentrar todos los esfuerzos en un único lugar. Desde el punto de vista del equipo evaluador, la existencia de casos diversos le da mayor potencia al Programa, ya que permite la comparación de las experiencias y el aprendizaje derivado de las conclusiones, tarea que no parece haberse realizado aún.

Tabla 5. Criterios para la selección de los municipios/departamentos en los que se intervino

País	Criterios utilizados
Bolivia	Se seleccionaron municipios donde existiese producción de hoja de coca -ya que se vinculaba ésta con la posibilidad de que existiese producción de cocaína y, por tanto, mayor vulnerabilidad- y que se correspondiesen a ciudades intermedias y fronterizas, en zonas de tráfico.
Colombia	Se abrió un concurso para seleccionar proyectos presentados por las organizaciones de la sociedad civil, que fuesen reconocidas en la política de reducción del consumo nacional como la base de la estrategia de acción local. No hubo un criterio de selección de municipios sino de proyectos.
Ecuador	La selección de los cantones donde se intervino corrió a cargo del CONSEP. Se priorizaron aquéllos que siempre habían mostrado interés por trabajar en prevención y habían estado al margen de propuestas preventivas.
Perú	Se seleccionaron municipios de zonas de producción de coca, donde existiesen oficinas zonales de DEVIDA con un especialista en prevención. Posteriormente se decidió apoyar una sola iniciativa en un asentamiento humano de un municipio de la zona metropolitana de capital que realizaba ya actuaciones con un incipiente equipo de especialistas y contaba con apoyo de la autoridad local.
Uruguay	No se realizó una selección de departamentos en los que actuar, ya que se decidió actuar en todas las JDD que se encontraban constituidas en aquel momento.

Fuente. Análisis documental y entrevistas.

La selección de los **actores involucrados** también corre a cargo de las contrapartes nacionales de los proyectos, quienes optan por la selección competitiva (Colombia), por la selección directa (Ecuador y Perú), por fórmulas mixtas (Bolivia) o por la decisión a cargo de las estructuras territoriales (Uruguay). En todos los casos el objetivo vuelve a ser adaptarse a las especiales condiciones de cada uno de los países y eso, independientemente de cuál haya sido el resultado, resulta positivo en términos de su ajuste a las necesidades y del refuerzo de su pertinencia.

Para terminar, el programa mencionaba la necesidad de focalizar las actuaciones en áreas diferentes a las capitales y áreas metropolitanas. No ha sido posible recoger información contrastada para hacer un análisis cuantitativo. Cualitativamente, sin embargo, se considera que este criterio se ha cumplido moderadamente, ya que la concentración de financiación y actividad en las ciudades capitales puede considerarse discreta⁵, aunque sí que se produce algo más de presencia en los casos en los que casi puede hablarse de países-capitales (como Uruguay, donde el distrito-capital concentra el 40% de la población del país, según datos INE2011). Con todo, sí se ha detectado una cierta voluntad de trabajar en lugares donde no se había trabajado previamente o donde se había hecho de manera muy moderada.

⁵ El caso de Perú puede ser una excepción, al menos parcial, ya que un 40% de los diagnósticos se realizaron en el área metropolitana de Lima y el más relevante de los proyectos locales apoyados se encuentra también en esta área. El área metropolitana de Lima representa el 31,3% de la población total de Perú (INEI, 2013).

1.2. Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN (Coherencia interna)

1.2.1. Idoneidad de las estrategias previstas para abordar las causas principales de las problemáticas identificadas⁶

El diseño del programa SAVIA se articuló en torno a **seis estrategias** que estuvieron más o menos presentes en los proyectos que se desarrollaron a lo largo de su prolongada vida. Las estrategias fueron las siguientes:

- Estrategia 1. Fortalecer capacidades del órgano rector
- Estrategia 2. Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil
- Estrategia 3. Fortalecer capacidades en los municipios (capacitación a profesionales, unidades e instrumentos institucionales de política de drogas: diagnósticos, planes, etc.)
- Estrategia 4. Garantizar vías de financiación para políticas y programas municipales
- Estrategia 5. Puesta en marcha de proyectos locales
- Estrategia 6. Intercambio regional

Atendiendo al mayor o menor énfasis prestado a estas estrategias en SAVIA pueden diferenciarse **dos grandes etapas**.

La **primera etapa** comprende los proyectos Descentralización 2003-2005 y Descentralización Ampliación 2005-2007, volcados en el fortalecimiento de las unidades centrales (CND) para acompañar el proceso de descentralización y en la generación o consolidación de capacidades y condiciones en los municipios para coordinar, financiar e implementar políticas de drogas a nivel local (estrategias 1 a 4). El segundo de los proyectos, en realidad, se centra más en la actuación local abandonando la primera de las estrategias, lo que implicaba asumir la premisa de que la CND ya se encontraba suficiente fortalecida.

Con el proyecto SAVIA Fase I da comienzo una **segunda etapa**. Según las fuentes consultadas, la justificación radica en el interés de la DGPND por visibilizar actuaciones y resultados de ámbito local y, en cierto sentido, actuar para la población destinataria última. De ahí el giro del programa en potenciar la cofinanciación de proyectos piloto locales demostrativos, que se había experimentado con Bolivia en la etapa anterior (estrategia 5)⁷. Por su parte, la Fase II del Proyecto SAVIA, pone aún más el acento en la estrategia de apoyo a proyectos locales y refuerza la de fortalecimiento de capacidades.

La estrategia 6, de ámbito regional, se ha encontrado presente en todos los proyectos pero ha ido evolucionando en su ambición y medidas, pasando del propósito inicial de conformar una red andina de municipios para el intercambio de experiencias y mejores prácticas a conformarse posteriormente como un espacio de coordinación de la marcha del programa, para adoptar la forma de un espacio de intercambio de experiencias y mejores prácticas en la segunda etapa.

En términos de la idoneidad de estas estrategias, SAVIA sostenía que existía un “alejamiento de la ejecución de las políticas de drogas del ámbito más cercano a los ciudadanos” y reivindicaba el

⁶ Para mayor detalle, consúltense los Anexos 12 y 13.

⁷ Este es el momento en el que se incorpora Uruguay, lo que supone que **sólo en las actuaciones realizadas en este país** el proyecto asumió algunas de las estrategias precedentes: fortalecer el área de descentralización de la JND uruguaya y disponer de información que caracterizase el consumo de drogas en el ámbito local (Estrategia 1) o fortalecer las estructuras municipales para el diseño y ejecución de la política local sobre drogas (Estrategia 3).

papel fundamental de los municipios en “los aspectos relativos a la promoción de la salud, la prevención, la integración social, la limitación de la oferta y la coordinación de las intervenciones a escala local”.

Bajo tal premisa, SAVIA no ocultó que “el caso español ha supuesto siempre un **modelo de referencia** [...] en lo que se refiere a la descentralización de las políticas de drogas. En el caso español, las competencias están distribuidas entre la administración central, la autonómica o regional, la provincial y la local, permitiéndose espacios de participación a ONG y otras entidades sociales. Los municipios han jugado en España un papel muy importante en la generación de respuestas institucionales adecuadas para enfrentar el fenómeno de las drogodependencias”.

La hipótesis en la que descansa tal apuesta es que los municipios “aportan la disponibilidad de una red de servicios próximos y accesibles, ofreciendo un entorno adecuado para ordenar la vida comunitaria, detectar y tratar los distintos problemas sociales y para facilitar la cooperación entre los distintos actores sociales locales”. En realidad, aunque SAVIA trató de crear las condiciones para incrementar el papel de los municipios ante la problemática de la RDD (diagnósticos, comités de coordinación, formación, etc.) hubo de enfrentarse a una casi inexistente red de servicios y, en la mayoría de los municipios tuvo que limitarse a actuar en el ámbito de los proyectos y campañas puntuales, sin abordar aspectos relativos al tratamiento o la integración social, por ejemplo.

En consecuencia, las **estrategias de SAVIA se dirigían a actuar**, con mayor o menor énfasis, **en la mayoría de los frentes derivados de la problemática** identificada: tratando de hacer de la política de drogas una política multisectorial, reforzando capacidades a nivel central y local, movilizándolo vías de financiación estables, poniendo en marcha proyectos de actuación en el ámbito local, etc.⁸ Sin embargo, si bien la mayoría de estrategias eran adecuadas al abanico de problemas que caracterizaba las políticas de RDD en los países andinos, SAVIA **no dimensionó** dos elementos fundamentales: i) su capacidad de influencia, representada por los medios que sostenían en la práctica tales estrategias, muy limitados en varios de los casos; y ii) la diversidad de condiciones de partida y las realidades en cada país.

Respecto del primero de estos aspectos (i) SAVIA no tuvo la capacidad de influir en algunas de las problemáticas, bien porque ninguna de sus estrategias las abordó de manera nítida, bien por un problema de insuficiencia de recursos o de ajuste de sus actividades y productos. Entre las cuestiones que quedaron fuera del ámbito de SAVIA pueden citarse, entre otras, la distribución y el manejo de los presupuestos a nivel central y la ausencia de acuerdos estables de transferencias presupuestarias desde el nivel central del Estado; unas estrategias nacionales que no incorporaban criterios de descentralización o el fortalecimiento de las CND en su nivel político (su jerarquía en la Administración) y en sus dotaciones de recursos humanos.

En lo que se refiere a la diversidad de las realidades de cada país que intervenía en SAVIA (ii), sus condiciones nacionales en términos de estructuras existentes, recursos o marco legal y administrativo que define el modelo de Estado (centralizado/descentralizado) actuaban a modo de aceleradores o freno en el propósito final de municipalización de las políticas de drogas y tienen mucho que ver con la capacidad de penetración de las estrategias de SAVIA:

- Colombia, por ejemplo, contaba con unas mejores condiciones de partida: una capacidad de actuación de la CND en todo el territorio nacional, existencia de instancias de coordinación a nivel regional y municipal ya operativas, labrada experiencia en actuaciones a nivel descentralizado, visión integral de la actuación en RDD, etc.

⁸ Un resumen de la problemática que SAVIA decía enfrentar se recoge en la Tabla 1 del Anexo 13.

- En otros países, como Perú y Ecuador, SAVIA había previsto estrategias adecuadas a un buen grupo de problemas, pero aquellos en los que no pudo influir pasaron a engrosar el conjunto de factores contextuales de orden político y estructural que, en cierta medida, impidieron avanzar hacia la mejora de la cobertura y calidad de los servicios y programas de RDD, el propósito de SAVIA. Entre los factores más severos estarían: a) un política estatal (centralista), con un fuerte control sobre los recursos y su transferencia efectiva a los municipios, a contracorriente de la decisión de SAVIA de dar mayor peso político y de ejecución a las autoridades locales; b) la ausencia de una estructura desconcentrada de la CND que permitiese acompañar las actuaciones a nivel municipal; o c) un estadio de la actuación en RDD todavía apegado a la prevención universal y sin, por otro lado, contar con un sistema de salud con la cobertura adecuada con el que coordinar potenciales actuaciones en consumos problemáticos y tratamiento, ni mucho menos rehabilitación e integración social.
- Por su parte, en Uruguay el marco programático estaba muy avanzado y la política otorgaba gran relevancia a la RDD en el ámbito departamental. Además, existía una estructura de intervención a este nivel departamental, aunque aún en un estado de gran debilidad y con ausencia de recursos regulares propios o ajenos.

Además SAVIA **no mantuvo suficientemente la actuación en el tiempo** en algunas de sus estrategias iniciales como para poder asentar los cambios a los que apuntaban. El programa no sostuvo un impulso proporcional a la envergadura de los cambios marcados en sus objetivos, máxime si estos eran de naturaleza política e institucional, relacionados con la generación de capacidades locales, la integración de instrumentos en la agenda y práctica municipal, etc. La consistencia de tales estrategias pasaría por a) actuar en el país de manera continuada a lo largo de las distintas etapas y años del programa, b) asentar unas estrategias en los avances de las anteriores y c) concatenar actuaciones en los mismos municipios. Sin embargo, el comportamiento del programa a tales efectos fue el siguiente:

- a) **Actuar en el país de manera continuada.** Ya se ha comentado la ‘entrada’ y ‘salida’ de países a lo largo del programa, pero además en todos los casos y por distintas razones, se produjeron parones de entre 1 y 2 años en la participación de varios países en el paso de un proyecto a otro.
- b) **Asentar unas estrategias en el avance y consolidación de las anteriores.** El paso del proyecto de Descentralización 2005-2007 al proyecto SAVIA Fase I 2007-2009 supuso un salto hacia adelante en las estrategias de actuación, ya que el apoyo a proyectos locales pasó a ser la piedra angular de SAVIA. Pero solo podría avanzarse en este segundo proyecto en la medida en que los objetivos planteados en el primero estuvieran consolidados en los países. Sin embargo, algunos de estos objetivos no eran fácilmente alcanzables en un marco temporal de 2 años, ni desde luego en la extensión geográfica que una política nacional de descentralización hubiese requerido.

A pesar del escaso éxito alcanzado no fueron retomados para el diseño de la segunda etapa de SAVIA. Entre las ausencias más relevantes están todo el conjunto de objetivos que trataban de asegurar vías de financiación estables como expresión del compromiso político por parte de las distintas instancias de la Administración, compromiso que habría de materializarse en la integración de la problemática de la RDD entre las asignaciones de los presupuestos nacionales (estrategias nacionales de los Ministerios afectados), regionales (planes regionales) y municipales (planes de desarrollo local).

Por otra parte, en la segunda etapa del programa que se inicia con el proyecto SAVIA Fase I se plantea la *“prestación de asistencia técnica y financiera para el desarrollo de acciones locales en el ámbito de la RDD. Se trata de ofrecer asistencia directa a proyectos concretos canalizados a*

través de las comisiones locales de drogas ya constituidas en numerosos municipios de la región y que emanen de los ya aprobados planes municipales o regionales de drogas". Esto sólo fue posible en Colombia, que ya contaba con comisiones y planes. Es decir, el paso entre el proyecto Descentralización Ampliación y el proyecto SAVIA Fase I –o, lo que es lo mismo, de la primera a la segunda etapa- supuso una especie de fuga hacia adelante en aquellos otros países que no habían consolidado aún esta capacidad estructural de actuación para acompañar y dar coherencia a las actuaciones a nivel municipal.

- c) **Concatenar actuaciones en los mismos municipios.** Por último, no en todos los casos SAVIA fue capaz de respetar la concatenación de pasos que había previsto, en el ámbito de actuación municipal. El diseño marcaba una estrategia coherente de actuación (diagnósticos situacionales, conformación de comités de coordinación, elaboración de planes...) pero no se pudo garantizar que la secuencia se aplicase del modo previsto en todos los casos.

En resumen, si bien las estrategias definidas fueron adecuadas, su aplicación les restó relevancia y, en la práctica, disminuyó su capacidad de influencia sobre parte de los problemas que habían sido identificados.⁹

1.2.2. Adecuación técnica de la teoría de cambio o cadena de resultados de los proyectos

Este apartado es una síntesis que destaca los aspectos más relevantes del análisis que se ha incluido como Anexo 15 de este documento, en el que se comenta el diseño que adoptaron los diferentes proyectos del programa SAVIA en términos de planificación.

En términos de diseño, se han detectado varias **incoherencias** en los diferentes proyectos en términos de **linealidad de su cadena de resultados**. En concreto, se pueden resaltar:

Proyecto Descentralización 2003-2005. La lógica de intervención del proyecto no casa bien con el Marco Lógico: el proyecto se define en torno a dos Propósitos, y no en torno a uno solo, tal y como recomienda el Marco Lógico. Tampoco acierta a definir un objetivo superior (Fin) a los dos establecidos.

Proyecto Descentralización Ampliación 2005-2007. El proyecto **no presenta una lógica de intervención, sino varias** y de distinto carácter: una global para el conjunto de países, y seis para los países de intervención (una por país).

- **Planificación global:** Como marco a la planificación en cada país, en el documento de proyecto se establece un Objetivo principal (Propósito) y 6 Objetivos específicos (Productos). Al analizar la correspondencia entre tales Productos y las actuaciones en cada uno de los seis países, se comprueba que **existen Productos de esta planificación global que no tienen prevista acciones en los países.**
- **Planificación por país:** La lógica de intervención de cada proyecto-país fija **varios Propósitos**, y el método de planificación en cascada del Marco Lógico establece un único Propósito como referencia para los proyectos. Además, el nivel inferior de Productos está formulado en los mismos términos que los Propósitos, no representando adecuadamente la causalidad que provoca los cambios en el nivel superior (Propósitos).

Proyecto SAVIA Fase I 2007-2009. La matriz estaría representada por un objetivo principal (Fin), tres objetivos específicos (Propósitos), diez resultados (Productos) y acciones (Actividades) para cada uno de los Productos. La lógica de intervención del proyecto no casa bien con el Marco Lógico,

⁹ Al respecto, ver Tabla 2. Relación entre la problemática identificada, las estrategias de SAVIA y su potencial influencia (Anexo 13).

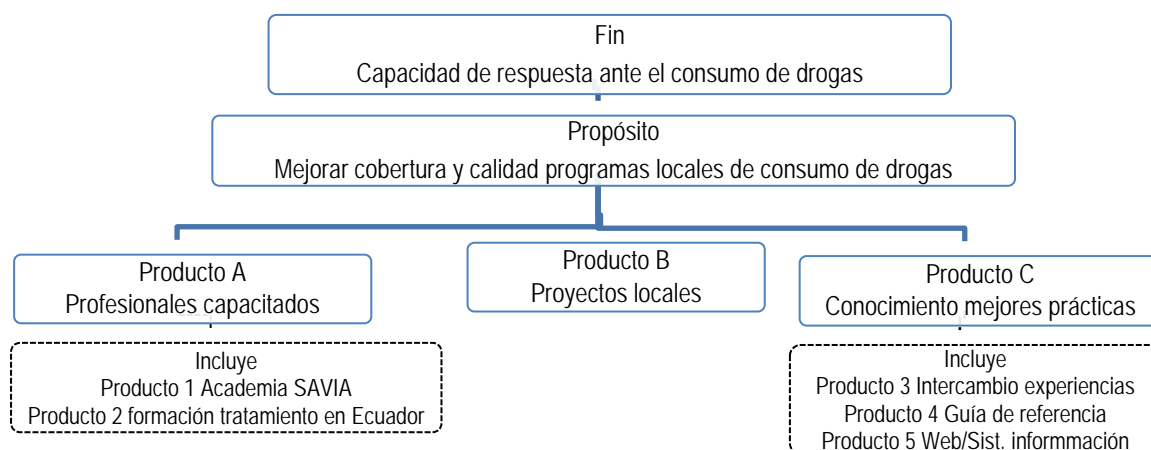
en tanto que el proyecto es el resultado de la **combinación de dos intervenciones** de distinto alcance y con finalidades distintas:

- Una *intervención regional* con su propia lógica y a través de la cual la cofinanciación de proyectos piloto y la mejora del nivel técnico del personal de programas conduciría un Propósito, por otra parte, no planteado.
- Una segunda *intervención de carácter nacional* (específica para Uruguay) que operaría de manera individual con su propio objetivo específico (Propósito) y resultados esperados (Productos).

Proyecto SAVIA Fase II 2011-2013. Es el único que se acomoda al esquema del Marco Lógico: Fin (1), Propósito (1), Productos (6) y Actividades para cada uno de los Productos. **Su robustez está cuestionada** si se presta atención al grado en el que se interrelacionan los Productos. Es decir, ¿en qué medida los profesionales capacitados por cada CND de cada país (Producto 1) interactúan con los proyectos locales (Producto 2), conocen y manejan la Guía de referencia (Producto 3), acuden a seminarios regionales y participan en pasantías, adquiriendo conocimiento de mejores prácticas (Producto 4), consultan y manejan los recursos de la página Web (Producto 5)? Si no se acumulan beneficios en el mismo público meta, es difícil que se generen capacidades para provocar los cambios previstos en el Propósito. Desde esa perspectiva, parece evidente que:

- La relación más estrecha para garantizar algún efecto en el Propósito debería darse entre los Productos 1, 5 y en lo posible también el 2. Es decir, que **la mayoría del grupo de beneficiario debería ser el mismo**, además de garantizar que tales actores beneficiarios manejan el resto de recursos instrumentales (Productos 3 y 5).
- Por su parte, el Producto 5 es instrumental (una actividad) y podría ser parte de cualquiera de los recursos de formación o combinarse con la Guía de referencia, otro recurso disponible para los actores también instrumental. Por su parte, este Producto 5 no aparece vinculado al presupuesto (aporte AECID o aporte OEA/CICAD).
- También el Producto 6 está descolgado y, en todo caso, debería integrarse en el R1 (si bien trata una temática específica, el tratamiento, y está previsto para un solo país). En todo caso, fue posteriormente eliminado del proyecto.

En consecuencia, hay que resaltar el débil vínculo de la guía referencial en políticas de integración social y drogas con el resto de productos y el propósito final de SAVIA II, lo que afecta también a la dedicación de recursos a este componente (seminarios internacionales, encuentros del grupo de expertos). La resultante estaría representada por la siguiente gráfica:



1.3. Dimensión: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN (EFICIENCIA)

1.3.1. Calidad de la ejecución técnica

En este apartado se comenta el modelo de ejecución del programa y las dificultades que afrontó. Por último, se valora brevemente el sistema de seguimiento implementado y su utilidad de cara la eficiencia de la ejecución.

El **modelo de gestión de SAVIA** comprende tres niveles de ejecución (regional, nacional y sub-nacional) que, ramificándose, conllevan acuerdos entre distintos actores: entre CICAD y cada una de las CND en los países; y entre éstas y los respectivos municipios receptores de fondos para la cofinanciación de los proyectos locales.

Bajo este esquema, el Programa SAVIA tuvo dificultades para iniciar su ejecución con cierta normalidad debido a las negociaciones para concretar los **acuerdos con las CND** en los países. Así, durante su etapa de lanzamiento en 2003-2005 se produjeron retrasos importantes debido a que las CND se demoraban en ofrecer los elementos y las garantías suficientes para iniciar el trabajo sobre el terreno, fundamentalmente, la existencia de un equipo mínimo de trabajo en el seno de cada CND encargado de la coordinación y la ejecución de acciones en el país. Una vez que estos equipos fueron identificados, persistieron dificultades en casi todos los países dado que, como era de prever, no se trataba de personal a tiempo completo para el desarrollo del programa. Contar con tal hipótesis de trabajo no fue una suposición inicial muy realista¹⁰, máxime si tomamos en cuenta el peso de SAVIA en el plan de trabajo de las CND, o el peso financiero de esta cooperación particular de CICAD-AECID comparada con otras cooperaciones internacionales.

Un elemento añadido que en ocasiones detenía la ejecución en algún país (por ejemplo, Colombia 2004, o Ecuador 2009-2010) era el **relevo político** en los Gobiernos, Ministerios, Vice-ministerios y CND. En algunos casos tenían que volver a establecerse contactos con los nuevos responsables para comprometer su voluntad política con los objetivos de cada proyecto en particular, tareas que consumían buena parte de la dedicación de la administración de SAVIA.

Por otro lado, los informes de ejecución reconocen la dificultad para trabajar con entidades que podrían haber facilitado en gran medida el **enlace con los gobiernos regionales y locales**: las asociaciones de municipios, regiones, alcaldes o gobernadores. El alto grado de politización de dichas entidades en unos casos y su poca capacidad en otros impidió poner en marcha mecanismos de colaboración con estos interesantes socios potenciales.

Además, en una primera fase Venezuela, al igual que Colombia y que, en cierto modo, Perú, hubo de centrar su estrategia de descentralización en las **entidades territoriales intermedias**, los Estados/Regiones, postergando para una fase posterior las actuaciones estatales hacia la municipalización de las políticas de drogas. Uruguay se mantiene en esa fase, dado que el tercer nivel de gobierno es de muy reciente creación.

Todos los elementos anteriores, remiten a **deficiencias en el proceso de identificación del proyecto** relacionadas con el análisis de los contextos político-institucionales de cada país para detectar los más que ciertos riesgos que entrañaba la ejecución de un programa que descansaba, en buena medida, en la voluntad política y estratégica de las autoridades de las CND y su sensibilidad hacia la municipalización de la RDD. Un programa que trataba además de adentrarse en el nivel sub-nacional de su competencia, **a través de ellas e insertándose en su plan**

¹⁰ Por otro lado, tampoco acorde a los principios de la Agenda de la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, acuerdos internacionales establecidos por aquella época en la Declaración de París (2005) y que, entre otras cosas, comprometían a las agencias donantes internacionales a no generar estructuras paralelas de gestión en sus países socio.

institucional de trabajo. Tal análisis tendría que haber conducido a alcanzar acuerdos previos más sólidos con las CND, más allá de las negociaciones que se producían con los representantes en los talleres regionales.

El escenario anterior, es decir, un modelo complejo de gestión con múltiples actores con los que adquirir y sostener compromisos, un proceso de identificación débil en que no llegan a formalizarse acuerdos previos, sino *a posteriori*, junto con los riesgos propios de un programa de esta naturaleza y sensibilidad política, condujeron a **algunas dificultades en la ejecución**, que se han resumido en el Cuadro de texto 2 de la página siguiente, organizado según las etapas de ejecución de SAVIA y en el que no están presentes Colombia ni Uruguay, ya que en estos dos casos no se produjeron este tipo de dificultades.

La consecuencia principal de las dificultades mencionadas, más allá de las salidas de los países, fue que se produjeron importantes retrasos en la ejecución de los proyectos. Sin embargo, durante el programa SAVIA se asumía con naturalidad que las actividades pendientes de ejecutar en algunos países pasasen a formar parte del plan de trabajo del siguiente proyecto, sin considerarlo un problema que requiriese tratamiento.

Para terminar, una mención al **sistema de seguimiento utilizado**. La administración del programa SAVIA hizo descansar sus procesos de seguimiento en ejercicios de distinto carácter. Uno eran los **reportes periódicos** sobre las actividades establecidos en los Memorandos de Entendimiento; reportes que, en todo caso, no eran recibidos con regularidad y de forma sistemática en CICAD. Otra vía para el seguimiento del programa eran las **misiones de coordinación** a los países, que tenían varios propósitos, uno de ellos el del seguimiento de los compromisos acordados por la CND de cada país.

Adicionalmente, en el marco de los talleres andinos se realizaron sesiones de seguimiento y evaluación de las acciones llevadas a cabo por el proyecto *“a través de presentaciones por parte de los delegados de los países participantes, análisis de cuadros FODA y otras herramientas de diagnóstico”*.

El proceso de seguimiento y evaluación se complementaría con la distribución ocasional a las CND de un formulario de evaluación y seguimiento elaborado por la administración del proyecto. En dicho formulario se hacía balance de todos los aspectos relacionados con la implementación del proyecto.

La evaluación no ha podido analizar tales documentos y no puede pronunciarse al respecto. Lo que sí es revelador del carácter del seguimiento del programa SAVIA anterior a 2008, es que CICAD no estuvo en condiciones de proveer de documentación acerca de la gestión interna del programa anterior a esa fecha, más allá de los seminarios internacionales celebrados y los formularios e informes finales de los proyectos. Por el contrario, se ha facilitado puntual y detallada información de los proyectos gestionados a partir de entonces, SAVIA Fases I y II.

Cuadro de texto 2. Dificultades durante la ejecución

Etapa 1. Periodo 2003-2008	Etapa 2. Periodo 2009 hasta la fecha de la evaluación
<p>Bolivia. Envió al I Taller Regional Andino (diciembre de 2003), una delegación que programó el desarrollo del proyecto en el país. Debido los cambios políticos e institucionales, no se pudo cerrar un programa de ejecución hasta el II Taller, un año después. Por otra parte, el CONALTID nunca pudo ofrecer garantías de la existencia y dedicación de un equipo humano suficiente para coordinar la ejecución del proyecto. Bolivia estará formalmente en la siguiente etapa de SAVIA pero no avanzará en su ejecución, suspendiéndose oficialmente en febrero 2011.</p>	
<p>Ecuador. Inicialmente no se tuvo una respuesta positiva del CONSEP respecto a la contrapartida nacional en equipo humano y coordinación. No pudo ofrecer un equipo de trabajo mínimo y una planificación coherente hasta el II Taller Regional Andino (diciembre 2004), iniciándose el proyecto 14 meses después. Posteriormente, el ritmo de implementación fue lento y los últimos cambios en la dirección de los departamentos de RDD y del OED, los dos más involucrados con SAVIA, abrieron un periodo de incertidumbre respecto a la ejecución.</p>	<p>Ecuador. SAVIA estuvo parado desde mediados de 2009 hasta finales de 2010 debido al replanteamiento de su estructura institucional. La coordinación SAVIA dependía de la Unidad de Reducción de la Demanda del CONSEP. Cambió en enero de 2009 a la Unidad de Planificación de la Procuraduría General de la República. Pasó posteriormente al Ministerio de Gobierno, después al Ministerio de Justicia, para regresar de nuevo al CONSEP. Terminada la ejecución de actividades de SAVIA Fase I en octubre 2011, y a pesar de contar con un documento pre-negociado de acuerdos, Ecuador no llegó a implementar el proyecto SAVIA Fase II.</p>
<p>Perú. Tuvo dificultades para estar presente en las provincias por la falta de unidades desconcentradas de DEVIDA, algo, que, por otro lado, debía de ser conocido de antemano. En los países con una presencia continua en las zonas de intervención, la ejecución se facilitaba.</p>	<p>Perú. SAVIA no avanzó en 2009 y en la práctica no se firmaron los convenios con los 3 municipios en los que se decidió ejecutar proyectos hasta abril-julio de 2011. Hubo problemas de contrapartida de fondos en los dos niveles del <i>modelo de gestión</i> de SAVIA: Nivel referente al Acuerdo CICAD-CND. La no aprobación del presupuesto de su Plan de Impacto Rápido 2009 y, por ende, de los fondos nacionales de contrapartida, impidió disponer de la contrapartida nacional que requería SAVIA. En el nivel relativo a los Acuerdos CND-Municipios. Se consignaron los fondos de transferencia a los gobiernos regionales durante 2010 y se inició entonces la identificación de municipios y negociación de acuerdos. Entre abril y julio de 2011 se firmaron los convenios. Hubo un retraso considerable para la apertura de las cuentas de los proyectos en los municipios ya que la legislación peruana exige una autorización del Ministerio de Economía. En el segundo semestre de 2011 se iniciaron las actividades de los tres proyectos, a pocos meses de finalizar el periodo de ejecución del proyecto SAVIA Fase I (octubre 2011).</p>
<p>Venezuela. La ejecución encontró numerosas dificultades prácticas, provocando un retraso muy significativo en las actividades. En un primer momento fueron la falta de capacidad de la propia CONACUID. Pero lo más importante ha sido el cambio de rumbo radical dado por la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) en su estrategia de territorialización, pasando de un esquema de trabajo orientado a la descentralización de las políticas de drogas hacia las administraciones de los Estados, a un sistema de desconcentración jerárquica de la ONA a nivel territorial, primero estatal y luego municipal. Venezuela estará formalmente en la siguiente etapa de SAVIA, pero no avanzará en su ejecución, suspendiéndose oficialmente en febrero 2011</p>	

1.3.2. Calidad de la ejecución económico-financiera

La gestión financiera es heredera de las condiciones y retrasos arriba comentados acerca de la ejecución técnica de SAVIA. No ayudó a simplificar el modelo de gestión el hecho de que SAVIA, en realidad, se ejecutara en base a subvenciones anuales liberadas por AECID (ver Tabla 6).

Tabla 6. Aportaciones AECID al programa SAVIA

Año	Instrumento AECID	Importe (€)	Importe (\$US)
2003	Subvención	200.000,00	222.700,00
2004	Subvención	282.000,00	345.111,60
2005	Subvención	200.000,00	237.440,00
2006	Subvención	200.000,00	256.340,00
2007	Subvención	128.230,00	181.265,93
2008	Subvención	340.000,00	493.068,00
2009	Subvención	338.361,00	485.142,00
2010	POA	153.846,00	200.000,00
2011	POA	267.809,00	350.000,00
2012	POA	156.531,00	200.000,00
2013	Subvención	191.991,00	260.000,00
Total		2.458.768,00	3.231.067,53

Fuente. Dossier documental facilitado por AECID.

Al menos a partir de 2010, cada una de las contribuciones anuales acordadas en la Comisión mixta del FEPO eran, a su vez, liberadas en dos tandas (1ª y 2ª contribución). Ocasionalmente, la Secretaría Ejecutiva de CICAD tuvo que adelantar fondos propios para gastos de personal hasta recibir los fondos de AECID. Esto no ayudaba a dibujar un mapa de predictibilidad con base en el cual hacer proyecciones en la programación a medio plazo.

Pero en términos de predictibilidad la incidencia más grave se derivó del recorte de la Ayuda Oficial al Desarrollo española que afectaron profundamente a la AECID. En tal contexto, el procedimiento de desembolso anual, o lo que es lo mismo, la **falta de compromisos de financiación plurianual por parte de AECID**, desdibujó la capacidad de SAVIA de anticipar sus próximos pasos. Finalmente, ésta terminó por ser una de las razones que afectó la posibilidad de ultimar los acuerdos pre-negociados con Colombia y Ecuador en 2012, que derivó en su salida del programa.

A partir de entonces, paradójicamente, con solo dos países, Perú y Uruguay, más las acciones regionales, el programa ha tenido que solicitar una **“extensión de aplicación de fondos” hasta febrero de 2016** para aplicar la última anualidad concedida por AECID (US\$260.000), desechándose la alternativa de recuperar algunos componentes de los convenios pre-negociados con Colombia y Ecuador.

Respecto al **nivel de ejecución** presupuestaria en cada uno de las etapas, en general SAVIA ha tenido un buen comportamiento. La ejecución de gastos ha sido alta, a costa no obstante de prolongar en tres de los cuatro proyectos sus periodos de ejecución. En su caso, los remanentes generados en un proyecto fueron aplicados en el siguiente. Todavía en ejecución, el proyecto

SAVIA Fase II reportaba a diciembre de 2013 una ejecución del 81% (US\$559.500 sobre el total de US\$690.000 transferidos desde AECID por entonces).

Tabla 7. Porcentaje de ejecución de SAVIA, por proyectos (en \$US)

Proyecto	Previsto	Ejecutado	%	Remanente
Descentralización 2003-2005	567.811,60	470.535,19	83%	97.276,41
Descentraliz. Ampliación 2005-2007	675.045,93 (+97.276,41)	729.285,31	94%	43.037,03
SAVIA Fase I 2007-2009	1.072.266,00 (+43.037,03)	1.046.917,00	94%	25.349,00

Fuente. Informes finales de proyectos, III IPEP de SAVIA Fase II y MoU.

No es posible analizar la proporcionalidad de los **gastos por países** (al menos de manera global a nivel de programa), un ejercicio interesante que hubiera arrojado luz a la interpretación de los resultados en cada país en función de la inversión realizada. En todo caso, todo parece apuntar a que tales resultados dependieron más de otros factores.

En cuanto a la **proporcionalidad de los gastos por partidas o componentes** (Tabla 2, ya comentada), hasta diciembre de 2013 se estima que el 48% del presupuesto ha sido destinado a la coordinación y seguimiento del programa (incluye salarios y misiones a los países). En términos relativos y aunque se entienda también incluida la labor de asistencia técnica, esta proporción retrae de manera importante la capacidad de movilización en los países. En todo caso, es indicativo del carácter de SAVIA en la práctica que se acumule casi un tercio del presupuesto externo (27%) a cofinanciar proyectos municipales, sobre todo si tomamos en cuenta que fue un componente introducido a partir del año 2006 puntualmente en Bolivia y generalizado hacia 2008 en el resto de países.¹¹

En este equilibrio entre gastos para coordinación, seguimiento y asistencia técnica y gastos para cofinanciar proyectos locales el programa se resiente, lo que debería llevar a una reflexión acerca de cómo enfocar SAVIA a aspectos estratégicos para volcar en ellos los limitados recursos disponibles, al menos en términos comparativos con actuaciones similares.

Tabla 8. Presupuestos de las CND, por países (2006 a 2009) (en \$US)

País (CND)	2006	2007	2008	2009
Colombia (DNE)	10.830.286	14.669.773	65.143.738	91.551.229
Ecuador (CONSEP)	7.920.457	14.037.500	13.914.309	14.437.376
Perú (DEVIDA)	16.321.866	12.975.354	23.259.958	10.762.538
Uruguay (JND)	403.778	374.578	409.341	646.457

Fuente: MEM países 2007-2009

¹¹ Este porcentaje sin duda se incrementaría si tomásemos en cuenta los aportes monetarios realizados por las CND de los países y, puntualmente, alguna municipalidad. Con la información disponible, no es posible realizar este cálculo.

Por último, la cuestión económica tiene también sus efectos en la **apropiación del programa** por parte de las CND. Hemos comentado cómo, salvo en algún caso particular, SAVIA tuvo dificultades a la hora de asegurar una dedicación de las CND a su coordinación nacional. Y es que SAVIA no parecía suponer un peso suficiente como para distorsionar a su favor la dedicación de recursos humanos nacionales. SAVIA era entendido como una oportunidad estratégica, pero tomada cada CND como un todo, su volumen no era relevante en el presupuesto general de la institución. Así, SAVIA era, desde el prisma económico, más proclive a recibir el favor e implicación de los mandos intermedios y niveles técnicos, más sensibles a la oportunidad que representaba, que a conseguir, o en su caso mantener, el apoyo de las direcciones ejecutivas de las CND.

1.4. Dimensión RESULTADOS (EFICACIA)

1.4.1. ¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de producto de los proyectos que se evalúan?

Este primer bloque incluye, con carácter general, la información relativa a los resultados obtenidos en el nivel de los productos de SAVIA; es decir, aquello que el Programa proponía 'producir'. Su estructura responde, precisamente, a cada uno de esos elementos, o al menos a aquellos que acabaron siendo incluidos en la matriz de evaluación.

a) ¿Se ha fortalecido la capacidad de las CND bajo el programa¹²?

Con carácter general, puede afirmarse que **las CND** de los países que han participado en SAVIA **han fortalecido durante los últimos 10 años**: todas cuentan con un PND; en general sus recursos económicos se han incrementado de manera muy significativa y proceden en la mayor parte de los casos de los presupuestos estatales (en la medida en que esto pueda ser considerado una fuente estable de financiación); disponen de un Observatorio Nacional que proporciona información más o menos periódica sobre el fenómeno y, como mínimo, han avanzado en el desarrollo de un marco legal en la materia. Hay otros indicadores relativos a su fortalecimiento que no muestran un comportamiento tan uniforme: la mayoría cuentan con personal especializado, pero su permanencia en algunos casos está sometida a los vaivenes presupuestarios, o a los cambios políticos que se produzcan en la cúpula de las instituciones. Por otro lado no siempre existe una unidad específica dedicada al proceso de descentralización y, cuando la hay, no siempre cuentan con recursos humanos suficientes. Por otra parte, en algunas ocasiones el fortalecimiento es formal, pero no lo es tanto de manera efectiva.

Pero lo que es necesario plantearse es el papel que ha tenido **SAVIA** en este fortalecimiento de las estructuras centrales y, según las declaraciones de los y las representantes de las CND visitadas, su **incidencia es prácticamente anecdótica**, como puede apreciarse en el Cuadro de texto 3, de la página siguiente.

¹² En realidad, el fortalecimiento de las CND es lo que en la cadena de resultados recibe el nombre de '*Outcome preliminar*'. Se incluye aquí, porque ése era el tratamiento que se le daba en la matriz de evaluación.

Cuadro de texto 3. Incidencia de SAVIA en el fortalecimiento de las CND

En **Perú**, por ejemplo, tanto las estructuras rectoras, como los documentos que rigen la política de drogas del país estaban ya conformados y precedieron a la implementación de los proyectos relacionados con el Programa SAVIA, incluido el primero de ellos (2003-2005). En aquel entonces, DEVIDA acababa de ser relanzada, estaba ubicada a nivel de Presidencia de Consejo de Ministros y tenía su propia política de desconcentración a través de unas pocas oficinas zonales. En Perú, SAVIA no ha tenido ninguna influencia en la instalación y consolidación de nuevas oficinas zonales que, a día de hoy, siguen considerándose insuficientes para acompañar el trabajo a nivel regional.

Tampoco parece haber tenido SAVIA un papel relevante en la renovación y actualización de las políticas nacionales de drogas, que seguían la mecánica marcada por el planeamiento nacional. Es en la creación de ordenanzas en materia de prevención y rehabilitación a nivel de Gobiernos Regionales donde se afirma que SAVIA ha tenido un papel más relevante. Los dos proyectos de 'Descentralización' facilitaron una serie de encuentros inter-regionales (años 2005 y 2006) que, de alguna manera, permitieron poner el tema de la RDD en la agenda política regional, si bien sin llegar a la movilización de recursos.

En **Uruguay** se reconoce cierta incidencia de SAVIA en el fortalecimiento de la JND, si bien en un aspecto un tanto periférico. Se considera que, gracias a SAVIA, se han hecho conscientes de su propia capacidad para responsabilizarse de la supervisión y la valoración técnica de la calidad de los proyectos departamentales sin ser, a su vez, supervisados por los representantes de CICAD en sede. El término al que se alude es que SAVIA ha contribuido a su empoderamiento en este aspecto.

Se reconoce una clara influencia de SAVIA en favorecer y facilitar el proceso de desconcentración, que tuvo sus orígenes formales en el año 2008, y coincide en el tiempo con la llegada de SAVIA al país. Así, SAVIA vino a reforzar un proceso que ya se estaba poniendo en marcha en el país (*"vino como anillo al dedo"*).

En **Ecuador**, no se reconoce la influencia de SAVIA en la renovación de la estrategia nacional de drogas, ni en la introducción de nuevos enfoques en la política. Tampoco es evidente un fortalecimiento institucional del CONSEP, más allá del logrado por sus propios medios. Con todo, se reconoce que SAVIA *"llegó en el momento oportuno"*, en tanto que la CND estaba dando los primeros pasos para la conformación de una red nacional de prevención en la que SAVIA tuvo la oportunidad de colaborar.

Para finalizar, en **Colombia** tampoco se reconoce ninguna influencia en este aspecto. Cuando comienza la primera fase del proyecto de Descentralización, las instituciones colombianas ya se encontraban inmersas en un proceso de descentralización muy intenso en materia de drogas. Es cierto que el CNE y todas las instituciones comprometidas en este terreno se han fortalecido en los últimos años, tanto por su desarrollo institucional como por el alcance de sus políticas. Sin embargo, este avance no puede identificarse como resultado de SAVIA, sino que debería atribuirse al desarrollo de una política de estado de largo plazo. En este sentido, SAVIA se ha alineado con las necesidades del país, pero no se consideraba estratégico –y ni siquiera relevante– en términos de desarrollo institucional que, como se menciona, se habría producido con o sin la existencia de este programa.

Otra cuestión es que las personas entrevistadas, tanto en UNODC como en el Ministerio de Salud y Protección Social valoran, en sentido genérico, el respaldo político de la OEA para visibilizar la necesidad de fortalecer la política de prevención y reducción de la oferta, pero no lo relacionan necesariamente con el Programa SAVIA.

Fuente: Visitas a países

Otro aspecto muy relacionado con el fortalecimiento de las CND es la **existencia de mecanismos de coordinación de su acción** a diferentes niveles. Todas las analizadas cuentan con varios mecanismos de articulación y vertebración **institucional y sectorial**: en sus órganos centrales de gobierno la coordinación suele producirse con los Ministerios de los sectores que cuentan con alguna incidencia en términos del fenómeno de las drogas (Salud, Educación, Desarrollo Social, Trabajo..., pero también Gobernación, Defensa...) y con otros órganos con ellos relacionados (la Policía, por ejemplo). Habitualmente en este nivel no tienen presencia los representantes de otros niveles de gobierno, ya sea a nivel departamental o local, ni tampoco los representantes de la sociedad civil organizada.

La existencia de estos mecanismos, sin embargo, no presupone necesariamente su funcionamiento fluido. De hecho, se han recogido declaraciones relativas a la falta de coordinación real de diferentes instancias sectoriales de un gobierno o entre la parte orientadora y quien tiene la

responsabilidad y la competencia para materializarla, por ejemplo. Pero al menos, las instancias de coordinación de la mirada política y estratégica existen en todos los casos.

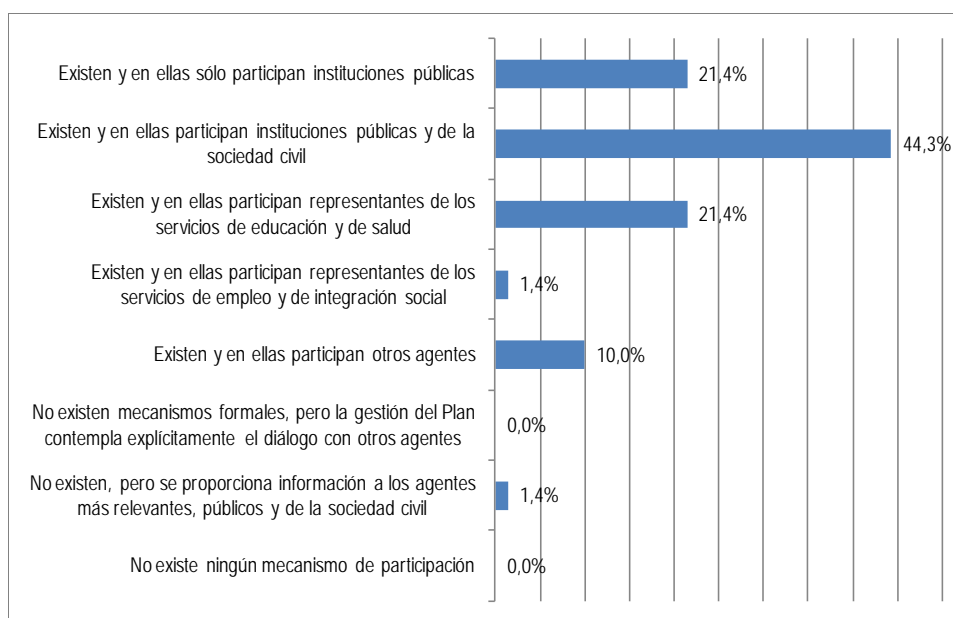
b) ¿SAVIA ha favorecido la creación y/o consolidación de estructuras locales de drogas?

En el **nivel territorial** no puede hablarse tanto de mecanismos de coordinación como de estructuras de vertebración, que son locales o departamentales según el país de que se trate. Lo que se ha encontrado en los países son unidades organizadas –y en ocasiones jerarquizadas–, encargadas de llevar la respuesta de RDD a los sucesivos niveles de gobierno (regional, departamental y local), lo que no presupone un grado determinado de coordinación. Se describen con detalle los mecanismos de vertebración existentes en las fichas-país que se incluyen entre el Anexo 8 de este informe.

Atendiendo a las informaciones recogidas en los países visitados, SAVIA ha tenido **cierta influencia en el proceso de configuración o consolidación de estas estructuras locales**, si bien es más difícil afirmar que su incidencia haya sido determinante. Por países se han recogido los testimonios incluidos en el Cuadro de texto 4, en la página siguiente.

La existencia generalizada de estas estructuras de vertebración se confirma mediante la encuesta a municipios. De todas las respuestas recibidas, casi tres cuartas partes de ellas reconocen la existencia de estructuras de coordinación y participación con presencia tanto de instituciones públicas como de la sociedad civil, lo que no descarta la participación de otros agentes. En términos sectoriales, son los servicios de educación y salud los que tienen una mayor presencia, pero en casi un 17% de los casos también participan los de empleo y los de integración social, lo que puede indicar una apertura en la manera de entender el fenómeno de las drogas.

Gráfico 1. Existencia en el municipio de alguna estructura formal de coordinación y participación entre los diferentes agentes¹³



Fuente: Encuesta a municipios

¹³ La pregunta contaba con más de una opción de respuesta, por lo que los porcentajes mostrados se refieren a la proporción real de respuesta obtenida en cada una de las opciones.

Cuadro de texto 4. SAVIA y el fortalecimiento de estructuras locales

Colombia

UNODC ejecutó un proyecto entre 1999 y 2005, dirigido a implementar el Plan Nacional de Drogas a través de su descentralización en 24 departamentos y un gran número de municipios, que serían asistidos por unidades técnicas del nivel departamental, que les apoyarían en el desarrollo de planes locales sostenibles y coherentes con las políticas y estrategias nacionales. Estas acciones constituyen la base sobre la cual actuó SAVIA y le permitieron tener una mayor incidencia, puesto que ya existía un andamiaje institucional a nivel local sobre el que actuaron los proyectos financiados.

Según información obtenida, sólo para el año 2010, el Ministerio de la Protección Social distribuyó alrededor un millón de US\$ adicionales entre los comités departamentales para el desarrollo de proyectos de RDD. Si bien es cierto que la participación de SAVIA sirvió para que otras agencias de cooperación también aportaran financiación y se apoyaran más iniciativas de la sociedad civil.

Ecuador

SAVIA en sus primeras etapas supuso un aporte importante, no tanto desde un punto de vista cuantitativo, como porque no ponía condiciones sobre el modo en que podía ser aplicado al campo de la prevención. Por otra parte, es atribuible a SAVIA la constitución de 7 Comités Locales municipales dedicados a la prevención en el consumo de drogas. Estos Comités o PAR debían estar constituidos por 5 ó 6 personas que realmente se encontrasen interesadas en el tema, aunque no tuviesen experiencia (maestros, líderes comunitarios...). Para ello fue necesario que la Unidad de Prevención de CONSEP promoviese el desarrollo de un modelo de Ordenanza Municipal, por las que los municipios se comprometían a proporcionar apoyo logístico y financiero a los Comités. El CONSEP aportaba capacitación y asistencia técnica en el proceso.

SAVIA contribuyó a estimular la creación de estos Comités y fue el detonante de su puesta en marcha. Por extensión, ha contribuido a la fortaleza de la actual Red Nacional de Prevención, aunque ya existía una estrategia de conformación de la red, cuyo objetivo era precisamente aterrizar las acciones preventivas en las localidades.

Perú

La influencia más destacada de SAVIA se produce en la secuencia de los dos proyectos de Descentralización, que supusieron un impulso a las acciones de desconcentración que DEVIDA estaba contemplando por entonces. Durante ese periodo se pusieron en marcha 13 COMUL, lo que amplió la cobertura de estos espacios de concertación en un 48%. No todos ellos han evolucionado más allá de su constitución: de hecho, de los 3 distritos municipales visitados el COMUL sólo estaba operativo en uno de ellos.

En esta etapa también se reporta que se constituyeron 8 Consejos Regionales de Lucha contra las Drogas, que en 6 regiones existe ya un Plan Regional de Prevención y Tratamiento y que en 4 se dispone de partidas presupuestarias regionales para su implementación. No está clara la influencia de SAVIA en estos avances, puesto que en los reportes finales de los primeros proyectos del Programa, se informaba también de la labor alcanzada por DEVIDA con su plan de trabajo y sus recursos, así como de las actuaciones del programa de la cooperación belga.

SAVIA sí ha podido influir en la creación de espacios de concertación, como los COMUL o Consejos Regionales, a través de la realización de 5 encuentros inter-regionales (2005 y 2006), lo que en parte habría allanado el camino para que DEVIDA incidiese en la creación de estas estructuras. En todo caso, tales efectos también se solapan con los atribuibles al apoyo directo que estaba realizando la Cooperación Belga.

Uruguay

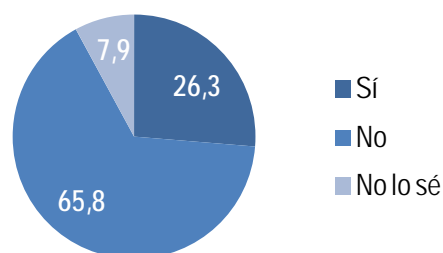
Las JDD ya existían con anterioridad, formalmente, pero no disponían de ningún tipo de recurso para poner en marcha su accionar. SAVIA aporta esos pequeños recursos iniciales que las transforma en estructuras reales y las hace visibles (*"las JDD eran como una nube que estaba en todos lados, pero no estaba en ninguno, era como virtual"*). El programa supuso una toma de contacto con la realidad de lo que se pretendía con la creación de las JDD. Eran *"ideas que se encontraban en los documentos y que el programa permitió concretar al proponer unas actuaciones concretas"*.

Según se dice, el aporte de SAVIA no fue sólo presupuestario –dado que, además, las aportaciones individuales a cada JDD eran muy modestas– sino también técnico y metodológico. Los informantes mantienen que, en ausencia de SAVIA, seguramente habrían llegado al mismo punto, pero que les permitió avanzar más rápido y mejor. Así, SAVIA actúa a modo de catalizador de numerosos elementos que estaban a punto de consolidarse y que pasaron a concretarse, permitiendo desarrollos conceptuales fundamentales y la transmisión de buenas prácticas procedentes de otros países. Finalmente, SAVIA daba la posibilidad –no siempre bien aprovechada– de sustentar la actuación sobre el territorio en un conocimiento previo del mismo mediante la realización de diagnósticos, de manera que los proyectos fuesen ajustados a las realidades locales.

Fuente: Trabajo de campo

Una vez explorada la incidencia de SAVIA en la conformación de estas estructuras o espacios de concertación territorial, cabe preguntarse por su **capacidad de actuación**. En concreto, se analizó la existencia de un 'suelo presupuestario' y su evolución, la disponibilidad de profesionales especializados en la materia y la existencia de objetivos en esta materia en el plan de desarrollo del municipio. Los resultados muestran que dos tercios de los municipios o departamentos en los que se ha trabajado **no cuentan con presupuesto estable** para intervención en drogodependencias. Desde la perspectiva contraria, un 55% de los municipios que sí que disponen de presupuesto para este fin, reconoce que ha crecido en los últimos años, lo que supondría un cierto grado de consolidación de su capacidad presupuestaria en relación con las políticas de RDD.

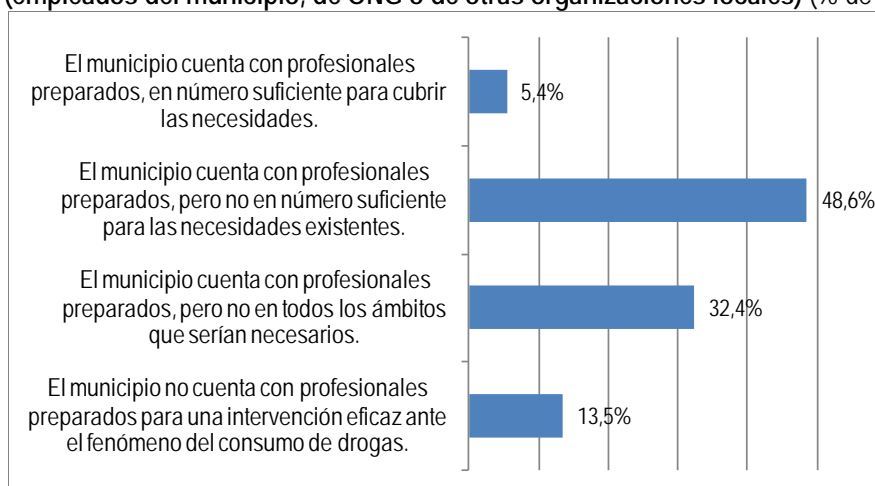
Gráfico 2. Existencia en el municipio/departamento de financiación específica para intervenir en drogodependencias



Otro factor indicativo, al menos potencialmente, de **consolidación presupuestaria**, tiene que ver con el origen de los fondos. Los resultados indican que estas entidades suelen financiar sus actuaciones de RDD con una combinación de fondos propios y de fondos provenientes del gobierno central, además de existir otras fuentes de financiación que no han sido identificadas.

En cuanto al grado en que **cuentan con recursos profesionales**, la situación media se caracteriza por la existencia de profesionales adecuados, pero no en número suficiente o no en todos los ámbitos que se requeriría. De hecho, esta variable se encuentra muy relacionada con la anterior, ya que difícilmente se puede disponer de manera más o menos estable de profesionales preparados, si no se cuenta con recursos para poder retribuirles.

Gráfico 3. Profesionales preparados para una intervención eficaz ante el fenómeno del consumo de drogas (empleados del municipio, de ONG o de otras organizaciones locales) (% de respuestas)

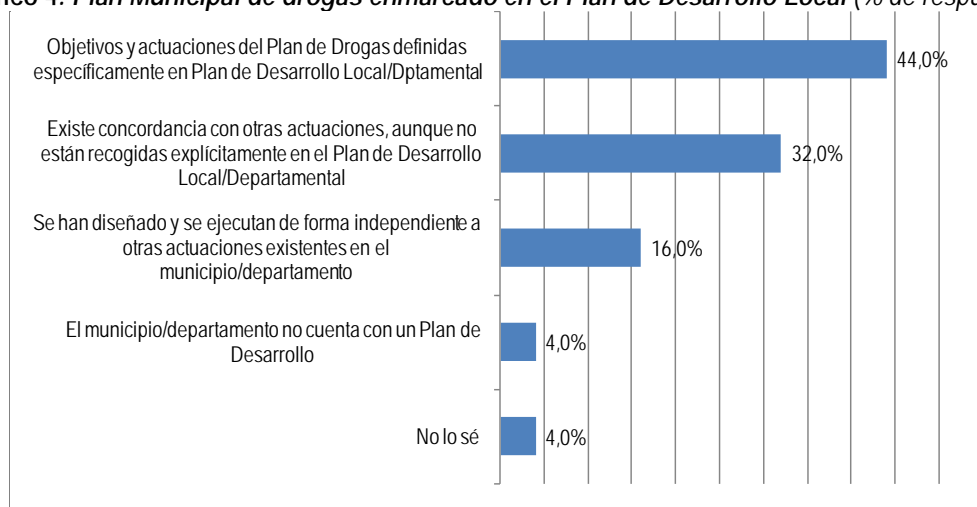


Fuente: Encuesta a municipios

Finalmente, se deseaba conocer si el presupuesto para RDD –y, sobre todo, los objetivos de RDD a él vinculados- se **encontraban incluidos en los Planes de Desarrollo** que pudieran existir a nivel municipal. La mayoría de las respuestas indican que las actuaciones de RDD se encuentran coordinadas con otras que se desarrollan en el mismo ámbito municipal o departamental, pero que sólo un

44% están integradas en el Plan de Desarrollo del territorio, lo que les dotaría, en principio de mayor sostenibilidad potencial, ya que se constituirían en un compromiso de la acción municipal.

Gráfico 4. Plan Municipal de drogas enmarcado en el Plan de Desarrollo Local (% de respuestas)



Fuente: Encuesta a municipios

Es necesario tomar estos datos con cautela, especialmente si tenemos en cuenta los resultados mostrados anteriormente. Es decir, de poco vale que los objetivos en relación con el consumo de drogas se encuentren incluidos en el Plan de Desarrollo si no cuentan con un presupuesto asignado. En realidad, según la información recogida en terreno, el único lugar donde existen fuentes estables de financiación para programas y/o servicios de nivel sub-nacional en áreas de prevención del consumo de drogas es en Colombia: de un lado, se reciben transferencias desde el Estado central (MSPS) a los entes descentralizados y, de otra, a través de las capacidades tributarias locales. Son dos fuentes que pueden considerarse estables y la última de ellas, además, es gestionada directamente por la misma institución que es responsable de estos servicios y programas.

c) ¿Se han creado y consolidado planes municipales de drogas?

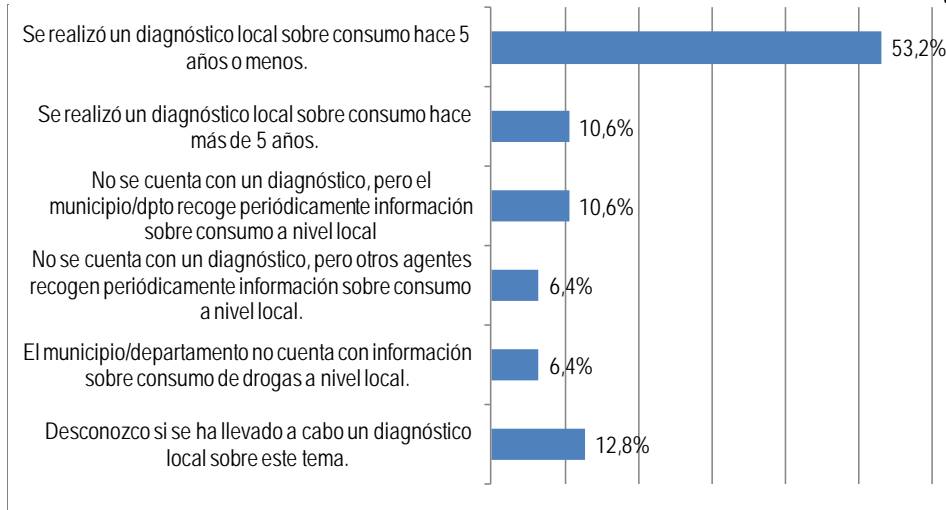
El análisis de la incidencia de SAVIA en la creación y consolidación de planes municipales de drogas pasa, en primer lugar, por conocer la base de información en la que se sustentan, lo que en el marco del Programa se concretó en la realización de diagnósticos locales que proporcionasen información sistematizada sobre las características del consumo de drogas y problemas asociados, como base para la acción posterior.

Según la encuesta realizada, la vía más frecuente de obtención de información a nivel municipal es la realización de diagnósticos específicos¹⁴, aunque parece que su actualización no se produce con la periodicidad deseable. Estos diagnósticos fueron valorados muy positivamente en los países. Se afirma que despertaron el interés por la materia, funcionando a modo de "bola de nieve", y que pusieron de manifiesto la problemática del consumo de drogas. Todo ello remitiría a un efecto de sensibilización entre la población o, al menos, entre los agentes municipales relacionados directa o indirectamente con el tema. Por otro lado, se afirma también que esta experiencia ha generado cierta demanda posterior para realizar un pequeño diagnóstico local como base para diseñar nuevas

¹⁴ En la encuesta a entidades sub-nacionales, se optó por no preguntar directamente por SAVIA, puesto que se preveía hacer un análisis comparado entre municipios con SAVIA / municipios sin SAVIA. Además, así era posible utilizar las mismas preguntas para los casos de Colombia, donde los diagnósticos locales no habían sido financiados por SAVIA.

intervenciones, lo que hablaría de una necesidad generada a través del programa. Lamentablemente, en general no se cuenta con recursos para actualizar la información de los diagnósticos realizados, lo que indica que esta nueva demanda no puede ser satisfecha.

Gráfico 5. Procedencia de la información sobre la realidad local en materia de drogas

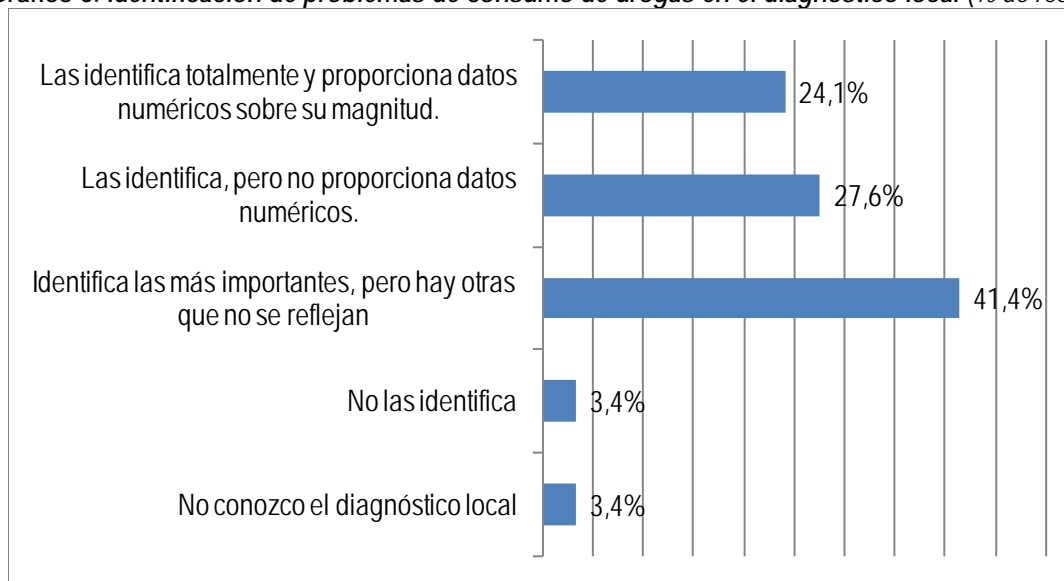


Fuente: Encuesta a municipios

Por otro lado, algo más de un 23% de las respuestas al cuestionario informan de que no se cuenta con información sistemática sobre la realidad local en materia de drogas y casi un 13% de los casos desconocían si existía un diagnóstico o no. Recuérdese que la encuesta sólo se dirigía a representantes directamente implicados en esta temática en los municipios o departamentos.

También se deseaba indagar sobre la **calidad de los diagnósticos** realizados, valorada según el tipo de información que proporcionan. Algo más de la mitad de las respuestas considera que los diagnósticos son capaces de identificar las principales problemáticas existentes en el municipio (cuenten con datos cuantitativos o no), lo que significa que casi otra mitad de las personas que contestaron, lo consideran de alguna manera insuficiente. La información no era desagregada por sexo.

Gráfico 6. Identificación de problemas de consumo de drogas en el diagnóstico local (% de resp.)



Fuente: Encuesta a municipios

El aspecto más relevante se refiere a la utilización de la información obtenida a través de los diagnósticos como base para la elaboración de planes de drogas de nivel municipal o departamental. Durante las visitas a terreno se ha tenido noticia de algunos planes de este tipo, ninguno de los cuales puede atribuirse a la labor de SAVIA y ni siquiera se puede afirmar que exista una contribución por parte del programa. Muy brevemente, la situación por países se indica en el Cuadro de texto 5. El resumen de prácticamente todos ellos es que la ejecución de SAVIA se ha 'saltado' uno de los eslabones del modelo lógico, de manera que ha pasado directamente del análisis de la realidad, representada por los diagnósticos, a la realización de proyectos locales, sin la generación de un marco previo. A estas intervenciones se refiere la próxima pregunta.

Cuadro de texto 5. Realización de planes municipales/departamentales, por países

En **Perú**, la última mención referida a este aspecto se encuentra en el informe final de la segunda etapa del proyecto de Descentralización, donde se afirma que queda pendiente el desarrollo de los planes locales de los comités multisectoriales. En los sucesivos proyectos no se vuelve a reportar ningún avance en esta materia.

En **Ecuador** se afirma que para la construcción de los planes municipales sobre drogas no bastan los diagnósticos locales realizados. La idea inicial de los municipios era elaborar un plan para 4 años, que abarcara de manera integrada la problemática del fenómeno de drogas a nivel municipal y del que desplegar proyectos específicos. Sin embargo, estos planes no llegaron a elaborarse, sino que se pasó directamente a la configuración de proyectos concretos. Las razones que se ofrecen para este hecho es la carencia de recursos humanos capacitados a nivel local. En la actualidad Quito y Guayaquil cuentan con Planes Municipales de Prevención en todas las escuelas del municipio implicadas, pero este hecho no está relacionado con la existencia de SAVIA.

Algo similar ocurre en **Uruguay**: no se han desarrollado planes departamentales. Los motivos aducidos son que constituyen una carga demasiado pesada para las JDD, que no contaban con recursos económicos ni con profesionales suficientes para poder dedicar en exclusividad a esta temática ni con capacidad técnica suficiente. Al mismo tiempo, para la confección de estos planes se requiere que se impliquen y comprometan las diferentes áreas sectoriales a nivel departamental, lo que exige un esfuerzo de negociación y concertación para la que aún no se las considera maduras.

En el caso de **Colombia** sí que existen planes de drogas en el nivel de los 32 departamentos y del distrito de Bogotá, que ya incluyeron esta temática en sus planes de desarrollo 2011-2015. Estos planes provienen del proyecto ejecutado por UNODC en el periodo 1999-2005, en el que se trabajó, entre otros elementos, la elaboración de planes departamentales y locales, que contaban con el apoyo de unidades técnicas de nivel departamental. Existen planes en todos los departamentos, pero la capacidad de llevarlos a nivel municipal es muy dispar. Estas actividades se desarrollaron de manera independiente a la existencia de SAVIA.

Bolivia, que abandonó el proyecto a la finalización de la fase de Descentralización, es el único lugar donde SAVIA llegó a financiar la realización de planes municipales. Según información recogida, se trabajó en 20 municipios a los que se aplicó la secuencia de diagnóstico-plan de implementación de RDD-desarrollo de actividades específicas financiadas por el municipio. No se ha podido constatar el número de municipios que completaron el ciclo.

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis documental y entrevistas.

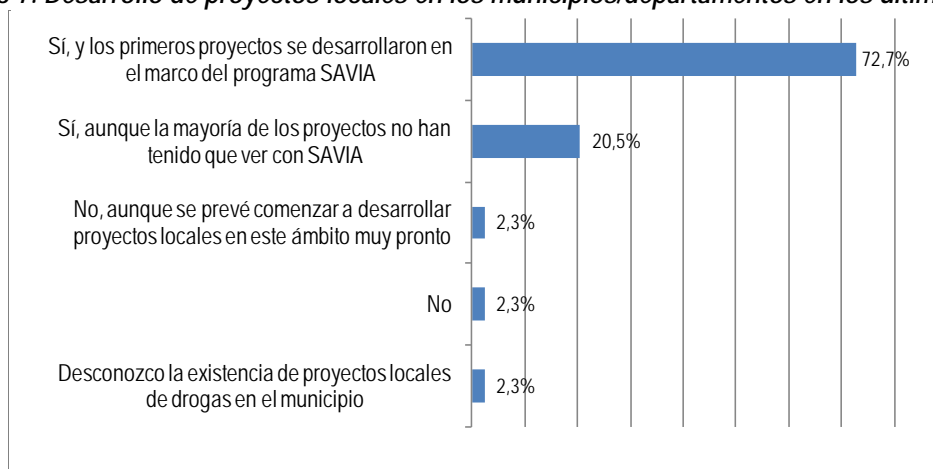
d) ¿Se logró consolidar los programas locales de drogas de los países participantes?

No se han encontrado programas locales de drogas que hayan sido puestos en marcha o fortalecidos por el Programa SAVIA. En realidad, como se decía, tras los diagnósticos se pasó directamente a la realización de proyectos de ámbito local, que contaban con más o menos alcance según diversos factores, entre los que el volumen de recursos recibido fue seguramente uno de los más relevantes. Esto significa un nuevo salto en el modelo lógico, ya que se esperaba que tras los planes locales o departamentales se formularan programas con vocación de permanencia, en cuyo marco poder llevar a cabo proyectos de carácter demostrativo.

En realidad, el concepto de SAVIA que existe en los países pasa por tres 'productos': los diagnósticos, los proyectos locales y los encuentros internacionales. Y en el día a día de las CND y de las entidades de ámbito menor, son los proyectos los que identifican más como propios. De hecho, casi en 3 de cada 4 casos los primeros proyectos locales en el ámbito del consumo de drogas han

venido de la mano de SAVIA (ver Gráfico 7). Además, según las personas encuestadas, en su formulación y desarrollo se contó con la participación de los diferentes agentes locales en el ámbito de las drogas, y en menor medida, también con otros agentes.

Gráfico 7. Desarrollo de proyectos locales en los municipios/departamentos en los últimos años



Fuente: Encuesta a municipios

Se ofrece información pormenorizada sobre los proyectos desarrollados en cada país en las fichas elaboradas a tal efecto. La propia web de SAVIA ofrece información detallada sobre ellos. Aquí, por tanto, se va a ofrecer una síntesis de lo que se llevó a cabo en cada país, para después valorar cuáles eran sus características y en qué medida se ajustaban a lo esperado.

Para ello se ha confeccionado la Tabla 9, en la página siguiente, en la que se sintetizan los requisitos que debían cumplir los proyectos locales, según la información contenida en los informes de los proyectos que componen SAVIA. De un rápido vistazo a la tabla puede observarse que **los proyectos de ninguno de los países cumplen con todos los requisitos que habían sido definidos**. Los principales elementos a considerar son los siguientes:

- Lo primero que llama la atención es el número tan diferente de proyectos desarrollados en los países: desde los 4 ó 7 de Perú y Ecuador a los 34 de Colombia. Ello se debe a que cada una de las CND estaba en capacidad de decidir la estrategia más oportuna a la hora de repartir la financiación destinada a este fin. La valoración recogida en Uruguay es que la extensión de los proyectos a todos los departamentos fue una decisión errónea ya que se dispersaron los esfuerzos, impidiendo el diseño de proyectos de largo aliento. Además, eso supuso intentar trabajar tanto con JDD que estaban sensibilizadas, que comenzaban a estar activas y que trabajaban en línea con la estrategia nacional, como con otras que no cumplían estos requisitos mínimos. Por su parte, DEVIDA en Perú decidió cambiar de estrategia a mitad de camino, concentrando todos los recursos en un único proyecto, cuando en la etapa previa había decidido repartirlos, con escaso éxito, en tres municipios del interior.
- Los proyectos no se integran ni se enmarcan en un plan local de drogas, dada su inexistencia (siendo Colombia, de nuevo, un caso particular). Cabe preguntarse si no hubiera sido más conveniente haber apoyado precisamente la elaboración de estos planes y no pasar directamente al desarrollo de proyectos de intervención.

Tabla 9. Algunas características de los proyectos locales desarrollados en el marco de SAVIA

	Colombia	Ecuador	Perú	Uruguay
Nº de proyectos	34	7	5	25
Duración	2 años	SD	6 meses a / 2 años real (SAVIA I) 1,5 años (desde Dic. 2012 hasta la fecha, ya que el proyecto sigue vivo	6 meses (prevista)
Coherencia con políticas/programas de RDD				
Avalados por la CND correspondiente	Sí. Las convocatorias son lanzadas por el Mº de Salud y Protección Social y por UNODC	Sí. El CONSEP es el ente seleccionador de los proyectos, elevando la propuesta a CICAD.	Sí. DEVIDA es quien selecciona los proyectos, elevando propuesta a CICAD.	Indirectamente. La JND decide financiar proyectos en todos los departamentos. La decisión última de aprobación es CICAD.
Avalados y promovidos por CLD del municipio	Sí. Constituía uno de los requisitos para poder entrar en la convocatoria.	Sí. Los CMD son conformados en los 7 proyectos como parte de las acciones. Estos proyectos se han diseñado en los PAR	No. Los COMUL son conformados en 2 de los 4 proyectos como parte de las acciones. En otro no existía y en un cuarto no se relacionó con el proyecto.	Sí. Las JDD son las responsables del diseño y la formulación de las intervenciones.
Emanan de planes locales de drogas	Sí. Era necesario que las propuestas fuesen acordes al planteamiento de la política local de RDD y que estuvieran localizadas en zonas de alto riesgo de consumo	No existen planes municipales de drogas en los que se enmarcan los proyectos locales, pero si Comités Locales y Puntos de Acción de Red.	No existen planes municipales de drogas. El plan que da cobertura a los proyectos es el POA confeccionado para identificar las actividades objeto de cofinanciación por DEVIDA y SAVIA.	No existen planes departamentales de drogas.
Participación local y cofinanciación				
Son ejecutados en coordinación con otras políticas soc. del municipio y del resto de entidades públicas y privadas participantes en los CLD.	Sí. En la convocatoria se exigía: integración o complementariedad con otras experiencias, con el Plan de Desarrollo Local o la Política Pública Local sobre RDD y articulación con otras políticas sociales del municipio y/o del resto de entidades públicas que hacen parte de los comités locales de drogas. Según la evaluación de los proyectos, en algunas regiones el nivel de coordinación e interacción con la institucionalidad regional y local fue coyuntural, limitando las posibilidades de transferencia. Sin embargo, los jóvenes de las organizaciones encontraron de gran utilidad el acompañamiento recibido por el MSPS y UNODC, especialmente en aspectos asociados a la gestión.	Sí. Los CLD están participados por instancias públicas del municipio, fundamentalmente de Mº de Educación y Sanidad, privadas y ONG involucradas.	No. Los COMUL no han estado operativos en los proyectos impulsados. Paradójicamente, el proyecto de Ventanilla fue inicialmente presentado en el COMUL pero no recibió apoyo, encontrándose éste directamente en la relación existente entre el promotor del proyecto y el alcalde.	No formalmente. Aunque puede existir cierta coordinación indirecta en la medida en que en la JDD se encuentran representadas todas las instituciones que tienen una relación directa o indirecta con el ámbito de las drogas (siempre que sea una JDD con participación efectiva).

	Colombia	Ecuador	Perú	Uruguay
La CND y la entidad local (región o municipio) realizan un aporte complementario de medios materiales, técnicos y humanos que facilitan su ejecución.	La convocatoria obligaba a los proyectos a contar con recursos propios, de entidades privadas, de instituciones públicas o de instancias comunitarias, adicionales a los solicitados al concurso, para desarrollar el emprendimiento y asegurar su continuidad una vez	La financiación es triple: SAVIA, CONSEP y la Municipalidad (Sueldos, una camioneta, un local (casi 7.000 US\$ a cambio actual). La cofinanciación nacional (CONSEP) está asegurada y parece estable.	La financiación es triple: SAVIA, DEVIDA y la Municipalidad. La cofinanciación nacional (DEVIDA) está asegurada y parece estable. La cofinanciación local (Municipio) fue de alrededor del 15% de tres proyectos del interior (25.000 US\$) y del 50% en el proyecto de Ventanilla (39.000US\$), liberados por DEVIDA al Municipio con cargo a su PPPT	La financiación es triple: SAVIA (5.000 US\$), DEVIDA (5.000 US\$) y la Municipalidad (cofinanciación en especie no cuantificada). Los proyectos comienzan y terminan, así que no cabe hablar de estabilidad en la financiación.
Existe cofinanciación nacional/local suficientemente importante para que garantice su continuidad más allá del apoyo recibido del Programa SAVIA.	Si, aunque no se pudo confirmar si los proyectos beneficiarios tuvieron continuidad tras las finalización de los recursos SAVIA. Sin embargo el Ministerio de Salud y Protección social aporta recursos para proyectos locales.	La continuidad pasa más por la cofinanciación nacional (CONSEP). A nivel local, la cofinanciación está garantizada por la firma de una Ordenanza Municipal que compromete a la corporación local como forma de garantizar su continuidad con los cambios de gobierno local	La continuidad pasa más por la cofinanciación nacional (DEVIDA). A nivel local, la cofinanciación está supeditada (1) a la voluntad/sensibilidad política, y (2) a la estabilidad de los cargos electos. Sólo Ventanilla reunía las condiciones para la continuidad y el proyecto sigue ejecutándose en la actualidad.	La financiación nacional se ha mantenido mediante los ahora denominados FIL (financiación de iniciativas locales), por la misma cuantía que aportaban a los proyectos SAVIA. Sin embargo, en general los proyectos no tenían vocación de permanencia.
Calidad				
Tienen un carácter demostrativo y multiplicador.	Si, al ser proyectos emprendidos por organizaciones de jóvenes en su mayoría y provenir de su propia iniciativa. Según la evaluación una de las fortalezas fue el aprendizaje entre pares, donde reconocer el saber propio y el de otros, es valorado como estrategia pedagógica que contribuye al empoderamiento de la organización	No tienen un carácter demostrativo ni multiplicador, son experiencias preventivas débiles.	El proyecto Ventanilla parece reunir tales requisitos. Los otros tres anteriores, no.	No tienen un carácter demostrativo ni multiplicador, son experiencias preventivas débiles.
Se derivan de un diagnóstico adecuado del fenómeno de consumo de drogas en la localidad.	No se realizaron diagnósticos en el marco de SAVIA. Estos diagnósticos existían previamente. Dada la necesidad de alineación entre los proyectos y la política local, se entiende que sí derivan de este proceso	Se derivan del diagnóstico realizado en su momento, pero desde los PAR actualmente se realizan estudios ad hoc de la realidad del consumo en los municipios	El proyecto de Ventanilla incluyó un diagnóstico investigación-acción específico (ECO ²), además de una línea de base. En esta zona no se había desarrollado previamente un diagnóstico SAVIA.	Parcialmente. Las JDD en algunos casos intervinieron en zonas diferentes con lo que se trabajó sin información de base.

	Colombia	Ecuador	Perú	Uruguay
Experimentan sobre diversos modelos de intervención	Acciones de promoción, prevención, reducción del daño e integración social. Pueden clasificarse en 2 categorías: (1) Iniciativas juveniles de tipo productivo y/o socio-cultural que contribuyan a la prevención del consumo de drogas y alcohol en sus comunidades (20 emprendimientos juveniles) y (2) Proyectos de inclusión socio-laboral de personas consumidoras en procesos de tratamiento en centros de atención en drogadicción (5 proyectos).	Los 7 proyectos son de Prevención Universal, basados en la estrategia de generación de alternativas de ocio saludable combinados con talleres de prevención escolar, familiar o comunitaria. También contemplan la mayor parte la formación de actores locales y mediadores juveniles	3 proyectos de prevención escolar, familiar o comunitaria. 1 proyecto (Ventanilla) de mejora de la oferta local de actividades saludables alternativas al consumo de drogas y, en parte, reducción la incidencia del consumo en colectivos marginados o de mayor riesgo.	La JND definió que la línea de acción prioritaria era aumento de la percepción de riesgo en la población general. Se desarrollaron tres tipos de proyectos. (1) Sobre todo prevención universal, con estrategia de generación de alternativas de ocio saludable a través del deporte. (2) Capacitación de promotores o mediadores juveniles y/o otros agentes comunitarios. (3) Formación/capacitación de las familias, docentes y jóvenes a través de talleres informativos sobre las drogas y su uso.
Incluyen la perspectiva de género y, aunque no sea explícito, tienen en cuenta los derechos humanos.	No se ha identificado una inclusión puntual de la perspectiva de género, sin embargo sí que hay un proyecto concreto que trabajaba con el colectivo LGTB. En general hay una identificación desde la perspectiva de derechos. En la evaluación de los proyectos se destaca como resultado de los proyectos: Confianza institucional y participación política favorecida por visibilización que afirma y promueve a los jóvenes en instancias de política	La perspectiva de Género no es considerada en los 7 proyectos, al menos de manera explícita. DDHH: sin información suficiente.	Género: no considerado en 3 proyectos. Presente en el diagnóstico (datos) y como enfoque (discurso de profesionales) en el proyecto de Ventanilla pero no como práctica en las actividades. DDHH: sin información suficiente.	La perspectiva de Género no es considerada en los 7 proyectos, al menos de manera explícita. En la práctica, parte de los proyectos se dirigen únicamente a varones. DDHH: está presente en el discurso, pero no se cuenta con información suficiente en el nivel de los proyectos.
Cuentan con suficiente calidad técnica: adecuación y coherencia de objetivos, destinatarios, actividades, recursos, gestión y evaluación.	Según la evaluación realizada en SAVIA I, hubo 3 momentos en el proyecto: (1) Apoyo a iniciativas seleccionadas mediante concurso. (2) Proceso formativo durante el que se elaboró el módulo "la prevención en manos de los jóvenes" (no SAVIA). (3) Apoyo a "planes de acción" seleccionados entre las propuestas presentadas por las y los participantes del proceso de formación y construcción del módulo (10 Planes de Acción).	Sin información suficiente.	Sin información suficiente. La impresión general derivada de distintos indicios es que el proyecto de Ventanilla cuenta, con diferencia, con mayores recursos humanos y mejores pautas de gestión, así como un modelo de intervención más coherente; si bien el Marco Lógico es inconsistente.	La mayor parte de ellos tenían una calidad técnica y metodológica pobre, sobre todo en los departamentos donde las JDD no estaban suficientemente consolidadas. Los proyectos de baja calidad se admitieron para poder avanzar. Es decir, se flexibilizaron las exigencias técnicas.
Tienen un impacto social importante en la localidad.	Sin información suficiente. Sin embargo el realizado previamente (encomendado por el MSPS y UNODC, recomienda continuar con este tipo de proyectos por encontrarlos capaces de generar un impacto relevante.	Sin información suficiente.	Parece más claro en el proyecto de Ventanilla (650 personas en el asentamiento humano de Pesquero III), por estar pivotando alrededor de un 'centro comunitario' propio.	Sin información suficiente, aunque se puede aventurar que la mayor parte no lo tienen.

- En todos los casos existe cofinanciación, tanto de la propia CND –habitualmente el 50%- como de las ‘entidades locales’ beneficiarias, aunque en este último caso esa aportación es en especie y no siempre se encuentra cuantificada. Hay que valorar en su justo término esta aportación local, que proviene de entidades habitualmente muy escasas de recursos. Ese aporte, cuantitativamente poco relevante, significa un fuerte compromiso con el trabajo de RDD en el ámbito local y un esfuerzo que puede ser equiparable a la aportación del resto de los actores.
- No siempre se puede hablar de continuidad de la financiación nacional o local, porque no todas las iniciativas tienen vocación de permanencia y porque otras no alcanzan un nivel de calidad suficiente. Sin embargo, hay que destacar el caso de Uruguay, que ha mantenido el apoyo a iniciativas locales, en este caso mediante convocatorias de distinto tipo, lo que le da continuidad a la intervención en RDD a nivel departamental. Y, puntualmente, el caso del último proyecto apoyado en Perú (Ventanilla) con un estimable compromiso de la municipalidad y su conducción continua por su oficina de prevención del consumo drogas, asistida técnicamente por DEVIDA.
- No se cuenta con información suficiente para pronunciarse sobre la calidad de las intervenciones, pero en los casos en los que sí se dispone de ella –y con algunas excepciones- no resulta demasiado satisfactoria. La gran mayoría de los proyectos no tienen carácter demostrativo, ni multiplicador; no todos se basan en diagnósticos previos, incluso en los casos en los que se había llevado a cabo con fondos SAVIA; son temáticamente muy poco variados, de modo que se dificulta en gran medida la posibilidad de comparar experiencias, y se estima que su impacto social no es muy amplio, especialmente en los proyectos más pequeños. Finalmente, la perspectiva de género no está presente en ellos, hasta el punto de que algunos se basan en actividades que, en la práctica, son netamente masculinas (sirva el ejemplo de los proyectos dirigidos a la promoción de ligas infantiles de fútbol, sólo para chicos).

La pregunta de evaluación sobre si se logró consolidar los programas locales de drogas de los países participantes no tiene sentido si la referimos a proyectos que, por definición, tienen un comienzo y un fin. Pero podemos preguntarnos por el valor de estas experiencias, de estos pequeños proyectos locales, y la respuesta tendría que ser que una buena parte de estos proyectos fueron valiosos, pero no lo fueron en sí mismos, sino porque dieron la oportunidad a entidades de ámbito departamental o local a poner en marcha iniciativas en el ámbito de la RDD, en un buen número de los casos por primera vez. Así, los efectos pudieron estar más en la línea de fortalecer a esas estructuras, que a los resultados de los proyectos en sí.

En lo que se refiere al desarrollo de los proyectos, todos los informantes coinciden en que el proceso de aprobación se demoraba muchísimo (en esto Colombia vuelve a ser una excepción), lo cual ha llegado en casos extremos a imposibilitar su desarrollo una vez que finalmente llegaba la aprobación¹⁵. La razón es que frecuentemente las propuestas iniciales eran de tan baja calidad, que eran necesarios varios recorridos entre la entidad promotora, la CND y la CICAD/OEA (que se responsabilizaba directamente de su revisión técnica) en uno y otro sentido. Quizá aquí cabe preguntarse si ése era el procedimiento más adecuado; o si dado el nivel de calidad de partida tan bajo no era prematuro comenzar con este tipo de actividades, sin que fuese posible prestar una asistencia técnica directa a quienes estaban formulando el proyecto. De hecho, ésta fue la opción elegida tanto por Ecuador como por Perú, limitando de este modo la selección de localidades a aquellas que se encontrasen a ‘distancia razonable’ de los técnicos del CONSEP o de DEVIDA.

Lo que esto muestra es una cierta debilidad técnica y metodológica de los agentes que se encargaron del diseño de los proyectos. Volveremos con este tema en el apartado siguiente.

¹⁵ Por ejemplo, en el caso de proyectos de prevención que se debían llevar a cabo durante una parte concreta del calendario escolar,

Pero esta no es la única causa de los retrasos experimentados por los proyectos, sino que también se vieron afectados por problemas de naturaleza distinta. A título de ejemplo puede citarse la falta de aprobación del presupuesto de DEVIDA en 2009, ya mencionada; los retrasos en la transferencia de los fondos por problemas burocráticos de diverso tipo, que llegaron en ocasiones a detener la actividad y, finalmente, las propias dificultades de ejecución, especialmente en los casos en los que las iniciativas se implementaban en concertación.

e) ¿Se han fortalecido las capacidades de profesionales que trabajan en drogodependencias?

Otro de los resultados que pretendía SAVIA era fortalecer las capacidades de los profesionales que trabajan en drogodependencia, con el fin de mejorar la calidad de la respuesta que se ofrece. En este sentido, en el marco de SAVIA se organizaron procesos formativos más o menos formalizados que se dirigían a este fin, y se han celebrado encuentros, habitualmente de carácter internacional.

Para el análisis de este aspecto, y más allá de la información cualitativa recogida en las visitas a terreno, se ha realizado una encuesta dirigida a las personas que, según los registros existentes, han participado en alguno de esos procesos. La información que figura en esos registros es completa en lo que se refiere a la participación en encuentros de intercambio de experiencias pero en el caso de participantes en capacitación y formación se refiere únicamente a los y las formandas en las acciones celebradas en SAVIA II, en el marco del componente 'Academia SAVIA'¹⁶, que coinciden con los procesos más formalizados (y externalizados). La información sobre la formación realizada en periodos anteriores del programa se encuentra fragmentada o se refiere a actuaciones que pueden considerarse irrelevantes en una evaluación a nivel de programa. Ésta es otra razón para haber centrado el análisis de la capacitación en SAVIA únicamente en la última de sus etapas.

Del total de personas que han respondido la encuesta, un 57% ha participado en actuaciones de formación, bien sea en una (casi un 42%) o en más de una (un 15%)¹⁷. La encuesta elaborada se centraba fundamentalmente en el fortalecimiento de las capacidades que los profesionales y actores que trabajan en drogodependencias y que participaron en actuaciones de formación en el marco de SAVIA percibían que podían atribuir a dicha formación, así como la utilidad que consideraban que había tenido para su desempeño profesional.

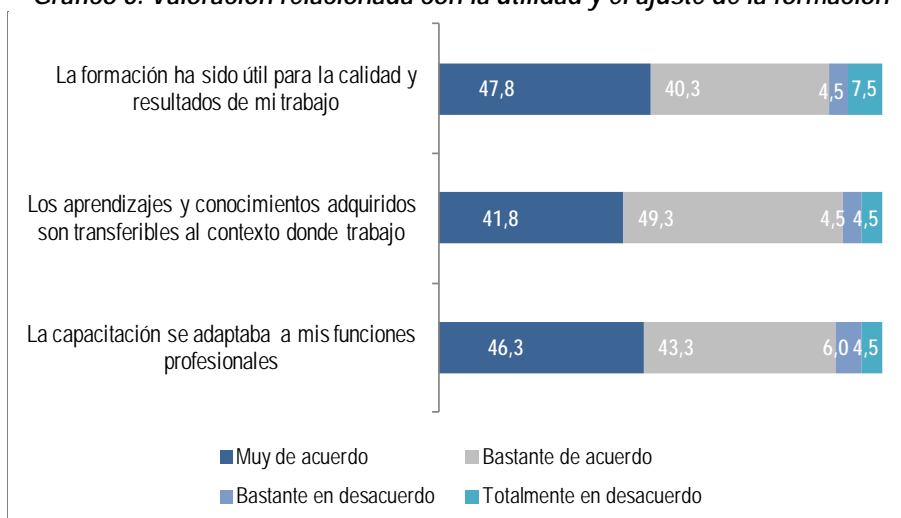
Los resultados (Gráfico 8) muestran que existe una percepción muy positiva respecto a su utilidad para la mejora de la calidad de su trabajo y sus resultados (un 88% están bastante o muy de acuerdo con esta declaración); en relación con los aprendizajes y conocimientos adquiridos y sus posibilidades de transferencia a su contexto de trabajo (un 91%) y, finalmente, en el grado de adaptación de la formación a sus funciones profesionales (casi un 90%).

Cabe preguntarse si esta percepción tan positiva sobre el fortalecimiento de las capacidades de las personas que han participado en la formación es similar en los diferentes niveles de gobierno considerados. La explotación completa de los datos de la encuesta puede consultarse en el [Anexo Z](#), pero no se aprecian diferencias sustanciales entre los distintos niveles institucionales participantes (nacional/local) ni entre la naturaleza de la institución en la que se encuadraban los participantes (pública/privada): si vuelven a totalizarse las respuestas que afirman estar de acuerdo o muy de acuerdo con los aspectos planteados, los porcentajes acumulados se sitúan, en todos los casos, en el tramo 80-100%.

¹⁶ Como ya es sabido, este proyecto sólo se desarrolló en Perú y Uruguay, por lo que sólo se proporciona información referida a ellos. Se ofrece información sobre las dos actuaciones formativas que se desarrollaron durante SAVIA II en la tabla de síntesis que se ha incluido en el Anexo 9.

¹⁷ Recuérdese que se han analizado conjuntamente los datos de quien sólo ha participado en formación, de quien sólo lo hizo en los encuentros internacionales y de quien participó en ambos. Esto explica que en un 40% de las respuestas se declare que no se ha asistido a ninguna formación en el seno de SAVIA.

Gráfico 8. Valoración relacionada con la utilidad y el ajuste de la formación



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

Otra cuestión que se deseaba analizar era el perfil de las personas que participaron en las acciones formativas y si ese perfil se mantenía en la actualidad. Como puede verse, la distribución de las entidades donde trabajaban los participantes no ha variado mucho en el tiempo transcurrido desde la celebración de la acción formativa hasta el momento actual¹⁸. Algo similar ocurre con el tipo de puesto desempeñado, que se mantiene también bastante estable. Con todo, lo que conviene resaltar es que el perfil medio de los asistentes era, y sigue siendo, de carácter técnico y que fundamentalmente provenían de organismos públicos a nivel estatal¹⁹.

Gráfico 9. Entidades en las que desempeñan sus servicios las personas participantes en la formación (antes, después)

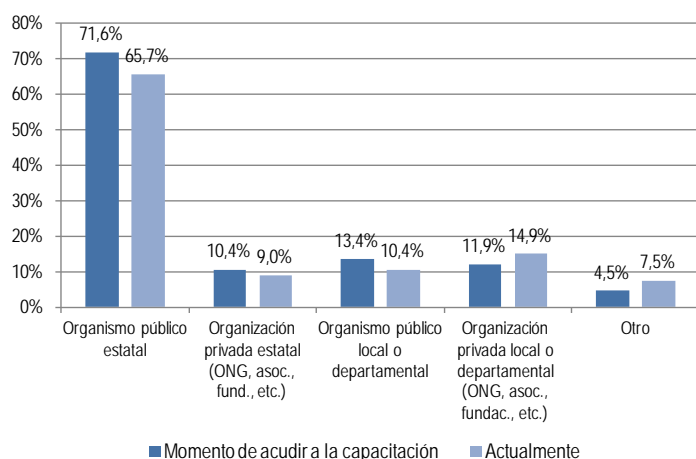
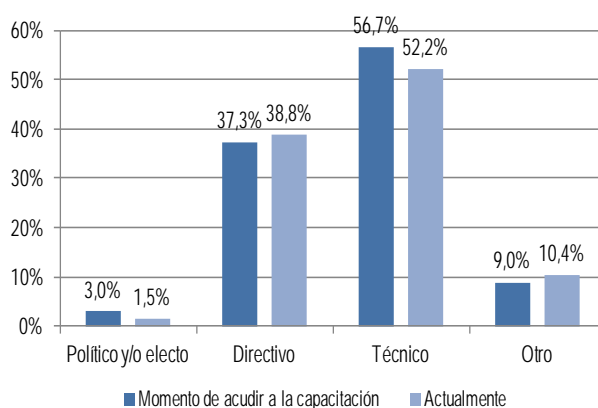


Gráfico 10. Puesto que desempeñan las personas participantes en formación (antes, después)



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

¹⁸ Es cierto que, dado que nos referimos a SAVIA II, el tiempo ha sido relativamente breve, lo que favorece la permanencia.

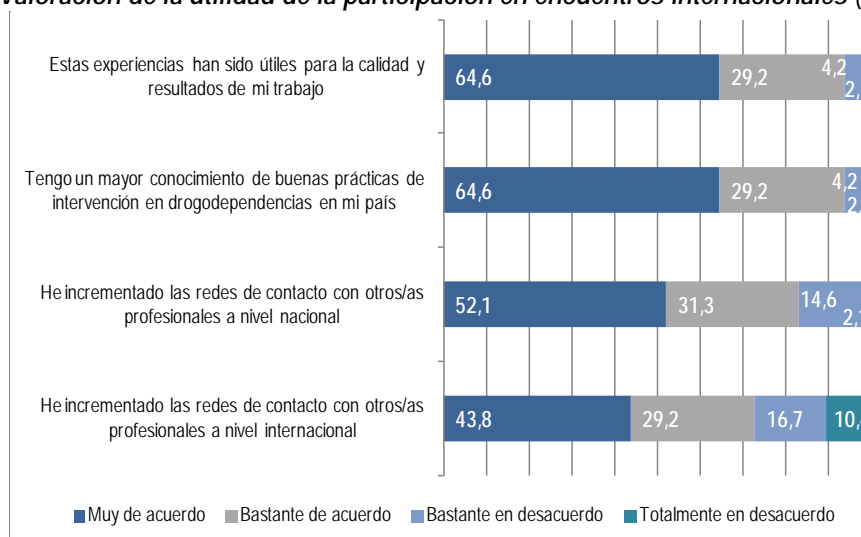
¹⁹ Hay que recordar que se está haciendo un análisis global del perfil de las personas que respondieron al cuestionario, que incluye tanto a las que participaron en formación como en encuentros internacionales de intercambio y que ese hecho puede sesgar las respuestas obtenidas hacia un perfil institucional nacional.

Un último comentario relativo al fortalecimiento de las capacidades de los y las profesionales en el ámbito de la RDD en Ecuador. En este caso, se detecta una demanda recurrente de formación, sobre todo en el área de asistencia y tratamiento. La información recogida en la visita in situ sostiene que, a día de hoy, la formación en este ámbito es todavía muy escasa y no se cuenta con posibilidades de especialización dentro del país. Se está tratando de introducir algunas materias específicas en carreras afines, pero se necesita una formación más continua. Una propuesta recurrente por parte de Ecuador es la de realizar un postgrado específico en el marco de SAVIA, que no llegó a concretarse durante SAVIA II por falta de presupuesto.

f) ¿Se ha fortalecido la cooperación horizontal en los países y las capacidades de sus profesionales a través del intercambio de experiencias y buenas prácticas²⁰?

Hasta cierto punto sí. El refuerzo y fortalecimiento de la cooperación horizontal en el marco de SAVIA descansaba fundamentalmente en la celebración de encuentros de intercambio, habitualmente entre todos los países participantes²¹. En este eje se encuentra también la celebración de 'pasantías', entendidas en un sentido mucho más amplio de lo habitual, y cuantitativamente poco relevantes en el conjunto.

Gráfico 11. Valoración de la utilidad de la participación en encuentros internacionales (% de respuesta)



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

Las personas que han contestado la encuesta valoran en general de manera muy positiva su contribución al fortalecimiento de sus capacidades (Gráfico 11): casi un 94% de las respuestas indican que los encuentros han sido útiles o muy útiles para mejorar la calidad y los resultados de su trabajo, fundamentalmente porque cuentan con un mayor conocimiento de buenas prácticas en su propio país; más de un 83,4% valoran positivamente su utilidad en términos del incremento de sus integración en redes con otros profesionales a nivel nacional, mientras que los contactos en el nivel internacional son los que se consideran menos útiles en términos relativos (un 73% de las

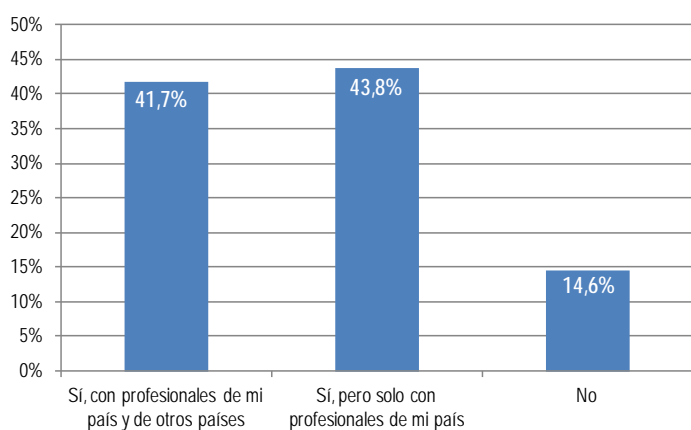
²⁰ Estos talleres o seminarios internacionales combinaban ponencias magistrales o temáticas, con la presentación de modelos o experiencias nacionales y, en algún caso, municipales. A este respecto, no es correcto calificarlas como experiencias exitosas o buenas prácticas por cuanto su éxito no ha sido demostrado o evaluado.

²¹ La CICAD/OEA guarda registro de las personas que participaron en cada uno de estos eventos, por lo que ha sido posible dirigir la encuesta a todas ellas. Las respuestas indican que su peso sobre el conjunto se sitúa en torno al 50% del total. Es decir, hay un 50% de personas que han respondido a la encuesta y que sólo han participado en acciones de intercambio de experiencias en el marco de SAVIA. Recuérdese que el análisis de las respuestas ha sido conjunto.

respuestas). El que las valoraciones sean más alta en el ámbito nacional que en el internacional, hace pensar que las personas participantes valoran en mayor medida el conocimiento de experiencias lo más próximas posibles a su realidad, más que las que puedan existir en otros países, si bien estas últimas también son valoradas muy positivamente. En la misma dirección, los encuentros anuales que se celebran en algunos países entre las entidades encargadas de atender la respuesta de la RDD en el ámbito departamental o local son valorados aún más positivamente²².

Los contactos establecidos en los encuentros internacionales y el intercambio de información derivado de ellos pueden mantenerse en años sucesivos, ya que la tecnología lo permite. Es cierto que es más frecuente que el contacto se mantenga con otros participantes del propio país, pero las diferencias son pequeñas. Con todo, lo más destacable es que **más de un 85% de las personas afirman mantener algún contacto tras su participación en alguno de estos encuentros**, lo que es sin duda muy positivo en términos de prolongar sus posibles efectos en el tiempo (ver Gráfico 1).

Gráfico 12. Contactos con otros profesionales participantes en los encuentros internacionales (% respuesta)



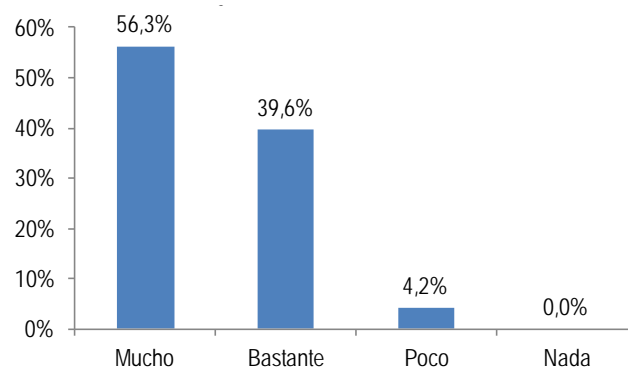
desarrollando en países del entorno con problemáticas más o menos similares.

Los encuentros internacionales se consideran especialmente útiles por las siguientes razones:

- Por su potencial para favorecer el conocimiento de otras experiencias que se están desarrollando a nivel local o departamental en los países del entorno.
- Para poder valorar la experiencia propia en el contexto de la experiencia internacional.
- Para identificar estrategias, enfoques e intervenciones que se están desarrollando en países del entorno con problemáticas más o menos similares.

Como aspecto especialmente relevante, y quizá el más tangible de los encontrados, se destaca **su capacidad para sentar las bases y/o concretar experiencias bilaterales** que puedan desarrollarse meses después del encuentro (adquieran la forma de pasantías en el marco de SAVIA o no). Así lo mencionan los y las representantes de Ecuador, Colombia (se facilitó un intercambio con Uruguay) o Perú, que mantiene contactos con SENDA (Chile) en el ámbito de la integración social, establecidos a raíz de las actividades de SAVIA. De hecho, se ha recogido una recomendación relacionada con la conveniencia de que estos encuentros transiten hacia la construcción de propuestas conjuntas, la generación de alianzas binacionales o la promoción de la cooperación internacional.

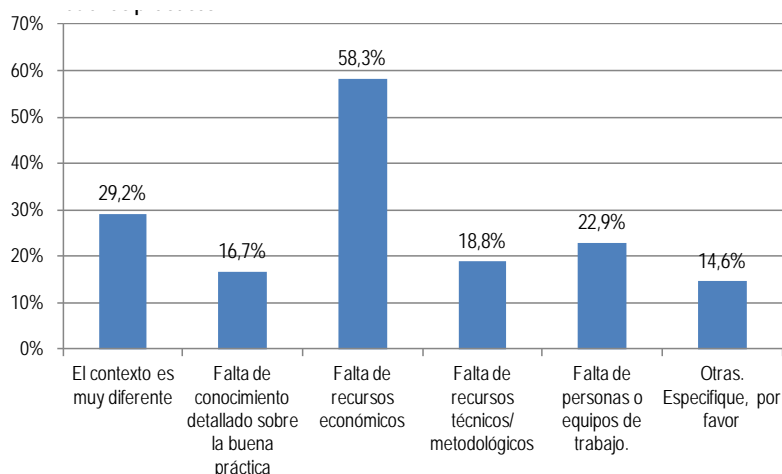
Gráfico 13. Prácticas transferibles al contexto de trabajo



²² Por ejemplo, puede reseñarse la continuidad y mejora de los talleres nacionales de coordinadores en Colombia, el último de los cuales se celebró en el mes de agosto pasado (8ª edición). Su objetivo es el fortalecimiento de las capacidades técnicas locales, y la formación de redes de trabajo y pueden considerarse un éxito tanto en su función como instancia de formación como en su sostenibilidad. Se encuentra una experiencia similar en el caso de Uruguay, con los encuentros nacionales de JDD, que viene celebrándose desde hace algunos años, y que son igualmente sufragados por la JND.

Relacionado con este último aspecto, el cuestionario indagaba sobre las posibilidades reales de **aplicar las experiencias conocidas mediante los encuentros**. En general se reconoce un **potencial de transferencia y aplicación** muy alto (casi el 96% consideran que son bastante o muy transferibles (Gráfico 14), pero no se han encontrado ejemplos específicos en que se haya materializado realmente. Al indagar sobre las razones que dificultan la transferencia, un 29% de las respuestas mencionan las diferencias en el contexto. Pero la dificultad que se destaca en primer lugar es la relativa a la escasez de recursos, ya sean económicos (mencionados en primer lugar), humanos o técnico metodológicos.

Gráfico 14. Principales dificultades para la transferencia de experiencias²³ (% respuestas)



Fuente: Encuesta a participantes en formación y encuentros

Para finalizar, un aspecto que se ha recogido recurrentemente es el relativo al nivel institucional de las personas que acuden a los encuentros: se menciona el valor de que procedan de los niveles sub-nacionales (departamentales y municipales) y también se indica que la participación de estos perfiles debería ser mayor. Parece ser que es en ese nivel, que frecuentemente tiene menos oportunidades de acceso a este tipo de encuentros, donde se percibe más su valor.

1.4.2. ¿Se han logrado los objetivos a nivel de propósito del programa SAVIA?

Dado lo establecido hasta aquí, es necesario comenzar diciendo que SAVIA no podía alcanzar su propósito, ya que su alcance y extensión quedaba muy lejos de los productos que se desarrollaron y de las actividades que se pusieron en marcha para dar lugar a estos propósitos.

Recordemos que los propósitos del Programa SAVIA se identificaban en dos niveles sucesivos, de diferente ámbito territorial. El primero, centrado en los niveles centrales: las Comisiones Nacionales de Drogas; el segundo, en el nivel de los municipios. Éste es el mismo orden en el que se presenta la información en este apartado.

²³ Esta pregunta permitía dar más de una respuesta; es decir, más de una razón por la que la transferencia de las experiencias desarrolladas en otro lugar se dificulta.

a) ¿Se han consolidado los procesos de descentralización de las políticas de RDD de los países participantes?²⁴

Para identificar si en el nivel municipal/departamental existen los elementos básicos para estructurar una política de drogas –podríamos añadir, que sea adecuada y sólida- se definían una serie de elementos que ya han sido identificados a lo largo de este informe:

- ❑ La existencia de **planes de drogas** sólo es una realidad en Colombia, mientras en el resto de los países se produce un salto entre la política / estrategia nacional y los proyectos locales.
- ❑ Existen **mecanismos de participación y vertebración territorial** en todos los países, si bien con diferente grado de trayectoria y de fortalecimiento. Otra cuestión es que, dentro de cada país, estas estructuras se encuentren en todo el territorio. Es así claramente en Colombia, y también en Uruguay, a pesar de que no todas las estructuras cuentan con el mismo grado de alineación con la política nacional, ni de fortaleza institucional. Ecuador está avanzando en densificar su red de prevención de manera clara. Perú es quizá el país donde este aspecto se encuentra más débil, puesto que la estructura de COMUL no se encuentra operativa en todo el territorio.
- ❑ De nuevo salvo en el caso de Colombia (que claramente cuenta con un perfil diferente al resto) donde las entidades departamentales/municipales cuentan con **recursos propios** por la vía fiscal, los presupuestos de estas unidades de participación y vertebración provienen de sus respectivas CND –no de manera universal, sino contra la presencia de un proyecto o de otras circunstancias- y sólo marginalmente de recursos propios, frecuentemente en especie. Obviamente existen excepciones, normalmente vinculadas al tamaño del municipio.
- ❑ La disponibilidad de **personal permanente y especializado** varía mucho en cada caso, pero seguramente en este caso quien se encuentra en peor situación es Uruguay, puesto que sus estructuras departamentales (las JDD) no cuentan con personal propio. Sólo disponen del aporte que puedan hacer las distintas instituciones que las conforman, especialmente en términos de dedicación de horas.
- ❑ Casi en ningún caso cuentan con **indicadores desagregados a nivel departamental o local**, que sean alimentados de forma periódica. Frecuentemente el diagnóstico que se realizó con SAVIA es la única información con la que han contado en algún momento, pero no ha sido actualizado. Por otra parte solían referirse a una zona muy limitada, por lo que cualquier otra actuación que se desee llevar a cabo en otra zona del municipio o del departamento no cuenta con información de partida. En este sentido, los países están haciendo un esfuerzo por continuar elaborando diagnósticos sobre consumo problemático de drogas de nivel micro, pero el proceso es lento y limitado, ya que son diagnósticos relativamente costosos.
- ❑ El **marco legal** existente permite su labor, aunque no siempre la facilita, especialmente cuando son competencias compartidas o concatenadas con otras instituciones. Sin embargo, con carácter general, puede afirmarse que en la actualidad éste no es un problema para la descentralización.

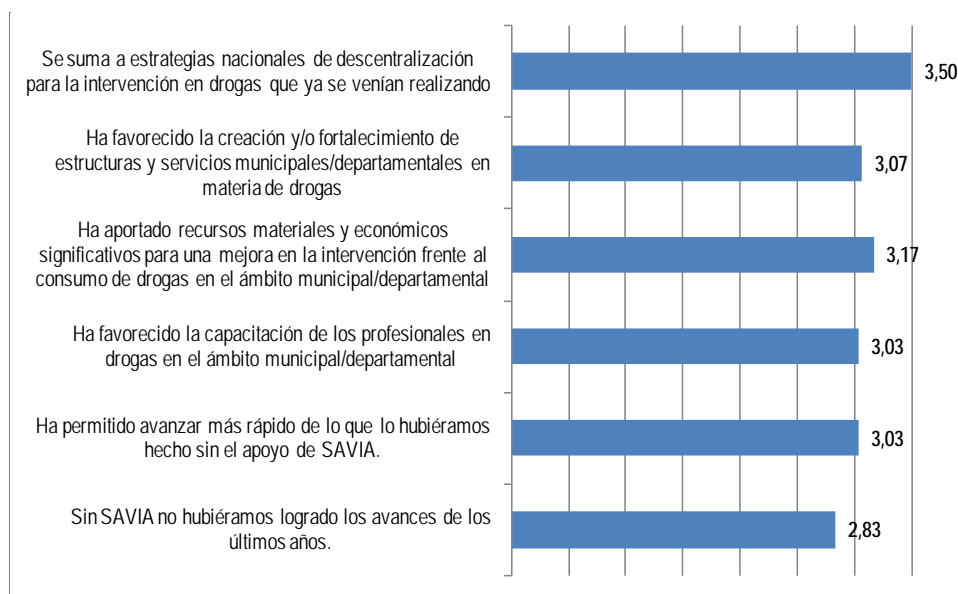
Una vez revisados estos aspectos²⁵ puede afirmarse que, aunque con muchas debilidades en algunos casos, **existen unas condiciones básicas de partida para seguir avanzando en los programas y proyectos de RDD, si bien la mejora de estas condiciones no está claramente relacionada con la existencia de SAVIA.**

²⁴ Esta pregunta de evaluación en realidad constituye un resumen de la mayor parte de las preguntas incluidas en el nivel de los productos.

²⁵ La participación en redes regionales, nacionales o internacionales se aborda en el apartado de sostenibilidad, ya que se ha relacionado, sobre todo, con ese criterio.

La percepción de la contribución de SAVIA a diferentes aspectos relacionados con la descentralización de la RDD, se incluyó en el cuestionario dirigido a municipios²⁶ (Gráfico 15). En general se percibe que SAVIA ha tenido efecto sobre algunas de las variables relacionadas con la descentralización de estas políticas, especialmente reforzando las estrategias nacionales que ya existían en este sentido. También hay acuerdo, aunque ligeramente menor, en su incidencia en el fortalecimiento de estructuras sub-nacionales y en la mejora de la capacitación de profesionales.

Gráfico 15. Valoración de la contribución de SAVIA
(media de valoraciones, en una escala de 1 –Nada de acuerdo a 4, Muy de acuerdo)



Fuente: Encuesta a municipios

De todos modos, si tenemos en consideración la información obtenida en el trabajo de campo, la mejor lectura de este gráfico es la que combina los dos últimos ítems: SAVIA ha permitido avanzar más rápido en el proceso de descentralización; ha actuado a modo de catalizador en unos casos, o de intensificador en otros, pero en ausencia de SAVIA se hubiera llegado al mismo punto. Este reconocimiento es bastante generalizado entre los países analizados, junto con el respaldo político que un programa como SAVIA podía proporcionar.

b) ¿Se ha mejorado la capacidad de respuesta descentralizada de los países participantes frente al consumo de drogas?

Se pretendía responder a esta pregunta a partir del análisis de las variaciones en la prestación de servicios a nivel municipal / departamental en los últimos años (en los últimos 5 años, cuando ya SAVIA se encontraba trabajando en este nivel territorial). Las dificultades encontradas ya se han descrito en el apartado correspondiente a la síntesis metodológica, así que se procede a la descripción de las pautas de respuesta identificadas.

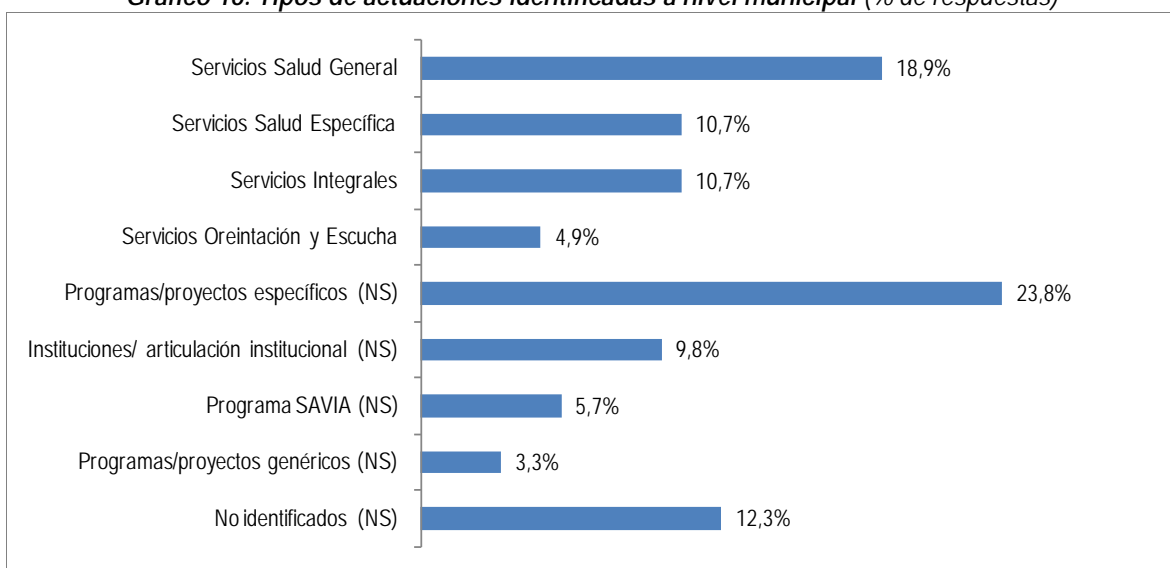
La primera cuestión es recordar que las respuestas obtenidas no se referían sólo a **servicios** propiamente dichos, sino también a **proyectos y otros tipos de actividades** conexos con la atención al fenómeno del consumo de drogas, pero que no pueden ser considerados servicios, de manera que debían ser excluidos del análisis. De todos modos, considerando las respuestas globalmente dado que todas ellas se refieren a la actividad municipal en este ámbito, la mayoría de

²⁶ Algunos de sus ítems hacen referencia a cuestiones que se abordarán en el apartado siguiente.

los municipios podrían ser calificados como 'poco activos, ya que dan cuenta de un máximo de una o dos actuaciones (un 56,5% del total), mientras que los municipios con 5 ó 6 actuaciones sólo representan un 14% del conjunto.

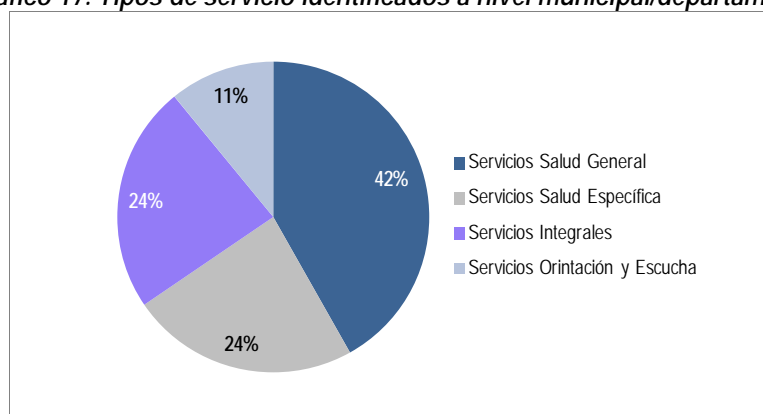
Para proseguir el análisis, el Gráfico 16 muestra los tipos de actuaciones a las que se refieren las respuestas obtenidas. Se ha consignado entre paréntesis las respuestas que no se han considerado servicios (con las siglas NS entre paréntesis). La respuesta mayoritaria se refiere a programas y, sobre todo, a **proyectos específicos** que no cuentan con una vocación de permanencia. Hay respuestas que se refieren a la existencia de estructuras de articulación institucional e, incluso, se menciona al propio programa SAVIA entre la oferta de servicios del municipio²⁷.

Gráfico 16. Tipos de actuaciones identificadas a nivel municipal (% de respuestas)



Fuente: Encuesta a municipios

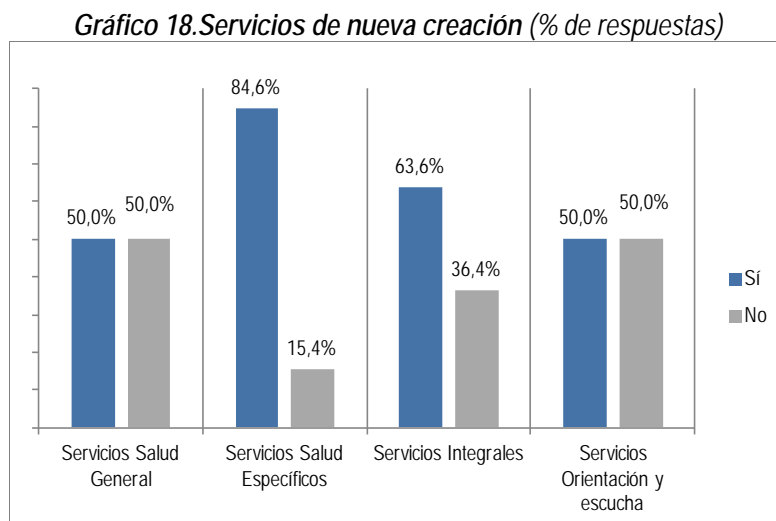
Gráfico 17. Tipos de servicio identificados a nivel municipal/departamental



Centrándonos ya en las respuestas que sí se refieren a **servicios** propiamente dichos, la mayoría de ellos son servicios de salud (66%) -tipo policlínicos o centros de salud-, un subgrupo de los cuales cuentan con carácter específico, ya que las respuestas mencionan explícitamente el consumo de drogas (habitualmente, se refieren a servicios de tratamiento). Son, en general, pequeños servicios que atienden a un número limitado de personas.

²⁷ Por la información recogida en los países, puede interpretarse que esta respuesta se refiere a proyectos desarrollados en los municipios con la utilización de esta financiación.

Se han identificado como **servicios integrales** aquellos que no sólo incluyen servicios de salud, sino también algún aspecto complementario. La tipología general se incluye en el Gráfico 17, que muestra una identificación bastante clara entre la respuesta frente al consumo de drogas y la salud, lo que parece indicar que este paradigma se encuentra instalado en buena medida en los niveles sub-nacionales considerados.



Fuente: Encuesta a municipios

Para terminar, el cuestionario indagaba sobre el momento de creación de estos servicios, ya que se deseaba conocer si existía alguna coincidencia temporal con la actuación de SAVIA en el nivel sub-nacional, que había comenzado aproximadamente en los últimos 4 años. Como puede verse, los servicios de salud específicos y los servicios integrales han experimentado un fuerte crecimiento en los últimos años, mientras que en el resto de los casos se han mantenido en niveles más estables.

La interpretación de este equipo es que, efectivamente, se está produciendo una ligera mejora en la capacidad de respuesta a nivel municipal, previsiblemente derivada del proceso de descentralización descrito a lo largo de este documento. Sin embargo **esta mejora no puede ser atribuida a SAVIA**, ni siquiera parcialmente, dado que sus actividades a nivel sub-nacional se han centrado de manera mayoritaria en la prevención del consumo. Podría existir, en cambio, una relación entre SAVIA y el alto porcentaje de proyectos específicos sobre drogas recogido por el cuestionario (Gráfico 16). Sin embargo, es difícil considerar que la existencia de estos proyectos contribuya de manera clara a la mejora de la respuesta descentralizada frente al consumo de drogas.

1.4.3. ¿Se ha contribuido al logro de la finalidad de los proyectos SAVIA evaluados: mejora de la salud y calidad de vida de la población?

Una eventual mejora en la salud y calidad de vida de la población de los países en los que ha actuado el programa SAVIA no podría vincularse a su actuación por dos razones. De un lado, por una razón cuantitativa: el volumen de financiación que ofrece SAVIA es prácticamente anecdótico, dado el número de países en los que se ha intervenido y el número de años de la intervención, especialmente en comparación con lo que esos mismos países reciben procedente de otras fuentes. Así, la contribución de SAVIA en estos aspectos sería previsiblemente inapreciable.

De otro lado, SAVIA se dirige a la mejora de la salud y la calidad de vida de la población de manera muy indirecta, por la vía de la educación para la salud. Los proyectos han hecho hincapié

básicamente en prevención, recurriendo en un buen número de las intervenciones a la estrategia de generar alternativas de ocio y tiempo libre. La evidencia científica ha demostrado, en numerosas investigaciones llevadas a cabo en el contexto europeo y norteamericano, que estas intervenciones son eficaces si se desarrollan en grupos de jóvenes de mayor riesgo, es decir, en situación de mayor vulnerabilidad y/o exclusión social²⁸, pero en este caso se han aplicado, más bien, de manera universal.

Si a nivel global es difícil establecer esta conexión, algo similar ocurre en el caso de los proyectos desarrollados: con una sola excepción el volumen de los proyectos es tan limitado que difícilmente puede establecerse este vínculo²⁹.

1.4.4. ¿Se han obtenido resultados no previstos?

Es difícil hablar de resultados no previstos en una intervención que prevé prácticamente cualquier efecto posible. El modelo lógico que subyace al Programa SAVIA incluye todo tipo de resultados, algunos incluso relativamente alejados de lo que son sus actuaciones concretas, así que es difícil detectar algún efecto que no estuviera previamente identificado.

Por otra parte, SAVIA actúa en algunas situaciones en las que ya existen procesos en marcha; en las que se cuenta con mandatos políticos y definiciones normativas que están produciendo sus propios efectos; por último, SAVIA actúa en un contexto en el que hay otros agentes que intervienen en el mismo ámbito de actuación y con propósitos muy similares, por lo que es muy difícil establecer el límite entre lo que puede ser un efecto no previsto y el efecto de otra intervención que se está desarrollando en paralelo independientemente de SAVIA.

Con todo, y según la información recogida, sí puede identificarse algún resultado no previsto, tal como el apoyo al **posicionamiento político de las CND** que han participado en SAVIA, por la vía de la incidencia. Se han recogido comentarios más o menos similares en diferentes lugares pero, para expresarlo aquí, vamos a recurrir a la ficha-país de Perú:

[...] La misma incorporación de DEVIDA al Programa SAVIA llevaba implícita un interés por el proceso de descentralización, por lo que SAVIA supuso un aliento más para avanzar en ese camino [...] y una palanca interna en la organización para trasladar jerárquicamente la importancia de tal labor. En esa línea, también las visitas del administrador del proyecto en CICAD, la presentación de los componentes de SAVIA a las autoridades de DEVIDA y la participación en los eventos internacionales, de alguna manera reforzaban el plan de trabajo descentralizador de la organización.

Finalmente, en el caso de Colombia, se menciona como resultado no esperado la generación de redes nacionales entre los técnicos de las diferentes regiones, trascendiendo el plano meramente institucional. Estas redes —de carácter personal/profesional— facilitan en buena medida el trabajo compartido y los intercambios, sobre una base de cotidianidad y, desde luego, no era un resultado buscado explícitamente por el Programa SAVIA.

²⁸ United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). *International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013); Understanding Risk, protection and Substances Use Among High Risk Youth. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Programs. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series n°2; National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006); Drugs and vulnerable groups of young people. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008); National Institute on Drug Abuse. NIDA. Identification of Drug Abuse Prevention Programs. Literature Review. Selective Prevention. (2012)*

²⁹ Por otra parte, no se ha entrado en el análisis de resultados de proyectos locales individuales, que quedaba fuera del alcance de esta evaluación.

1.5. Dimensión: RESULTADOS (Sostenibilidad)

1.5.1. Factores políticos e institucionales

La sostenibilidad de una iniciativa como SAVIA pasa por analizar los factores políticos e institucionales que inciden en los tres niveles en los que se ha actuado: central, municipal e iniciativas o proyectos locales.

A **nivel central**, varios elementos refuerzan la sostenibilidad del impulso que quiso imprimir SAVIA al proceso descentralizador. El principal sería su alineamiento progresivo con las estrategias nacionales de drogas, que van otorgando más prioridad a la extensión de sus programas de RDD, lo que pasa por implicar a gobiernos regionales/departamentales y municipales. Por tanto, el traslado de esta apuesta estratégica a la práctica pasa, por un lado, por solventar el fuerte escollo de las limitadas capacidades de las CND para acompañar los procesos descentralizadores. Por otro lado, por consolidar la red de mecanismos de coordinación y articulación territorial en materia de prevención y rehabilitación, tanto en el nivel regional/departamental, como en el municipal.

Colombia presenta a la fecha el modelo más consolidado y de mayor trayectoria, tanto en términos de capacidades a nivel central, como de red de articulación y presencia sub-nacional. Ecuador representaría un segundo escenario, con similitudes respecto a Perú, pero más consolidado y con mayor capacidad de articulación a través de las Oficinas Zonales y los 53 PAR en todo el territorio. En el caso de Perú, hay más dificultades para sostener los esfuerzos de descentralización, que en la práctica responden más a un modelo desconcentrado que todavía no tiene capacidad de acompañamiento en buena parte de las regiones del país, ni capacidad para implicar en una política estatal de RDD a los Gobiernos regionales (y, sin su concierto, discrecionalmente a nivel municipal). El modelo administrativo del Estado, con competencias administrativas transferidas, pero sin avanzar en la descentralización presupuestaria, está construyendo los avances en ese sentido, con un avance reciente de las fuerzas centripetas centralizadoras.³⁰

En Perú y Ecuador siguen presentes los problemas de coordinación con los principales Ministerios afectados por la política de RDD. Sin actuar sobre estas condiciones favorecedoras a nivel central es difícil consolidar una política municipal de drogas que cuente con el acompañamiento y coordinación necesaria entre las instituciones de diferentes sectores a nivel local y que, entre otras cosas, cuente con la asignación o reservas de partidas presupuestarias para apoyar la acción local de una manera estable.

El problema de la falta de recursos se extiende también al caso de Uruguay donde, si bien se ha instituido una línea de transferencia de la entidad central a los departamentos, se vincula a la presentación de proyectos y, por tanto, no cuenta con un carácter estable ni predecible. Desde otro punto de vista, es cierto que en torno a un cuarto de las Juntas Departamentales de Drogas aún no cuenta con unos requisitos mínimos de alineación en la concepción de la problemática y de actuación concertada y vertebrada en el territorio, por lo que, con un planteamiento de maximización de recursos, es pertinente la concentración en los departamentos más activos y con más capacidad de propuesta. De manera indirecta y al menos a medio plazo, esto puede constituir un acicate para las JDD más alejadas de esta situación.

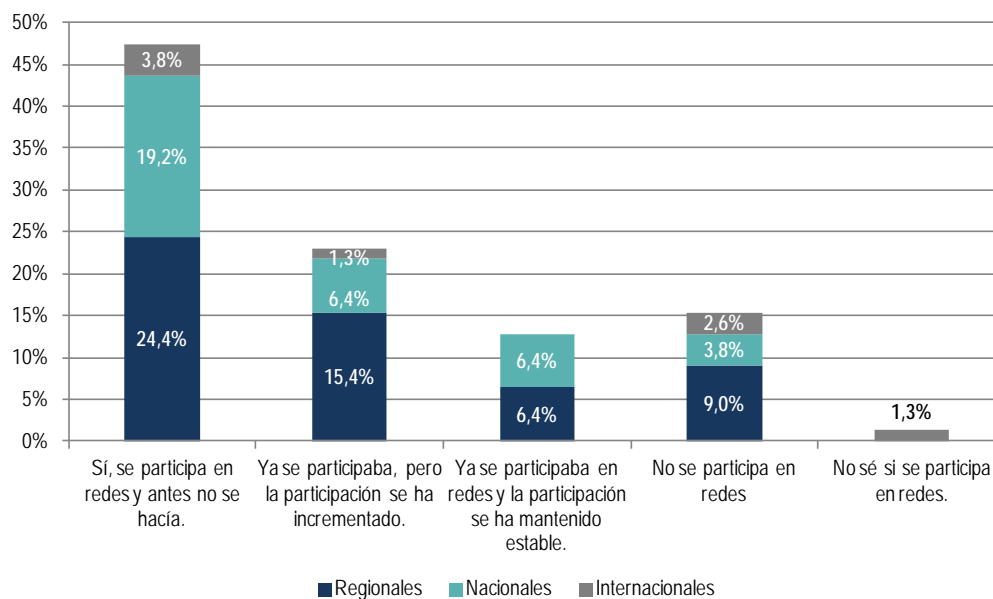
En todo caso, la tendencia hacia la descentralización seguirá vigente en los países, según los y las responsables consultados. Es un proceso en el que, además, participan otras agencias internacionales e instituciones y que se incardina en el compromiso estratégico de los planes de

³⁰ Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado: Evaluación del proceso de descentralización (Informe anual 2013-2014).

actuación de las CND y el compromiso político de los países, asumidos en distintos espacios y foros internacionales, de lento avance por otro lado.

A **nivel sub-nacional**, varios de los productos de SAVIA no jugaron plenamente el papel asignado o tuvieron una discreta contribución en la conformación de políticas municipales (diagnósticos locales), o simplemente no fueron el modelo de actuación que demandaba la débil actuación municipal en esta materia (planes municipales). Pero más que los productos, la sostenibilidad en este nivel pasa más por la influencia en la toma de conciencia y sensibilización de las autoridades regionales y municipales acerca de su papel en el proceso descentralizador.

Gráfico 19. Participación en redes por parte de municipios/departamentos, por tipos de redes



Fuente: Encuesta a municipios

En este sentido, se ha avanzado en el funcionamiento de mecanismos de acción favorecedores de una incipiente asunción de compromisos a este nivel (comités regionales y locales), pero en pocas ocasiones han madurado hasta un punto que permita que los responsables sub-nacionales asuman un rol protagonista a la hora de acordar una actuación ordenada, concertada e intersectorial, sostenida por un presupuesto estable y/o por la incorporación de la temática de RDD en los planes de desarrollo sub-nacionales.

Colombia sería de nuevo la excepción, aunque con disparidades al interior del país; y Uruguay, si bien va en la buena dirección, necesita tiempo para fortalecer y consolidar sus mecanismos de concertación y vertebración. Por su parte, tanto en Ecuador como en Perú, todavía operan tutelados por las oficinas desconcentradas de las CND, si bien en Ecuador hay una mayor implicación de las autoridades locales a la hora de asumir (y financiar) su rol en la gestión de las políticas de drogas y el CONSEP tiene una mayor capacidad de convocatoria, al menos entre los gobiernos municipales, que la que parece demostrar DEVIDA.

Por otra parte, SAVIA no dimensionó bien su capacidad para influir en la creación de unidades específicas de drogas a nivel municipal y en la elaboración de planes municipales de actuación en RDD. Su fracaso en este componente tiene un impacto directo en la sostenibilidad de las acciones a este nivel y deja más debilitado el sostenimiento de las iniciativas o proyectos cofinanciados. De todas formas, entre todos los municipios contactados a través de la encuesta se ha sondeado un indicador particular que diera pistas acerca de la implicación de los municipios en la temática de

RDD: la participación en redes. Con un comportamiento positivo, se han incrementado, tanto el número de municipios, como la intensidad de la participación de los que ya lo hacía en redes regionales, nacionales o internacionales, por este orden (ver Gráfico 20).

En el **tercer nivel**, la continuidad de **los proyectos apoyados** está supeditada a los avances en los dos escenarios anteriores: Colombia no parece tener demasiados problemas para acompañar las actuaciones locales impulsadas y fue el único de los países visitados en el que los proyectos emanaban de los planes municipales. En el resto de países, la sostenibilidad de los proyectos locales pasa por su mayor o menor engranaje institucional.

Algunos, como dos de los tres primeros impulsados en Perú, se ejecutaron casi en el “vacío” institucional, por lo que pueden calificarse como iniciativas puntuales sin visos de sostenibilidad. Cuando, como en el caso del proyecto de Ventanilla, son ejecutados al menos con un fuerte aval municipal y con oficina y equipo especializado detrás, los indicadores de sostenibilidad institucional son más positivos. Además, avala su continuidad el hecho de que DEVIDA haya visto en ese proyecto la oportunidad para experimentar un modelo de intervención comunitaria.

En el caso de Ecuador y Uruguay, la situación es distinta. Los proyectos no necesariamente serán sostenibles, aunque hay actividades de prevención que puedan continuar en el tiempo o replicarse todos los años. En todo caso, sí podrían ser reproducidos en ocasiones.

En el caso de Ecuador, la proximidad del personal de prevención de las Oficinas Zonales del CONSEP y su participación en el secretariado de los PAR garantiza, a priori, una mayor cercanía y vinculación con los actores locales que cuentan con un interlocutor ante el CONSEP para renovar su demanda de apoyo a la misma o similar iniciativa. En el caso de Uruguay no está claro que la continuidad de algunos de los proyectos, tal y como fueron concebidos, sea deseable. Lo que no significa que no se puedan poner en marcha nuevos esfuerzos en el ámbito de la prevención –que fue el que se trabajó en todos los casos– más ajustados a las necesidades locales y al conocimiento internacional existente en la materia.

Y es que en ambos casos estamos hablando mayoritariamente de proyectos (o mini-proyectos) anuales de prevención universal, cuya sostenibilidad es más laxa. Es decir, pasa por la voluntad de refinanciar las actividades de ocio alternativo y saludable o la cesión de un local y materiales para darles cabida, además de una o dos personas que coordinen o dinamicen las actividades como parte de la labor de sus instituciones de procedencia (una ONG, un centro educativo, etc.).³¹

Por último, se comentan las condiciones de sostenibilidad de algunos componentes particulares:

- ❑ **Formación.** A nivel de **producto** (curso de formación), la inversión en los últimos paquetes de capacitación nacional deja disponibles en Perú y Uruguay una plataforma y contenidos formativos que permiten la replicación de la formación a menor coste, lo que incrementa su potencial de sostenibilidad. Pero sería necesario ajustar algunos aspectos tales como incorporar herramientas para registrar los perfiles formados y realizar un posterior seguimiento de su posición y práctica profesional. A nivel de **resultados** (personas capacitadas), la formación impartida en SAVIA que ha podido ser evaluada (incluidos los asistentes a los seminarios internacionales) refleja que la mayoría de ellas permanecen vinculadas al sector, si bien con un moderado traslado (en torno al 15%) de profesionales del sector público al sector privado.
- ❑ **Seminarios internacionales.** Los seminarios internacionales no son sostenibles por definición, salvo contando con el patrocinio de CICAD y, de forma indirecta, de los estados miembros, o a

³¹ En el caso que los proyectos hubiesen puesto en marcha servicios de atención, bien municipales, bien concertados con las OSC, la sostenibilidad es un factor determinante, generalmente dependiente del sostenimiento de los salarios de los recursos humanos y la continuidad de los servicios en el tiempo.

través de la colaboración de otras agencias, incluida la AECID.³² Más bien al contrario, SAVIA ha contribuido a celebrar seminarios que encajaban en su filosofía y ámbito temático de actuación pero que trascendían su ámbito geográfico (seminarios centroamericano y cono sur), en tanto que en otros su vinculación con los objetivos de SAVIA era indirecta (grupos de expertos para elaboración de la guía de referencia en políticas de integración social y drogas).

Por último, tanto la formación como el efecto divulgativo de los seminarios internacionales han contribuido a reconsiderar y/o introducir nuevos conceptos y aproximaciones a la temática de las drogas. A efectos de sostenibilidad, esto no siempre se tradujo en la incorporación de normas institucionales, prácticas y procedimientos a nivel de las CND, quienes reclaman en este sentido un enfoque más orientado a la cooperación técnica bilateral 'Sur-Sur' o, sin mencionarlo así, también triangular.

1.5.2. Factores económico-financieros para la sostenibilidad

En este caso, el análisis lo realizaremos desde el nivel local al nacional. Y lo hacemos así para poner de relieve que las condiciones de sostenibilidad financiera a nivel municipal, comentadas en primer lugar, se encuentran en cierta medida supeditadas a las de carácter central y nacional.

En el nivel de los **proyectos locales**, la cofinanciación municipal será una realidad en tanto que la propia CND mantenga el convenio con las autoridades locales y renueve su transferencia de fondos. Es decir, no han sido identificados casos en los que el municipio asuma completamente la financiación del proyecto a futuro y el sostenimiento del personal implicado. Dicho de otro modo, por lo general **los municipios** no han desarrollado una línea de financiación estable para acciones de RDD en su territorio, al menos en el marco de la influencia de SAVIA. Sí es cierto que el programa, en el marco de la labor de incidencia de la CND, ha podido influir en la publicación de ordenanzas municipales que posicionen el tema en la agenda municipal, pero no en todos los casos estuvieron acompañadas de una línea presupuestaria suficiente.

En donde se dirime la cuestión de la sostenibilidad financiera es especialmente en **el nivel central**. Según las entrevistas sostenidas, el incremento general de los presupuestos de las CND en los últimos años se hace especialmente relevante a la hora de analizar su distribución entre las diferentes líneas de trabajo -consumo, control de la oferta, interdicción, desarrollo alternativo, etc.- donde la reducción de la demanda de drogas ha adquirido un mayor peso relativo. Propiciar cambios en este sentido es lento y complejo y pasa por cambios de paradigma en la lucha contra las drogas discutidos internacionalmente y que cada país traslada a su política nacional según múltiples intereses. En ese contexto, hay indicios de una evolución en las políticas drogas a nivel internacional que pudieran, en el futuro, reorientar los abultados presupuestos dirigidos a la lucha represiva, que no está siendo cuestionada, hacia políticas en el campo de la salud y sociales dirigidas a las personas.

1.6. Presencia del Enfoque de Género y DDHH en el Programa SAVIA

A lo largo de este informe se han ido haciendo algunas menciones a la presencia o no de un **enfoque de género** y de **derechos humanos** en el Programa SAVIA y en los aspectos con los que éste se relaciona. Empezando por el segundo, se encuentran referencias a un enfoque de derechos en la formulación de SAVIA y en los documentos que dan marco a sus actuaciones. Es mencionado también en los documentos político-estratégicos a nivel nacional y en parte del discurso. Sin

³² De hecho, lo que SAVIA hizo fue integrar en el programa las colaboraciones entre AECID, la DGPND y CICAD dentro del programa PIFTE, en el que la AECID cede sus centros de formación para acoger los seminarios y subvencionar la asistencia de profesionales latinoamericanos.

embargo, cuando se desciende al terreno de lo concreto, aún se encuentran casos muy alejados de este enfoque. Por ejemplo, aún es posible encontrar ejemplos donde el consumo de drogas es abordado fundamentalmente desde un punto de vista de 'amenaza a la seguridad' de las comunidades, y se considera esencialmente un problema juvenil, generalización que supone dos riesgos: la negación del ejercicio de derechos humanos y sociales a los adictos, y su criminalización junto con la de la juventud en general. Es cierto que son ejemplos que pueden considerarse minoritarios, y que el discurso está asumido en el caso de todas las CND, pero en el nivel sub-nacional –especialmente en el municipal- aún queda trabajo por hacer. Merece destacar el caso de Colombia, donde el enfoque de derechos está presente de manera más operativa.

En cuanto al **enfoque de género**, aún es una asignatura pendiente, incluso en alguna de las estructuras nacionales centrales de los países y en la propia formulación de SAVIA. No todos los Observatorios desagregan sus datos por sexo y, si lo hacen, es de manera reciente. Tampoco en todas las políticas nacionales de RDD se tiene en cuenta este enfoque: las razones que lo sustentan se refieren a una menor prevalencia en el consumo problemático de las mujeres que de los hombres, pero también es cierto que se reconoce que frecuentemente el consumo femenino se encuentra más oculto. Sin embargo, el enfoque de género empieza a encontrarse como eje transversal de las políticas, al menos desde un punto de vista formal, y hay otros indicios que indican que el tema 'empieza a ponerse sobre la mesa', tal y como ocurre con la reciente creación de una Secretaría de Género en la JND. Entre estos indicios pueden mencionarse los siguientes:

- En el caso de Perú, hay una identificación de principios de género en la formulación del programa. Se desagregan los datos y se ha asumido la no exclusión de las mujeres en ninguno de los proyectos, que no la implicación igualitaria. En algunos casos concretos, se han diseñado actividades específicas. Sin embargo, no hay una caracterización suficiente de la problemática en mujeres.
- En Uruguay, la perspectiva de género está más desarrollada en el discurso que en la realidad. A nivel central todavía no es una realidad efectiva, tratándose como un planteamiento transversal aún muy precario. No hay un mandato interno para que las actuaciones de la JND cuenten con enfoque de género, ni se visualiza como necesario. Solamente "se insta" a incorporarlo.
- Algo similar ocurre en el caso de Colombia, que tampoco cuenta con una política diferenciada por género como tal. Sin embargo se alientan los proyectos de la sociedad civil que cuentan con este enfoque en su planteamiento.

Finalmente cuando se desciende al nivel de los proyectos locales, los indicios de presencia de un enfoque de género desaparecen, y ni siquiera se encuentra una cierta sensibilidad en este sentido. Por utilizar el mismo término que antes, en el nivel local el tema ni siquiera 'está en la mesa', de manera que, en ocasiones, incluso el tipo de actividades que se plantean en ellos excluyen, de manera indirecta, a las niñas (especialmente). Esta exclusión no es buscada y, de hecho, se genera cierta sorpresa cuando se explicita delante de los responsables de las intervenciones.

Aunque de manera muy tímida, se encuentra algún indicio de cambio propugnado por las estructuras centrales. Por ejemplo, en el caso de la JND se ha incorporado un presupuesto específico de los Fondos Concursales (ver ficha-país de Uruguay) para proyectos sobre género y drogas.

En resumen, en relación con la incorporación de los enfoques de género y derechos humanos a SAVIA queda mucho terreno por andar. Existe una presencia más o menos consistente en el discurso –especialmente en el caso del enfoque de derechos- pero su materialización práctica es aún escasa, llegando a producirse, incluso, cierta inconsciencia sobre la repercusión que su ausencia puede tener sobre los resultados finales que se obtengan.

5. CONCLUSIONES, LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Este apartado presenta las conclusiones de la evaluación en correspondencia con los niveles de análisis bajo los cuales ha sido conducida: el diseño de SAVIA, su implementación y sus resultados.

5.1.1. Conclusiones referidas al diseño

2) Un diseño con un completo modelo de actuación y visión estratégica que, sin embargo, es más propio de un plan de acción o estrategia a largo plazo que de un programa particular, programa que se resiente a la hora de responder a tales retos.

El diseño de SAVIA fue correcto desde un punto de vista teórico y trasladaba al programa los principales elementos a considerar en la descentralización de las políticas de reducción de la demanda de drogas. Representa en sí un modelo de construcción nacional ciertamente afín al modelo de fortalecimiento institucional que CICAD promovía en el nivel central en cooperación con las CND, pero trasladado al nivel sub-nacional. Al recoger todos esos elementos en SAVIA, no se planteó un programa, sino un modelo de fortalecimiento institucional para incrementar la calidad y cobertura de los servicios y programas municipales en RDD, que tiene como respuesta múltiples mecanismos (negociaciones y discusiones en foros de alto nivel, cooperación técnica, cambios normativos y legales, etc.), entre los que un programa es solo una parte.

Al identificar todos los problemas asociados a la descentralización y traducirlos en objetivos de SAVIA, no se diferenció entre lo que estaba siendo diseñado en realidad como plan de acción o marco estratégico a largo plazo —que, efectivamente, ha de comprender todos esos objetivos—, y un programa o proyecto de cooperación particular que ha de priorizar alguno y no deja de ser uno de los posibles instrumentos para viabilizar tal plan desde el punto de vista de CICAD

3) Desde tal desajuste, el Programa SAVIA traducido en sus respectivos proyectos no estuvo bien dimensionado en extensión y alcance, ni adecuadamente focalizado.

a) La extensión y alcance no se ajustaba a los recursos disponibles, y la resultante entre los países mermaba la capacidad de influencia del programa.

Varias fuentes de referencia que permiten comparar SAVIA con otras actuaciones similares refuerzan la evidencia inicial de que existía una desproporción entre los recursos financieros y técnicos disponibles y que SAVIA era capaz de movilizar, con su vocación regional de actuar en varios países cubriendo, además, todos los elementos que contribuían al despliegue efectivo de una política descentralizada de RDD (factores a nivel sensibilidad política de las autoridades, de conformación de estructuras locales y espacios de coordinación, de asignación de recursos financieros dentro de los presupuestos de la administración central y sub-nacional, de capacitación profesional, y de desarrollo de proyectos e iniciativas municipales).

Distribuidos los recursos modestos de SAVIA entre varios países, una decena de años, y entre todos y cada uno de los componentes de su estrategia, es fácil concluir que su impacto es a pequeña escala y muy dependiente de cómo cada una de las CND asuma y complemente sus acciones y las desarrolle dentro de su plan de trabajo. Dependiendo de su momento como país y la evolución de su estrategia nacional, los países veían oportuno y pertinente lo que SAVIA ofrecía,

pero como programa no tenía gran capacidad de influencia en la agenda de los países, sino que más bien debía adaptarse a ella para sacar partido a sus productos.

b) Una misma oferta de alcance nacional para diversos países que hicieron su propia selección y adaptación a posteriori.

Si bien la mayoría de las estrategias o componentes de SAVIA eran adecuados al abanico de problemas que caracterizaba las políticas de RDD en los países andinos, SAVIA no tomó en consideración, aunque la conocía, la diversidad de condiciones de partida en cada país y sus diversas prioridades y realidades políticas e institucionales. Ofreció así un mismo abanico de acciones a países dispares en su institucionalización y evolución de las políticas de RDD e, incluso, en el desarrollo de su arquitectura político-administrativa descentralizada.

- i) Es evidente que **Colombia** no necesitaba la ruta de descentralización que SAVIA proponía porque, aunque con desigualdades internas en el país, ya la había recorrido en gran parte. Era, desde luego, un país que no estaba en las mismas condiciones que el resto y que tomó parcialmente de SAVIA aquellos elementos más interesantes para él: cofinanciación de proyectos y participación en seminarios que, por otra parte, acogía como país. El apoyo principal consistió en el refuerzo a acciones de organizaciones juveniles (tanto proyectos, como apoyo directo a las mismas). Con todo, el impacto de SAVIA en Colombia no fue el previsto (la política de descentralización ya estaba diseñada e implementada), sino que el respaldo de CICAD/OEA a las actuaciones de su autoridad nacional al nivel local contribuyó a dar un impulso formal a la política pública.
- ii) SAVIA incluyó a países en donde no se daban las condiciones mínimas para el éxito desde la perspectiva nacional que proponía. El CONSEP (**Ecuador**) contaba con una estructura desconcentrada o delegaciones más amplia que la de DEVIDA (**Perú**) para poder llevar SAVIA a los territorios, pero era insuficiente —más palmariamente en el caso de Perú— para descentralizar las acciones a un nivel nacional.
- iii) La apuesta descentralizadora diseñada se topaba con las realidades centralizadoras de países como **Perú** y, parcialmente **Uruguay**, en los que solo era factible —dado el modelo político-administrativo de sus Estados o su descentralización política inacabada—, abordar una lógica de desconcentración de las políticas de drogas. En la práctica, como es lógico, el modelo nacional (desconcentración) se impuso al modelo de SAVIA (descentralización), configurándose el programa como un paso incipiente que, al menos, permitía a las CND tener presencia en varias zonas del país para incidir desde los territorios en un proceso descentralizador a largo plazo. Tal proceso, en todo caso, escapaba a su capacidad de influencia, afecta a todas las políticas sociales del país, no sólo a la temática de drogas, y entra en otras lógicas políticas de modelo de nación en las que se influye a través de otras instancias de alto nivel, no a través de proyectos.
- iv) SAVIA no previó el escalón **regional/departamental** para poder llegar ‘descentralizadamente’ a los municipios, aunque se adaptó *a posteriori*. Ante esta evidencia, el programa no supo proponer una estrategia de consenso a las CND para un acercamiento concentrado o demostrativo en algunos departamentos (para así concentrar esfuerzos y recursos, y ‘aprender antes de extender’) y no tuvo la constancia necesaria para ir apuntalando las condiciones e instrumentos que aseguraban capacidades y recursos a nivel central y regional/departamental (sensibilización e integración en la agenda política, mecanismos de coordinación, vías de financiación, etc.), aunque fuera en determinadas zonas del país, antes de adentrarse en el universo municipal de esas mismas regiones/departamentos.

4) Aunque estaba presente en el enfoque y era parte de los talleres sensibilizadores/formativos, las iniciativas apoyadas no contemplaron la RDD de manera integrada sino que se centraron casi exclusivamente en la prevención, lo que resta valor añadido al programa y legitimidad al discurso.

El programa SAVIA no ha potenciado, salvo excepciones, líneas de actuación distintas de una intervención preventiva universal basada en estrategias informativas y de generación de alternativas de ocio. No ha impulsado otro tipo de estrategias complementarias que permitieran un abordaje preventivo multicomponente e integral más efectivo, así como otro tipo de prevención escasamente desarrollada, como la prevención selectiva e indicada dirigida a adolescentes y jóvenes. Tampoco ha sabido atajar la demanda de trabajar la problemática del consumo de drogas desde la perspectiva asistencial, deficitaria en la mayoría de los países.

Aunque era un objetivo del programa para mitigar la inequidad de los sistemas de atención y extender su cobertura, la problemática relacionada con el tratamiento tenía varios frentes de actuación no previstos en el diseño de SAVIA o en los que su influencia era menor:

- a) la falta de convocatoria y movilización de las autoridades de otros sectores (principalmente Ministerios de Salud) con los que habría que coordinarse; y
- b) la baja cobertura estructural de los módulos ambulatorios y centros de atención terapéutica, y su pésima calidad y atención desde la perspectiva de la salud y los derechos humanos.

En todo caso, que el programa no haya avanzado decididamente y de forma selectiva en la formación en esta materia a los recursos humanos directamente involucrados en él (las CND y actores locales o técnicos/as que ejecutan los proyectos locales) no hace sino repetir esquemas de prevención, no reducir la ya pobre atención a los casos de detección precoz y de tratamiento, y no disminuir la inseguridad de estos profesionales acerca de cómo actuar cuando detectan casos de consumos problemático o de dependencia de las drogas al no haberse desarrollado protocolos de derivación, fundamentalmente desde los centros educativos.

5) SAVIA reconocía la magnitud y complejidad de su reto pero no tuvo en cuenta la necesidad de contar con todos los apoyos necesarios y asegurarlos en la medida de lo posible, lo que a la postre redujo su alcance de 6 a 2 países.

SAVIA constituía un modelo de actuación necesariamente complejo y ramificado —al tener que encadenar esfuerzos y actores desde el nivel central hasta el municipal—, pero que no se construyó sobre acuerdos sólidos para asegurar, en lo posible, la vinculación continuada de las instituciones principales en los países y viabilizar su operatividad.

El habitual marco de cooperación de CICAD es bilateral con las CND y a nivel nacional. Ha sido por lo tanto coherente y acertado dar el salto a la acción municipal junto con los mismos socios, las CND. Sin embargo SAVIA no supo diagnosticar adecuadamente que actuar en el nivel sub-nacional dependía, como no podía ser de otra forma, de un continuo interés y coincidencia con las estrategias de las CND, y una constante capacidad de éstas para coordinar tal trabajo. Cuando cambió la estrategia nacional (**Venezuela**), la CND no dispuso de tales capacidades y recursos (**Bolivia**) o no hubo tal voluntad, sintonía o coordinación (en parte **Ecuador** y **Colombia**), el programa SAVIA se quedaba sin sus socios locales. A esto también contribuyó el desequilibrio entre las pretensiones de SAVIA y los recursos que aportaba a los países, sobre todo económicos, pero también de asistencia técnica.

6) En resumen, dadas todas estas capacidades, circunstancias y condicionantes, no era posible que SAVIA alcanzase su propósito

No era posible alcanzar el propósito que había sido definido para el Programa —bien es cierto que de manera implícita—, que quedaba muy lejos de su capacidad real de actuación y requería el concurso de otros elementos, al menos de orientación política, estructura administrativa y coyuntura adecuada. Tampoco era posible que los proyectos incluidos en el Programa alcanzasen cada uno de sus propósitos, generalmente fuera de su alcance, aunque sólo fuese por lo limitado del periodo de ejecución, de los recursos dedicados y, en consecuencia, de lo localmente puntual de su acción.

5.1.2. Conclusiones referidas a la ejecución

7) Un cambio de estrategia a mitad del programa: se pasa a priorizar la actuación directa (cofinanciar proyectos locales) cuando no se habían asegurado condiciones a nivel central, las vías de financiación, y la institucionalidad y el manejo de instrumentos en los municipios.

El principal escollo que debió superar SAVIA durante su implementación, más allá de un buen número de problemas menores, fue el desapegarse del diseño inicial por un cambio de prioridades en uno de los impulsores del programa, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) de España. SAVIA pasó así a intervenir demasiado pronto en el nivel local, cuando aún no se daban las condiciones más adecuadas. Con ello, el programa no persistió en algunas de sus estrategias iniciales el tiempo suficiente como para poder asentar los cambios a los que apuntaban.

En una primera etapa trabajaba para preparar o fortalecer a los países de cara al proceso descentralizador, actuando a nivel central, departamental/regional y también a nivel municipal; no desde la actuación directa en programas o servicios, sino desde la generación de condiciones para que los municipios pudieran hacerlo: sensibilización actores, incidencia en la financiación pública, conformación o potenciación de mecanismos de concertación (comités) y de instrumentos de gestión (diagnósticos, planes).

Tales propósitos, por sí mismos, hubieran requerido de una década larga de afianzamiento. Aunque esto no impide actuar además apoyando iniciativas municipales concretas, debería ser algo complementario y —lo que no fue— concentrado y demostrativo. Esto puede ser presentado como un intento de movilizar a la acción y dotar de sentido y contenido a los mecanismos de concertación e instrumentos de gestión arriba citados, pero en la práctica tales proyectos se gestaron en su mayor parte —salvo excepciones— como acciones puntuales, sin más recorrido que la financiación recibida y faltos de encaje en la gestión municipal.

En este cambio de estrategia SAVIA abandonó uno de los retos en los que menos había avanzado: incrementar las vías de financiación y el presupuesto público para hacer viables las políticas y programas municipales. En realidad era y es una problemática que escapa a la influencia de SAVIA, y en la que las propias CND reconocen su impotencia al definirse como entes rectores sin capacidad ejecutiva en otros ministerios (para incluir o aumentar presupuesto para RDD) y, a menudo, tampoco en los gobiernos regionales/departamentales y municipales.

8) Al saltarse la lógica previamente definida, la condiciones a nivel municipal eran débiles, por lo que SAVIA no pudo ejecutar pasos que resultaban importantes (planes municipales), concatenar los productos con las decisiones subsiguientes que debían propiciar (diagnósticos) y dotarlos de suficiente calidad

a) [Los Planes municipales de drogas y los proyectos cofinanciados.](#)

La concatenación de las acciones y los productos no se llevaron a cabo con la articulación prevista. No se pudieron realizar los Planes Municipales de Drogas, productos que, además de dar legitimidad y servir para concertar y ordenar la trayectoria futura de la política municipal en RDD, deberían enmarcar los proyectos locales de prevención. Esto fue así, en parte por ser una idea descontextualizada de la gestión real de los municipios; y en parte por no estar asentado como producto en las capacidades municipales (existentes o promovidas), en términos de gestión institucional y capacitación de recursos humanos. Se identificaron casos en los que no se contaba con personas en los municipios que pudiesen elaborarlos.

Cuando existía un marco de planificación que diera cobertura al proyecto municipal cofinanciado, era una formalidad administrativo-financiera anual que oficializaba el convenio entre la CND y el municipio que se limitaba, en contenido y en tiempo, al proyecto en cuestión; es decir, no plasmaba propósitos de más largo alcance y con vocación de orientar la política municipal en RDD.

b) [Los diagnósticos y los proyectos cofinanciados.](#)

La conexión entre diagnóstico situacional local y el proyecto local tuvo un mayor éxito en Uruguay, al concebirse como una actuación conjunta y cercana en el tiempo.

En el resto de países, la vinculación entre uno y otro producto pasó por distintas vicisitudes: a) se vio interrumpida, desactualizando los diagnósticos, o no fue coherente, ejecutando proyectos en donde no se habían realizado estudios sobre la problemática de drogas (ambos casos en Perú y Ecuador); b) no fue necesaria tal concatenación (Colombia ya contaba con diagnósticos locales).

Con todo, en estos tres países, un buen número de diagnósticos no tuvieron su continuidad en planes o proyectos locales, bien impulsados por SAVIA, bien retomando la CND la potencial utilidad del diagnóstico para articular algún plan o, al menos, alguna iniciativa local. En ningún caso se ha reportado que los diagnósticos hayan sido actualizados. Mientras, se apoyaron varios proyectos locales sin contar con un estudio diagnóstico de la problemática de drogas como uno de los requisitos para cofinanciarlos.

c) [Los intercambios de experiencias y su funcionalidad.](#)

Muy apreciados por los países, los encuentros internacionales no terminaron sin embargo de cuajar en un propósito que fuese funcional al resto del programa, si bien propiciaron un acercamiento y sensibilización en nuevos enfoques y modelos, además de compartir experiencias de actuación entre los países participantes. Con todo, no ha sido acertado ni se dieron las condiciones para calificar el intercambio como de "buenas prácticas", ya que no fueron rigurosamente sistematizadas y contrastadas como tales la experiencias locales compartidas, lo que restaba valor y replicabilidad al intercambio.

9) [SAVIA ha tenido un diseño integral y una ejecución fragmentada](#)

Todos los países reconocen a la CICAD como un socio estimable, más en su labor de concertación hemisférica y de asistencia técnica, que en la gestión de proyectos puntuales. No siempre la lectura desde la CICAD y desde las CND fue la misma en la aplicación de SAVIA. Si bien se identificaban voluntades para sumarse a SAVIA entre los representantes de las CND, éstas no significaban un acuerdo formal que solo era concretado una vez que cada proyecto SAVIA era aprobado por AECID, lo que cada dos años aproximadamente introducía la incertidumbre de si los países renovaban su colaboración o no con SAVIA/CICAD.

Por otra parte, adentrarse en el universo de la acción municipal requirió cabalgarse en la estrategia de acción de la CND para su territorio y respetar sus procesos y tiempos. En varias ocasiones, los países tardaban en incorporarse a los proyectos, o su participación se interrumpía a lo largo del programa fragmentando su ejecución y teniendo que renovar varias veces sus interlocutores —por la rotación en las CND—, y con ello, los acuerdos iniciales.

10) Una ejecución con débil encaje institucional y sin incentivos suficientes para la gestión por resultados

SAVIA inauguraba líneas de actuación municipal, como la cofinanciación de proyectos locales. Si bien pueden interpretarse dentro de la Estratégica Hemisférica y el Plan de Acción plurianual, en realidad fue un ente autónomo en CICAD a la hora de plantear los componentes que debe ejecutar. Ninguna de las partes asumió una responsabilidad plena sobre el programa y sus resultados. AECID sede lo veía como un ente administrativo, un programa gestionado por la OEA y el FEPO del que le bastaba con tomar nota de las planificaciones anuales que justificaban una nueva Subvención de Estado. La DGPNSD lo asociaba a un símbolo de su cooperación técnica en América Latina, sobre todo en el marco de los seminarios de capacitación del programa PIFTE. Por su parte, CICAD lo consideró un “programa español” del que se encargaba el administrador contratado al efecto, con fuertes vínculos tanto con la DGPNSD, como con la AECID.

Tampoco le fue requerido un marco de resultados y una rendición de cuentas basada en ellos, más allá de lo que la responsabilidad del Administrador delimitaba. El/la Administrador del FEPO y el DPE eran quienes ejercían las funciones de supervisión más estrecha. Solo bajo los nuevos requerimientos del DPE, el programa comenzó a proveer formalmente determinados insumos para la gestión por resultados, tarea todavía muy incipiente en la que todavía no encaja.

11) La labor de promoción e incidencia del primer Administrador, a modo de “asistencia transversal”, permitió la sobrevivencia de SAVIA y aportó coherencia desde la óptica de los países

SAVIA fue reconocible en los países por la labor incesante de su primer promotor en CICAD, Administrador del programa. Era su visión la que había sido trasladada al diseño del programa. Por lo tanto actuó durante la ejecución —tanto en sus repetidas visitas a las CND, como gracias a los encuentros bilaterales en los seminarios internacionales— como el agente que aportaba coherencia en los países acerca de qué era SAVIA y qué pretendía. Su rol, entre sensibilizador, movillizador y de asistencia técnica, permitía que cada país encontrara en SAVIA algún elemento de interés y, por otro lado, que SAVIA se adaptase al ritmo e intereses de cada CND.

5.1.3. Conclusiones referidas a los resultados

12) A la vista de los resultados, se puede afirmar que los efectos de SAVIA por países no son los mismos

a) SAVIA cuenta con efectos claros en Uruguay y en Ecuador

El programa Savia supuso para la JND de **Uruguay** una “semilla”. Su potencial no fueron los recursos económicos, no muy elevados, sino el haber proporcionado una metodología y un procedimiento de trabajo secuencial y coherente como parte de los requisitos para acceder a los fondos (diseño de unos proyectos de intervención en drogas para cada departamento, capacitar a las personas en esas zonas, implementar proyectos con financiación, intercambios de técnicos, etc.). Brindó además la oportunidad de que los agentes trabajen conjuntamente en el nivel local (departamental), contando con un presupuesto para ello.

En **Ecuador**, la primera etapa de SAVIA supuso un aporte importante, no desde un punto de vista cuantitativo, sino por acelerar la conformación de una red desconcentrada del CONSEP a través de puntos de articulación en los municipios. En la etapa previa a dedicarse a financiar proyectos, SAVIA fue valorado por aportar metodología y formas de hacer. Permitted concretar las ideas que el CONSEP tenía acerca de la constitución de una red de prevención: cómo hacer prevención, cómo ir ampliándola localmente a nivel de país, no sólo donde estaba el organismo rector, y se fueron descentralizando las actividades de prevención.

Es atribuible a SAVIA la constitución de 7 Comités Locales para la prevención en el consumo de drogas. Posteriormente denominados PAR, estaban constituidos por personas interesadas en el tema, aunque no tuviesen experiencia (maestros, líderes comunitarios...), asistidos por un especialista regional del CONSEP y, a veces, presididos por la autoridad municipal. En esa línea, la Unidad de Prevención de CONSEP promovió un modelo de Ordenanza Municipal que recogía el compromiso de proporcionar apoyo logístico y financiero a los Comités, mientras que las oficinas regionales del CONSEP aportan asistencia técnica al proceso.

b) [En Perú, permitió reforzar la acción desconcentrada, pero la atribución de algunos productos y los efectos no está clara](#)

También en **Perú** fue muy valorada la primera etapa de SAVIA porque propició encuentros inter-regionales que abrían un campo de concertación a nivel regional nuevo para DEVIDA. Las posteriores actuaciones a nivel regional para disponer de planes regionales, incluidos algunos con su reserva presupuestaria, y a nivel municipal para reforzar y ampliar los COMUL, se diluyen con el apoyo prestado por la Cooperación Técnica Belga, a través de un proyecto de similares características y fines.

c) [En Colombia, efectos de incidencia política y otros marginales](#)

Básicamente orientado en **Colombia** al apoyo de hasta 25 proyectos juveniles locales, el programa fue relevante no solo por su impacto en tales iniciativas, sino porque se integró con la experiencia colombiana y dio un impulsó formal a la política pública en materia de drogas, respaldo que justificó el trabajo de OEA en el nivel local.

13) [SAVIA ha permitido 'explorar' el nivel local](#)

El programa ha podido explorar una variada categoría de proyectos, no tanto en temática, como en sus formas de gestión, en condiciones en las que fueron ejecutados y en nuevas estructuras para coordinar la acción local en RDD, mayormente preventiva. Pero esto no siempre se hizo correctamente, utilizando eficientemente los recursos y estudiando las mejores oportunidades: no fueron los mejores proyectos posibles, ni se sopesaron bien las condiciones (o el riesgo de no cumplirlas). Así, no siempre existían los recursos locales para poder llevarlos a la práctica, o no los suficientes y adecuados, tanto económicos, como técnicos y humanos. Tampoco se previó la necesidad de un mayor acompañamiento de los proyectos, en tanto que algunas CND no tenían la capacidad suficiente para hacerlo adecuadamente.

Colombia es una excepción en el escenario anterior. En el caso de **Ecuador** puede decirse que al menos varios de los proyectos han tenido un cierto acompañamiento y co-responsabilidad por parte de las autoridades locales, al igual que un único caso en **Perú**. En **Uruguay** no alcanzaron ni las capacidades en las JDD, ni el acompañamiento técnico que podría brindarse desde la JND.

14) [Los principales efectos de SAVIA lo sitúan como un programa acelerador o catalizador](#)

Si bien SAVIA no ha podido cumplir con su amplia agenda de propósitos, ambiciosos, lo cierto es que el programa ha permitido avanzar más rápido en el proceso de descentralización. La opinión generalizada en los países es que SAVIA ha actuado a modo de catalizador en unos casos, o de intensificador en otros, si bien en su ausencia se hubiera avanzado en la misma agenda, con menos insumos y posibilidad de compartir con otros países, pero llegando al mismo punto.

Las CND en los países analizados también coinciden en destacar el respaldo político que un programa como SAVIA les proporcionó.

5.2. Recomendaciones.

1) Se recomienda reflexionar, en el nivel de la estructura de la CICAD que resulte más adecuado, sobre el modo de hacer frente a sugerencias o peticiones de un donante que no coincidan plenamente con la línea de acción decidida internamente

En el caso de SAVIA las sugerencias o peticiones se producen en dos momentos diferentes: en el inicial se refieren al área de intervención en el que se debían desarrollar las intervenciones. Si bien en aquel momento la prioridad de CICAD se situaba más bien en Centroamérica, la zona andina quedaba también claramente en el marco de su ámbito de actuación y contaba con una problemática definida que podía atenderse de este modo.

Sin embargo, en el momento en el que el acento de SAVIA abandona el fortalecimiento de las CND para centrarse en la actuación municipal se pierde el impulso inicial y se dificulta la ejecución posterior por no haber consolidado aquellos elementos que precisamente hacían factible abordar actuaciones locales. Era en ese momento, cuando habría sido necesario plantearse el mejor modo de hacer consciente al donante de las consecuencias del cambio de rumbo, que dado el conocimiento existente podían preverse desde este momento.

Es cierto que SAVIA es sólo un ejemplo, por lo que este equipo evaluador no cuenta con evidencias de que un problema como éste se haya producido en otras ocasiones o con otras intervenciones. Sin embargo, aunque sólo sea tomado a modo de indicio, merece la pena plantearse la reflexión.

2) Diseñar intervenciones que realmente pueden llevarse a la práctica, o diseñar todos los componentes, pero elegir el que realmente se va a apoyar para marcar una diferencia.

a) Desde el punto de vista territorial

SAVIA debería haber tratado de focalizarse en menos países, o cuando menos, de pactar una estrategia de actuación con cada CND para ejecutar actuaciones concentradas en unos pocos departamentos/regiones y municipios con una idea muy clara de potenciar la experiencia compartida y explorar condiciones para el éxito y buenas prácticas.

b) Desde el punto de vista de la intervención en la que se incidirá

SAVIA debe escoger un componente en el que aporte valor añadido y cuyos resultados sean alcanzables. No se puede llevar a la práctica el modelo integral exclusivamente desde el instrumento 'proyecto o programa de cooperación' al no darse las condiciones ni contar con recursos necesarios.

3) Intensificar el valor diferencial de la CICAD

Es recomendable centrarse en los aspectos en los que CICAD/OEA puede aportar un valor auténticamente diferencial, tales como:

- a) **Incidencia política.** Apoyar del proceso de descentralización frente a desconcentración para incrementar sostenibilidad, vinculando la experiencia del programa (la ejecución y diferentes resultados por países con diversos modelos centralistas/descentralizados) con los debates de alto nivel en los plenarios de CICAD en donde puede canalizarse la incidencia política.
- b) **Mirada hemisférica.** En este caso, centrarse exclusivamente en favorecer la cooperación horizontal y la asistencia técnica demandada.
- c) **Favorecer los intercambios y las redes de aprendizaje,** garantizando un orden estratégico en tal intercambio y la calidad y validez de las experiencias compartidas.
- d) **Generador de contactos,** tanto con el objetivo de generar redes, como para recabar asistencias técnicas de otros lugares (UE, España, etc.), aprovechando al máximo las oportunidades de formación de programas como el PIFTE.

Si hay que respetar un modelo de programa pluri-país, entonces es necesario optar por alguno de los componentes, trazar un común denominador y centrarse en los mismos aspectos —si bien no todos los países tienen que jugar el mismo rol (ej. cooperación triangular)— para aprovechar el potencial de aprendizaje que resulta del contraste de las diferentes experiencias.

Esto no quiere decir que las actuaciones sean idénticas, ya que obviamente también hay que tener en cuenta el contexto. Pero sí debe abordarse la misma cuestión común (sobre todo con recursos limitados y un ancho campo geográfico) porque si cada país toma de un abanico de componentes aquello que más le interesa, no es un programa pluri-país.

4) Replantearse la conveniencia de la actuación a nivel municipal... pero si se opta por la acción municipal, que sea efectivamente demostrativa

La labor de seguimiento desde CICAD es costosa y tiene que ser indirecta (ha de pasar por la CND). Con pocos recursos, es más recomendable barajar la opción de centrarse en las CND, aunque sea para apoyarlas a impulsar sus modelos de descentralización y asesorarlas en el acompañamiento que han de realizar en los territorios, más que centrarse en la ejecución de proyectos locales como se ha hecho en la segunda etapa de SAVIA.

Ahora bien, si se apuesta por la intervención municipal, SAVIA debe priorizar una estrategia de apoyo a pocas acciones locales que generen un valor añadido. Dejar la identificación de tales proyectos en manos de las autoridades y actores locales con poca o nula experiencia en la materia sólo lleva a replicar modelos clásicos poco efectivos. Es decir, es preferible que SAVIA apoye pocos proyectos pero que estos sean capaces de poner en práctica modelos de actuación que rompan las dinámicas de prevención universal a las que los actores locales por lo general recurren (también por visibilidad), dinámicas que se han evidenciado limitadas y poco efectivas.

Se trata por lo tanto de concentrarse en ejecutar pocas actuaciones pero asegurando las condiciones para que sean verdaderamente demostrativas de nuevas formas de actuar ante el consumo de drogas. En ellas, además, hay que prever de manera inexcusable una adecuada sistematización y evaluación para, en su caso, presentarlas —con base a tales evidencias y

delimitando muy bien en qué condiciones han sido exitosas— como “buenas prácticas” y facilitar así su transferencia y réplica.

5) Reforzar las posibilidades de obtener resultados sostenibles

Los cambios en las políticas, en su nivel normativo, institucional, de efectiva dotación de recursos y capacidades humanas, requieren de un esfuerzo sostenido y un apoyo relevante y especializado. CICAD cuenta con tal especialización, por lo que si sigue las recomendaciones anteriores y se decide actuar en no más de dos cuestiones o problemáticas, los resultados serán más sostenibles.

6) Replantearse qué se puede hacer en formación.

SAVIA no está llamada a jugar un papel relevante en la formación formal de especialistas. Hay agencias que cuentan con el *know-how* y especialización que tal componente requiere. A pesar de ello, si se decide seguir financiando procesos de formación, es preferible que lo sean realmente. Es decir, que cuenten con objetivos de aprendizaje y de resultados que orienten un diseño que incremente sus posibilidades de lograrlos. Igualmente importante será definir los perfiles de las personas participantes, hacer una selección acorde a estos perfiles, evaluar el aprendizaje conseguido y hacer un seguimiento de personas egresadas que permita valorar adecuadamente los efectos de la formación (en términos de aplicación y de cambios en su trabajo o en sus resultados).

En la mayor parte de los casos, dedicar recursos a procesos no formalizados supone su pérdida o, al menos, una utilización de menor valor de esos mismos recursos. En el supuesto de que se prevea realizar actividades en esta línea se recomienda que sean etiquetadas según su naturaleza real, más relacionada con la información o, como mucho, con la sensibilización.

En todo caso, sí se podrían fomentar en mayor medida las asistencias técnicas entre países o ‘trianguladas’ (CICAD + país asesor y país receptor) o potenciar el carácter formativo de los proyectos demostrativos o de otras actividades desarrolladas. Para conseguir esto último, por ejemplo, pueden reforzarse los procesos de sistematización de los resultados y proceder al contraste y validación de buenas prácticas que puedan convertirse en fuente de aprendizaje.

7) Específicamente sobre los encuentros

Los seminarios internacionales han de delimitar más claramente su función dentro de la estrategia de descentralización de las políticas sobre drogas. Una dispersión de funciones (ponencias magistrales, talleres, intercambio de experiencias, etc.) dispersa también sus efectos y no trasmite claramente sus objetivos.

Es recomendable delimitar con claridad el *para qué* de tales eventos. Ejemplos: a) potenciar una red andina de municipios y su intercambio de experiencias; b) influenciar en los/as ejecutivos/as y especialistas en las CND centrales acerca de nuevos enfoques en RDD; c) sensibilizar e involucrar a otro decisores clave, como los Ministerios, sobre los que la CND no tiene capacidad ejecutiva y poca capacidad de influencia sobre la importancia de acompañar el proceso descentralizador y bajo qué modelos parece funcionar en otros países. Son distintos fines que, por lo tanto, clarifican a *qué perfiles* han de estar dirigidos y qué público meta convocar.

Deben, a su vez, acordarse unas pocas medidas sencillas y aplicables (más que grandes objetivos o declaraciones) y dar seguimiento esos pocos compromisos, responsabilizándose por ejemplo a un relator por país bajo un modelo de colaboración “entre pares” (*Peer Review*) que aporte objetividad al proceso y favorezca la cooperación horizontal entre países.

8) Aprovechar la oportunidad que puede suponer los cambios experimentados recientemente en SAVIA y replantearse el Programa en su totalidad

El cambio en la coordinación del Programa y la aprobación de un nuevo monto para la intervención ha producido un periodo de cierto *impasse* cuyo final puede considerarse coincidente con esta evaluación. Por ello, este es un buen momento para replantearse el Programa SAVIA en su totalidad, tras más de 12 años de existencia. Para ello, se recomienda tener en cuenta al menos las siguientes cuestiones:

- El diseño general puede seguir siendo globalmente válido, pero es necesario decidir en qué componente se desea centrar la actuación, en qué países hacerlo y cuál será el rol de cada uno de los países participantes.
- Eso significa que debería definirse un nuevo propósito para SAVIA, al menos para el proyecto que se inicie en esta nueva etapa, que sea acorde con el alcance y el contenido de lo planteado, así como con la capacidad de actuación que exista realmente y con las condiciones reales en las que se desarrollarán las actuaciones.
- Se recomienda replantearse igualmente a qué nivel de gobierno se desarrollará la acción de SAVIA. Y si se decide seguir incidiendo en el nivel sub-nacional, es necesario establecer con claridad las condiciones que deben darse en los lugares concretos de intervención, y seleccionar junto con la CND correspondiente algunos —muy pocos— donde efectivamente se produzcan esas condiciones para que dichas acciones tengan efectivamente un valor añadido singular y un carácter demostrativo que favorezca identificar buenas prácticas y diseminar la experiencia.
- Se recomienda reflexionar sobre si se seguirá trabajando únicamente en prevención, o si se desea ampliar el abanico de la intervención. El criterio clave para ello debería ser qué curso de acción facilita en mayor medida alcanzar el nuevo propósito planteado. Sin embargo, conviene tener en cuenta igualmente las implicaciones de ampliar el trabajo a otros ámbitos de la RDD, especialmente en relación con la necesidad de mantener los esfuerzos en el tiempo o la necesidad de trabajar, además de con las CND, con las autoridades sanitarias.
- Como requisito previo, debería identificarse lo que ya están haciendo los países participantes en SAVIA por sí mismos, ya sea con recursos propios ya se apoyen en otras fuentes de financiación y otros donantes que están actuando en líneas de actuación similares. De este modo, SAVIA podrá centrarse en aquellos lugares donde pueda contar con mayor incidencia o, alternativamente, decidirse a apoyar otras actuaciones de mayor alcance.

SAVIA es un proyecto que, en general, recoge valoraciones positivas por parte de la mayor parte de los agentes contactados y ése es un activo que conviene no dejar perder. Al mismo tiempo, el contenido de SAVIA no es conocido con precisión, sino que existen ideas muy generales y previsiblemente fácilmente reconvertibles. Estos dos hechos suponen que un cambio en los contenidos y propósito de SAVIA no sería previsiblemente percibido como un cambio radical, y permitiría al mismo tiempo reforzar la posibilidad de alcanzar efectos relevantes y perdurables.

9) Integrar SAVIA en la estructura general de la CICAD, en el nivel que le corresponda

Un funcionamiento de SAVIA más integrado en la estructura y el funcionamiento de la CICAD como un todo —en el nivel que le corresponda por su alcance y amplitud— facilitará su apropiación por

parte de la organización, los intercambios y el aprovechamiento de recursos de otras partes de la Comisión y, en definitiva, un mejor desarrollo de la intervención.

5.3. Lecciones aprendidas.

Este apartado resume las lecciones aprendidas derivadas de la ejecución del programa SAVA, es decir, aquellos aprendizajes obtenidos a partir de esta experiencia y que pueden ser generalizables a otras situaciones.

En buena medida, la mayoría de las conclusiones de esta evaluación pueden ser potenciales lecciones aprendidas. Destacaríamos las siguientes:

a) De carácter general

1. No es posible inducir un proceso de descentralización sectorial si los Estados responden a un modelo centralista. Asumir las limitaciones propias es un primer paso que evita dilapidar recursos. Acomodarse a un proceso desconcentrador para llegar, a través de las delegaciones de las entidades centrales a los territorios sub-nacionales es una alternativa no tan ideal pero sí más respetuosa con los modelos político-administrativo de los Estados y con su evolución.
2. Las actuaciones dirigidas a las entidades que figuran en la base de la cadena político-administrativa de los Estados (municipios, cantones, etc.) deben de tomar en cuenta los niveles político-administrativos intermedios (gobiernos regionales o departamentales). Actuar en lo local es deseable si la transferencia de competencias y recursos es suficiente y se actúa en coherencia con las estrategias nacionales/regionales y en coordinación con estos actores. No es deseable actuar directa y exclusivamente en el nivel municipal si el éxito y sobre todo la sostenibilidad depende del apoyo a las políticas municipales que debe emanar de las autoridades regionales/departamentales y central. Hacerlo no niega el éxito en materia de generación de capacidades (formación, planes, instrumentos, proyectos e iniciativas locales) pero sí cuestiona su coherencia y viabilidad en tanto en cuanto tales acciones dependan de la transferencia de recursos nacionales/regionales, y de concierto y coordinación entre autoridades sectoriales con representación territorial.
3. La aplicación de políticas y programas, y la prestación de servicios públicos descansan sobre cuatro pilares: una propuesta de acción o mandato, recursos humanos capacitados para implementarlo, un presupuesto que lo haga viable, e instrumentos y procedimientos de gestión para ejecutarlo y coordinar a los actores afectados. Todos ellos son necesarios en la misma medida y cualquier combinación en la que falte uno de ellos no va por el buen camino o es irrealizable. En todo caso, las personas son el recurso más valioso porque pueden incidir en los demás.
4. Más que complejo, el paso de la planificación por actividades a la gestión por resultados enfrenta al responsable de programas a la ineludible reflexión de en qué medida efectivamente tales resultados está al alcance de su intervención. Esto debe invitar a la modestia y realismo en sus planteamientos. También darse cuenta de que si no se define estratégicamente tales resultados, sino que se hace a posteriori acomodándolos en actividades ya previstas, estaremos falseando el modelo y, por lo general, nos conducirá a un enorme *gap* final entre lo realizado y lo pretendido. Es preferible enfrentar la incertidumbre de saber si al finalizar nuestro programa habremos realizado o no una contribución clara a los resultados que hemos fijado estratégicamente —porque el fracaso siempre será relativo en tanto que apoyará una reflexión acerca de si las acciones eran o no las adecuadas, o en qué condiciones el éxito parece ser

mayor, y por lo tanto impedirá repetir errores e introducirá mejoras—, que dar por buena la ejecución de actividades que en la práctica no sabemos a qué están contribuyendo.

5. En línea con lo anterior, un marco por resultados no es un traje en el que se acomode un proyecto ya esbozado, sino el producto final de una serie de decisiones en las que se ha de hacer partícipes a los socios con los que y para los que va dirigido el programa y se co-responsabilizan de su gestión. Es de la reflexión conjunta y del conocimiento de la realidad y problemas a los que se enfrentan los socios/destinatarios de los programas que se extraen los indicadores más coherentes que traducen los resultados buscados en experiencias y mejoras observables.

b) Acerca de la estrategia de apoyar proyectos municipales

6. Cuando un programa regional contempla como parte de su estrategia destinar fondos a la ejecución de proyectos particulares (los proyectos municipales en el caso de SAVIA), debe asegurarse previamente un conocimiento de primera mano de las condiciones en las que pueden ser ejecutados y respetar los criterios discutidos para su financiación. No es un buen comienzo ponerlos en marcha si no existen las capacidades locales para liderarlo o se apoyará localmente su ejecución sólo como parte de una oportunidad externa de financiación, pero si visos de continuidad o de extraer lecciones aprendidas de la experiencia.
7. Destinar recursos de un programa a la financiación de proyectos locales debe ser parte de una estrategia, no un hecho puntual; estrategia que pasa primero por garantizar que se cuentan con las capacidades locales para liderarlo y extraer lecciones de la experiencia. Incluso cuando se decide que el proyecto local seas ejecutado en condiciones no óptimas pero con la idea de “mover a la acción, mostrar el camino o generar compromisos”, deben de ser analizadas, acordadas y respetadas ciertas condiciones previas. Pasan por identificar claramente qué temática de proyecto interpela más a la responsabilidad de la autoridad local. Generalmente, realizar acciones de prevención universal (actividades de ocio alternativo, marcha popular o manifestaciones, etc.) suele ser visto como algo fácilmente asumido por otros: un centro educativo, una ONG, etc. Pasan también por identificar qué rol es deseable que cumpla cada actor local y qué acciones se llevarán en paralelo al proyecto para conectar su ejecución con los compromisos que se espera han de asumir las autoridades locales con el tema que promueve.
8. Es cierto que un proyecto local puede ejecutarse en ausencia de determinados elementos de institucionalidad local —entre ellos, un plan municipal que lo enmarque— siempre que el propósito sea propiciar, a partir de ese proyecto, una línea de trabajo de “abajo hacia arriba” que visibilice el problema y conduzca a la postre a una reflexión acerca de la necesidad de contar con un plan y coordinarse en la materia. Pero siempre hay condiciones que respetar para que esto ocurra y ha de evitarse a toda costa ejecutar proyectos sin prever en ellos también mecanismos de interlocución y lobby con las autoridades y sin visos de que el municipio pueda en el medio plazo hacerse cargo y responsabilizarse, o lo que es peor, asumir que es un problema que queda ya así atendido con los recursos facilitados por otros (externos de la cooperación internacional, o centrales del organismo rector).
9. Si una parte de la estrategia del programa es fortalecer las capacidades locales, los proyectos que se impulsa deben, cuando menos, tratar de asentarse en tales capacidades que el propio programa ha promovido; y no ejecutarse en zonas en las que ni el socio local por sus propios medios, ni el programa, han intervenido con anterioridad.

c) Acerca de los productos tangibles: guías, manuales, diagnósticos, etc.

10. Los procesos de formación más interesantes desde el punto de vista del aprendizaje son aquellos que han fracasado en parte, pero que cuentan con un procedimiento de evaluación y seguimiento para mostrar tal fracaso y, por lo tanto, introducir elementos de mejora en base a tales evidencias. Los procesos de formación más irrelevantes son aquellos de los que no se dispone información acerca del conocimiento o competencias adquiridas (ej: pruebas o evaluación del desempeño en casos reales tutorizados) y su utilidad (ej.: seguimiento de los profesionales en su práctica).
11. El proceso de selección de las personas que pasan por procesos de formación es tan relevante como el contenido de la formación en sí, porque ambos elementos deben encajar. Cada persona tiene una experiencia profesional previa y un capital de conocimiento distinto. También un puesto o posición que delimita su campo de trabajo y funciones. Su participación en unos u otros contenidos y el nivel de profundización en ellos debe ser lo más coherente posible.

d) Acerca de los productos tangibles: guías, manuales, diagnósticos, etc.

12. Debe estudiarse cuidadosamente la inversión de recursos en materiales y productos, como guías, manuales, diagnósticos. Su utilidad está estrechamente vinculada a una demanda real de los países, que no necesariamente es la misma por no estar en el mismo estadio del problema o aplicar el mismo enfoque. Identificar claramente al colectivo destinatario final, sus demandas y dificultades —más que suponerlas o trasladar directamente la experiencia de otros países— y sus capacidades de comprensión son elementos clave para elaborar un producto que sea posteriormente cabecera del trabajo de los profesionales. Por último, sopesar la posibilidad de que sea más eficiente adaptar guías o manuales ya disponibles en otras organizaciones.
13. Lo anterior conduce a que los productos más tangibles (guías, manuales, ...) deben de tener una demanda clara y un encaje práctico que ayude a los/as especialistas. Más que grandes modelos, los especialistas implicados en la temática de drogas echan en falta el paso que intermedia entre la guía estándar y la acción, es decir, dinámicas, instrumentos, procedimientos prácticos sobre cómo encarar su trabajo diario, elementos que no pueden funcionar si no van de la mano de la formación

e) Acerca de los seminarios internacionales

14. Los encuentros regionales son más fructíferos cuánto más participación tengan los países en su contenido y discusiones, y más claro esté el propósito final del encuentro, y lo que es más importante, hacia donde conduce lo discutido o intercambiado y qué medidas o pasos, por sencillos que sean, se han de derivar tras el evento.

***Evaluación de los resultados del programa
de salud y vida en las Américas – Programa
SAVIA***

Informe final. Anexos

Ref. Ofertas BID.No. 01/14 de la OEA

Octubre de 2014

Contenidos Volumen de ANEXOS

ANEXO 1. TÉRMINOS DE REFERENCIA	3
ANEXO 2. MATRIZ DE EVALUACIÓN	10
ANEXO 3. ALCANCE REAL DEL PROGRAMA: PRODUCTOS Y ACTIVIDADES PRINCIPALES	18
3.1. <i>Formación y generación de capacidades profesionales</i>	19
3.2. <i>Intercambio de experiencias y cooperación horizontal</i>	19
3.3. <i>Visitas de coordinación: presentación e incidencia ante autoridades locales</i>	22
ANEXO 4. LISTADO DE ENTREVISTAS REALIZADAS	23
4.1. <i>Agenda de la visita a Perú</i>	24
4.2. <i>Agenda de la visita a Uruguay</i>	25
4.3. <i>Agenda de la visita a Ecuador</i>	27
4.4. <i>Agenda de la visita a Colombia</i>	28
ANEXO 5. LISTADO DE DOCUMENTOS CONSULTADOS	29
5.1. <i>Referencias documentales generales</i>	29
5.2. <i>Revisión documental Colombia</i>	33
5.3. <i>Revisión documental Ecuador</i>	34
5.4. <i>Revisión documental Perú</i>	35
5.5. <i>Revisión documental Uruguay</i>	36
ANEXO 6. MODELOS DE CUESTIONARIOS	39
6.1. <i>Cuestionario 1. Entidades locales y ONG que participan en el programa SAVIA</i>	39
6.2. <i>Cuestionario 2. Participantes en Procesos de Fortalecimiento de Capacidades en el Programa SAVIA</i>	46
ANEXO 7. RESULTADOS DE EXPLOTACIÓN DE LAS ENCUESTAS	49
<i>Ficha técnica y tablas de frecuencia del cuestionario a entidades locales y ONG</i>	49
<i>Ficha técnica y tablas de frecuencia del cuestionario a participantes en fortalecimiento de capacidades</i>	58
ANEXO 8. FICHAS-PAÍS	64
8.1. <i>Ficha-país Colombia</i>	64
8.2. <i>Ficha-país Ecuador</i>	79
8.3. <i>Ficha-país Perú</i>	107
8.4. <i>Ficha-país Uruguay</i>	142
ANEXO 9. SÍNTESIS DE LA FORMACIÓN OFRECIDA EN SAVIA II (ACADEMIA SAVIA)	163
ANEXO 10. RECONSTRUCCIÓN DEL MODELO LÓGICO	165
1. <i>Secuencia de análisis aplicada</i>	165
Paso 1. <i>Analizar las matrices de planificación individuales</i>	165
Paso 2. <i>Representar secuencia de intervención de los proyectos para identificar puntos en común</i>	166
Paso 3. <i>Reconstruir el modelo lógico o teoría del cambio subyacente</i>	168
2. <i>Representación del modelo lógico</i>	170
ANEXO 11. ANÁLISIS DE COSTES DE SAVIA POR COMPONENTES	173
ANEXO 12. ESTRATEGIA DE SAVIA: IDONEIDAD ANTE LA PROBLEMÁTICA Y CAPACIDAD DE INFLUENCIA	174
12.1. <i>Las estrategias puestas en marcha</i>	174
12.2. <i>La idoneidad de las estrategias ante la problemática</i>	177
12.2.1. <i>Relación entre problemática y la capacidad de influencia de SAVIA</i>	177
12.2.2. <i>La diversidad de condiciones de partida y de realidades en cada país</i>	179
12.2.3. <i>Consistencia y sostenimiento de las estrategias en el tiempo</i>	179
ANEXO 13. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA ENTRE PROBLEMAS Y ESTRATEGIAS	182
ANEXO 14. ETAPAS DEL PROGRAMA SAVIA A TRAVÉS DE SUS PROYECTOS	186
ANEXO 15. ANÁLISIS DE LOS MARCOS LÓGICOS DE LOS PROYECTOS	187
15.1. <i>Proyecto: Descentralización (2003-2005)</i>	187
15.2. <i>Proyecto: Descentralización (Ampliación) (2005-2007)</i>	189
15.3. <i>Proyecto: SAVIA Fase I (2007-2009)</i>	193
15.4. <i>Proyecto: SAVIA Fase II (2011-2013)</i>	195
ANEXO 16. FICHA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	200

Anexo 1. TÉRMINOS DE REFERENCIA

BID No. 01/14

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN (DPE)
SECRETARÍA DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS (SAF)

TÉRMINOS DE REFERENCIA

EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE SALUD Y VIDA EN LAS AMÉRICAS (SAVIA)

1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

La presente evaluación forma parte del programa de evaluaciones formativas y sumativas de proyectos ejecutados por la SG/OEA. Dicho Programa, coordinado por el DPE, se inició con la evaluación de proyectos financiados por el Fondo Español para la OEA (FEPO) (más de 20 hasta la fecha) pertenecientes a sectores o subsectores prioritarios para el FEPO y para la Organización, aunque se ha extendido a programas y proyectos financiados por otros donantes. En general, en el marco de la OEA, las evaluaciones, además de sistematizar y documentar los resultados de las intervenciones, pretenden capitalizar las experiencias en futuras formulaciones y diseños e institucionalizar mejores prácticas en la etapa de monitoreo y evaluación dentro de la Organización.

La selección del Programa SAVIA para ser evaluado responde a la identificación de la lucha en contra de las drogas en el marco de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), como ámbito prioritario. De ahí el gran interés que tienen el FEPO y SG/OEA por sistematizar los resultados alcanzados y, de ser posible, validar la estrategia de intervención.

La presente consultoría tiene por objetivo evaluar la eficiencia y eficacia del Programa SAVIA-OEA mediante el análisis de los resultados a nivel de productos "outputs" y de efectos directos "outcomes" para así orientar sus acciones y programación futuras. Específicamente, la consultoría deberá:

- Determinar la pertinencia (referida a la adecuación del diseño, los objetivos y los resultados del programa y sus proyectos al contexto en el que se ha llevado a cabo su implementación), eficiencia (análisis de la gestión del Programa en el periodo de análisis incluyendo la valoración de la relación entre los resultados conseguidos y los recursos de todo tipo empleados para ello) y eficacia (cumplimiento de los objetivos y resultados inicialmente formulados, y de otros no previstos), de las acciones financiadas por los proyectos.
- Analizar críticamente la implementación y gestión de los proyectos.
- Evaluar la sostenibilidad institucional y financiera de los beneficios generados por los proyectos.
- Documentar las lecciones aprendidas de las operaciones relacionadas a su formulación, diseño, implementación, gestión y sostenibilidad.
- Hacer recomendaciones a fin de mejorar futuras formulaciones y diseños de proyectos similares.

2. ANTECEDENTES

España está asociada a la OEA desde 1967 y, tras crearse la condición de Observador Permanente en 1971, España se constituyó en el primer país al que se le otorgó dicho reconocimiento, en 1972. La especial vocación de España por asociarse con la OEA llevó a la creación del Fondo español en 2006, que se gestiona con el acuerdo de ambas partes. Con 53 millones de dólares norteamericanos desde 2006 hasta 2012, el Fondo español ha financiado más de 110 proyectos de la SG OEA, para contribuir a la gobernabilidad democrática en las Américas en áreas como Prevención de Crisis y Construcción de la Paz; Derechos Humanos; Sistemas electorales; Desarrollo Legal y Judicial; Minas y destrucción de municiones; y Lucha contra el abuso de drogas, en la que se incluye el Programa SAVIA.

La selección del Programa SAVIA para ser evaluado responde a la identificación de la lucha en contra de las drogas en el marco de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA), como ámbito prioritario. De ahí el gran interés que tienen el FEPO y la SG/OEA por sistematizar los resultados alcanzados y, de ser posible, validar la estrategia de intervención.

La OEA es la principal institución multilateral en las Américas dedicada al diálogo político y a la acción colectiva, y trabaja para promover la democracia, fortalecer los derechos humanos, desarrollar la paz y la seguridad, y afrontar los complejos problemas creados por la pobreza, el terrorismo, las drogas y la corrupción.

3. ALCANCE DE LA EVALUACIÓN, FUENTES DE INFORMACIÓN Y ACTORES RELEVANTES

3.1 Alcance de la evaluación

Para el logro del objetivo la consultoría deberá conducir la evaluación del Programa SAVIA para la que se tomarán como base los siguientes proyectos:

- Descentralización de las políticas de drogas en los países andinos.
- SAVIA-DROGAS (Salud y Vida en las Américas Fase I).
- Fortalecimiento de la prevención, la mitigación, el tratamiento y la integración social en materia de drogas en el ámbito local SAVIA Fase II (SMS-1116)

La evaluación deberá cubrir las acciones llevadas a cabo entre 2006 y 2013. El alcance geográfico está dado por los países identificados como beneficiarios en los tres proyectos financiados por el FEPO: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Uruguay.

3.2 Fuentes de información

- Documentos de proyecto.
- Informes de Progreso en la Ejecución del Proyecto.
- Informes de Terminación.
- Matrices de Marco Lógico.
- Productos derivados de la implementación de los proyectos y medios de verificación.
- Cualquier otro documento que se considere relevante para la realización del trabajo.

3.3 Actores Relevantes

- Coordinación del Programa dentro de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos (CICAD/OEA).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España.
- Gobiernos contrapartes, nacionales, regionales y locales.
- Departamento de Planificación y Evaluación.
- Donantes.
- Cualquier otro actor que se considere relevante para la realización del trabajo.

4. PREGUNTAS DE EVALUACIÓN

A continuación se presenta una lista no exhaustiva de preguntas que se espera la consultoría pueda responder al finalizar la evaluación del Programa:

- i) ¿Existe una teoría de cambio o cadena de resultados explícita del Programa? En caso afirmativo, ¿resulta adecuada y pertinente?

- ii) ¿Se han logrado los objetivos a nivel de producto y propósito que se fijaron para el Programa en general y los proyectos en específico?
- iii) ¿Es eficiente la gestión del Programa en el logro de sus objetivos? y ¿Cuáles son los principales obstáculos que el Programa enfrenta en este sentido?
- iv) ¿Se fortaleció la capacidad de las Comisiones Nacionales de Drogas bajo el Programa?
- v) ¿Se descentralizaron las políticas de drogas hacia las entidades locales de los países participantes?
- vi) ¿Existe evidencia de la mejora de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de los países participantes del Programa a través del apoyo al desarrollo de iniciativas locales de reducción de la demanda de drogas y de la cooperación regional en la materia?
- vii) ¿Se promovió la mejora de la cobertura y calidad de los programas locales de consumo de drogas en Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay?
- viii) ¿Se lograron desarrollar y aplicar la medición de estadísticas e información de ámbito local, necesario para la planificación de políticas públicas municipales?
- ix) ¿Se logró la cohesión de las políticas y planes municipales de drogas con las estrategias y planes Nacionales sobre drogas, así como con los planes de desarrollo local?
- x) ¿Se logró el fortalecimiento de la cooperación horizontal en materia de descentralización de políticas de drogas entre los cinco (5) países andinos participantes?
- xi) ¿Se logró consolidar los programas locales de drogas de los países participantes del Programa?
- xii) ¿Cómo se gestionaron las lecciones aprendidas dentro de las operaciones del Programa?
- xiii) ¿Cuál es el grado de pertinencia de las operaciones del Programa?
- xiv) ¿Cuál es el grado de sostenibilidad tanto institucional como financiera del Programa?

5. ACTIVIDADES

La consultoría deberá desarrollar las siguientes actividades:

5.1 ETAPA I: Actividades preparatorias. (Duración estimada: 6 semanas)

Revisar todos los documentos relevantes necesarios para ejecutar la consultoría, entre ellos: los documentos de proyecto; Matrices de Marco Lógico; medios de verificación de los productos y logros generados a la fecha; informes de progreso y finales narrativos; Informes de Progreso en la Ejecución del Proyecto (IPEP) a la fecha; entre otros.

Desarrollar una propuesta preliminar de plan de trabajo detallado de la consultoría, incluyendo la descripción de las actividades a llevarse a cabo y los productos, un cronograma de actividades y entregas. Asimismo, la consultoría deberá incluir recomendaciones a los términos de referencia según considere conveniente.

Desarrollar el marco de evaluación para la estimación de la gestión en el proceso de implementación y el desempeño de los proyectos seleccionados. Entre otros el marco de evaluación deberá incluir:

- i) Una descripción de la metodología o estrategia de diseño de evaluación, incluyendo el marco muestral a utilizar para el levantamiento de la información y la matriz de evaluación;
- ii) Un plan para la recolección y análisis de la información generada;
- iii) La identificación de los indicadores de efecto directo/logro relevantes ("initial outcomes", "intermediate outcomes" y "final outcomes") y la medición de aquellos identificados en la Matriz de Marco Lógico (MML), para ambos grupos se espera se incluya su definición y metodologías para la recolección y cálculo;
- iv) Los instrumentos de recolección de la información, que deberán incluir técnicas cuantitativas y cualitativas;
- v) El cronograma de recolección, análisis y producción de reportes (plan de trabajo final);

- vi) La consideración de aspectos transversales como perspectiva de género, los derechos humanos, la diversidad cultural y la sostenibilidad ambiental de ser necesarios.
- vii) La tabla de contenido del reporte de evaluación final, entre otros.

En el plazo máximo de 2 semanas, el Comité de Gestión comentará el informe inicial, haciendo llegar al equipo de evaluación los comentarios que estime oportunos.

5.2 ETAPA II: Recopilación y análisis de la información y elaboración del borrador del informe final. (Duración estimada: 12 semanas)

La consultoría deberá formular y probar las hipótesis correspondientes, y desarrollar una propuesta de modelos conceptuales en el cual se identifiquen las variables dependientes/Outcomes y las variables independientes que expliquen el modelo propuesto. La propuesta deberá incorporar una definición de las variables seleccionadas, dependiente e independientes, y los argumentos del por qué se seleccionaron como variables endógenas y predictores, respectivamente, citando a la literatura correspondiente.

El marco de evaluación coadyuvará la operacionalización de los procesos de recolección y análisis de la información a fin de determinar si el proyecto se ha implementado de forma eficiente y efectiva y si ha generado los cambios esperados en las poblaciones, las comunidades e instituciones involucradas, todas beneficiarias directas del proyecto. Conducir para los proyectos, un ejercicio de actualización de la MML a fin de:

- i) Valorar la pertinencia de los indicadores contenidos en la MML; e
- ii) Identificar y definir aquellos indicadores de efecto directo/logro (incluyendo metas), que de acuerdo a los objetivos y acciones planeadas y ejecutadas en los proyectos, se debieron seleccionar para la medición de los resultados correspondientes.

En este sentido el consultor deberá validar el modelo lógico del proyecto, manifestando para cada indicador de las MML si el indicador es apropiado, inapropiado y por qué; asimismo deberá incorporar indicadores que son más apropiados dado la naturaleza del proyecto, de haberlos, e incluir su definición, metodología de cálculo, fuentes de información y limitaciones de las fuentes de información de haberlas.

La consultoría deberá medir el desempeño del Programa en términos de eficiencia y efectividad. Los mecanismos de recolección y análisis de información deberán favorecer técnicas cuasi-experimentales de evaluación, aplicando para ello metodologías cuantitativas y estadísticas en el estudio de las variables y la prueba de las hipótesis. Entre otros el consultor deberá: i) levantar información aleatoria para evitar sesgos, ii) verificar la validez interna y externa de las variables, que las relaciones entre el efecto y la intervención, controlando por factores asociados, son causales y que las conclusiones encontradas sean generalizables, y iii) verificar la veracidad de la información. Se espera que mediante el uso de modelos econométricos, según sea aplicable, la consultoría establezca la relación de causalidad entre las intervenciones y los logros asociados al proyecto controlando los posibles sesgos.

Las MML actualizadas, así como las recomendaciones a las matrices originales deberán presentarse al equipo técnico del DPE en formato Power Point. Este ejercicio se espera mejore la calidad de los indicadores a nivel de propósito de la MML.

Conducir entrevistas y recolectar información de la partes interesadas clave, incluyendo: jefes de equipo y equipo técnico de los proyectos (en Washington DC); contrapartes del donante (Plan Nacional de Drogas y Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo – AECID - en Madrid); contrapartes de los gobiernos beneficiarios y coordinadores locales, y de los co-ejecutores en las localidades intervenidas; personal del DPE; y beneficiarios directos e indirectos de los proyectos.

Llevar a cabo visitas de campo al menos a cuatro (4) de los países beneficiarios por el programa (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela), a fin de realizar entrevistas a ejecutores y beneficiarios, de recolectar información, evaluar el desempeño del proyecto y valorar su gestión.

Conducir un análisis del logro de los objetivos de los proyectos y del diseño y pertinencia de la conceptualización del problema, así como determinar si las intervenciones previstas en los proyectos abordan las causas principales de las problemáticas identificadas en el sector.

Evaluar la viabilidad y lecciones aprendidas de la implementación de la estrategia del modelo SAVIA. La consultoría deberá analizar los procesos, procedimientos y políticas contenidas en la estrategia, desarrolladas para cada país y establecer su eficiencia, eficacia y viabilidad técnica, identificar lecciones aprendidas y hacer las recomendaciones pertinentes para futuras ejecuciones.

Determinar la relevancia de los criterios utilizados para la focalización de los países beneficiados por el proyecto. La consultoría deberá identificar los criterios utilizados para la selección de los países beneficiados por el proyecto, establecer su relevancia y hacer las recomendaciones pertinentes para futuros proyectos.

Elaboración y presentación del informe de medio término o informe de avance a las 6 semanas de haber iniciado esta etapa.

5.3 ETAPA III: Revisión del borrador y presentación del informe final (Duración estimada: 6 semanas)

Elaboración y presentación de un borrador del informe final de evaluación. En el plazo máximo de 2 semanas de la recepción del borrador del informe final de evaluación, el Grupo de Referencia lo revisará y hará llegar sus comentarios a la consultoría.

La consultoría dispondrá de un máximo de 2 semanas para incorporar los cambios necesarios y entregar el informe final.

Una vez entregado el informe final, la consultoría llevará a cabo una presentación de las conclusiones, recomendaciones y lecciones aprendidas de la evaluación ante los responsables de la SG/OEA en Washington y del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (MAEC) - Agencia Española de Cooperación Internacional (AECID) en Madrid.

Nota: La consultoría podrá incluir una actividad/es según se estime conveniente para el logro del objetivo de la evaluación.

6. GESTIÓN DE LA EVALUACIÓN

De conformidad con lo recogido en los acuerdos de la Comisión Mixta OEA- España de 30 de mayo de 2013, la gestión de esta evaluación se llevará a cabo conjuntamente entre la OEA y el MAEC- AECID. Para ello, se constituirá un Comité de gestión formado por dos representantes designados por la OEA, un representante designado por la AECID y un representante designado por la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo del MAEC. Las funciones de este Comité serán:

- i) Asesorar y supervisar metodológicamente el proceso evaluativo.
- ii) Velar por la calidad del proceso de evaluación, que comprende, entre otros: a) la retroalimentación constante al equipo consultor durante el diseño metodológico, la recolección y análisis de los datos y la elaboración de los informes de medio término y final; y b) la supervisión de todos los productos del equipo evaluador.
- iii) Difundir el informe final de evaluación y dar seguimiento a la implementación de las recomendaciones.

El DPE, a través del Jefe de la Sección de Apoyo a la Gestión de Proyectos y del Coordinador de Evaluaciones, tiene la responsabilidad global de la gestión de la evaluación y las comunicaciones con los evaluadores. Para ello deberá:

- i) Facilitar la comunicación entre la OEA y los evaluadores.
- ii) Proveer la documentación relevante con relación a SAVIA en poder del DPE y facilitar la entrega de documentos de SAVIA y otros al equipo evaluador.
- iii) Coadyuvar a la realización de actividades que requieran contacto entre los evaluadores y oficiales de la SG/OEA.

7. Productos, Entregas y Calendarización de Pagos

La consultoría deberá generar los siguientes productos:

- i) Un plan de trabajo preliminar detallado.
- ii) Un marco de evaluación para la valoración de la eficiencia y eficacia de la gestión de los proyectos así como de la pertinencia, eficiencia y eficacia de las acciones ejecutadas por el Programa y los proyectos según sea el caso.
- iii) Una propuesta de tabla de contenido para el informe final de evaluación.
- iv) Una propuesta de MML actualizadas.
- v) Una evaluación del Programa SAVIA que se basará en el análisis de los siguientes proyectos: Descentralización de las políticas de drogas en los países andinos y SAVIA-DROGAS -Salud y Vida en las Américas Fase I– (evaluaciones intermedias) y del proyecto Fortalecimiento de la prevención, la mitigación, el tratamiento y la integración social en materia de drogas en el ámbito local SAVIA Fase II (evaluación final).
- vi) Un informe de medio término de evaluación que deberá contener: a) Las MML actualizadas con indicadores de efecto directo y recomendaciones; y (b) Un breve resumen de la planeación y avances sobre la aplicación de la metodología, la medición de los indicadores de los proyectos, incluyendo la estrategia a seguir en función de la disponibilidad de información para la determinación de la línea de base y la medición de los resultados a nivel de propósito.
- vii) Un informe final de evaluación de los resultados de la consultoría. El informe final deberá:
 - No exceder las 70 páginas (tamaño carta y letra Times New Roman 12).
 - Ir acompañado de un resumen ejecutivo de no más de 5 páginas. El resumen ejecutivo deberá además estar traducido al inglés.
 - Contener sin limitación los anexos que el equipo de evaluación estime oportunos.
 - Incluir una ficha-resumen de la evaluación siguiendo el formato establecido por el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE para el inventario de evaluaciones.
 - Entregarse en formato electrónico.
- viii) Una presentación en Power Point intermedia y final de los resultados de la consultoría.

La consultoría tendrá la siguiente calendarización de pagos y realizará las siguientes entregas:

- **10% a la firma del contrato.**
- **20% a la entrega y aprobación de:** el marco de evaluación con los contenidos especificados arriba, incluyendo un plan de trabajo preliminar y una agenda tentativa de entrevistas con los actores clave del Programa, a los 30 días después de haber firmado el contrato.
- **30% a la entrega y aprobación de:** Un informe narrativo de medio término incluyendo entre otros: (a) las MML actualizadas con indicadores de efecto directo y recomendaciones; (b) un breve resumen de la planeación y avances sobre la aplicación de la metodología, la medición de los indicadores de los proyectos, incluyendo la estrategia a seguir en función de la disponibilidad de información para la determinación de la línea de base y la medición de los resultados a nivel de propósito; y (c) una presentación en Power Point intermedia de los resultados de la consultoría a la fecha.
- **40% a la entrega y aprobación de:** Un informe final siguiendo lo establecido en el apartado vii del párrafo 7.1 del presente documento y una presentación en Power Point final.

Todos los productos deberán ser entregados a la Sección de Apoyo a la Gestión de Proyectos del DPE.

8. Perfil del Equipo Consultor/ Individuo

La consultoría requerirá de los servicios de una firma o individuo. El miembro de equipo o individuo según sea el caso deberá acreditar una experiencia mínima de 10 años en el área de evaluación cualitativa y cuantitativa de programas y proyectos en la región. Experiencia adicional del equipo propuesto o individuo, de al menos 8 años, en el área de participación comunitaria a nivel local y/o combate al consumo de drogas en las Américas será tomada en cuenta. Finalmente el equipo o individuo deberá contar con un nivel avanzado de español como idioma de trabajo y, al menos, un nivel intermedio de inglés.

9. Duración

La consultoría deberá realizarse en un período máximo de seis meses.

10. Premisas de la Evaluación y Normativa Aplicable

Además de las cláusulas contenidas en el contrato el evaluador o equipo evaluador se comprometerá a:

- i) **Anonimato y confidencialidad.**- La evaluación deberá respetar el derecho de las personas a proporcionar información, asegurando su anonimato y confidencialidad y garantizando la seguridad de los datos de carácter personal que pudieran recabarse en el transcurso de la misma.
- ii) **Integridad.**- Los evaluadores tendrán la responsabilidad de poner de manifiesto cuestiones no mencionadas específicamente en los términos de referencia, si ello fuera necesario para obtener un análisis más completo del Programa.
- iii) **Independencia.**- Los evaluadores deberán garantizar su independencia de las intervenciones evaluadas. A fin de evitar posibles conflictos de intereses, los evaluadores no podrán haber estado vinculado en ningún momento en la implementación del Programa SAVIA ni haber participado en la implementación de otros proyectos o programas relacionados con SAVIA.
- iv) **Incidencias.**- En el supuesto de aparición de problemas durante la realización de trabajo de campo o en cualquier otra fase de la evaluación, estos deberán ser comunicados inmediatamente al DPE. De no ser así, en ningún caso la existencia de dichos problemas podrá ser utilizada para justificar la no obtención de los resultados establecidos en los presentes términos de referencia.
- v) **Convalidación de la información.**- Corresponde a los evaluadores garantizar la veracidad de la información recopilada para la elaboración de los informes y en última instancia serán responsables de la fiabilidad de la información presentada en la evaluación.
- vi) **Entrega de Informes.**- En caso de retrasos injustificados en la entrega de los informes o en el supuesto en que la calidad de los informes entregados sea manifiestamente inferior a lo pactado podrán aplicarse penalizaciones en el precio del contrato.

La contratación de la evaluación correrá a cargo de la SG/OEA y se regirá por los procedimientos y normas de dicho organismo. El contrato contemplará la cesión a la OEA de todos los derechos patrimoniales de autor sobre la evaluación y sus productos que pudieran corresponder los evaluadores. A su vez, la SG/OEA cederá de manera gratuita y no exclusiva los derechos de publicación y difusión a la AECID y al MAEC.

Sin perjuicio de lo anterior, la SG/OEA se reserva el derecho de publicar y difundir la evaluación.

Anexo 2. MATRIZ DE EVALUACIÓN

Preguntas evaluación	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN		
Criterio: PERTINENCIA		
PE1. Alineamiento del programa con los documentos políticos y programáticos de las instituciones que participan en su formulación, gestión y ejecución, en diferentes niveles. [PE13]	<p>PE1.1. El alineamiento de los objetivos del programa se produce al menos con los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La política y prioridades de actuación de la CICAD, de la PND y de la AECID. • Las Estrategias Nacionales sobre Drogas de los países beneficiarios. <p>PE1.2. La situación identificada en o por los beneficiarios directos del proyecto (en este caso, de nuevo a nivel central).</p>	<p>Análisis de documentos político-estratégicos de las principales instituciones implicadas (ver primera revisión bibliográfica en Anex.2)</p> <p>Entrevistas a representantes de CICAD, PND y AECID.</p> <p>Entrevistas (presenciales y/o telefónicas) a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID.</p> <p>Entrevistas (presenciales y/o telefónicas) a representantes de CND de países participantes, a delegados regionales de UNODC y a la RIOD.</p>
PE2. Involucramiento en el programa de los socios nacionales (CND) y en fases posteriores de los de ámbito territorial menor. [PE13]	<p>PE2.1. Grado de participación (información, consulta, decisión) en diferentes aspectos de la gestión de SAVIA (diseño, planificación, seguimiento) de los agentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CND de los países beneficiarios. • En fases posteriores, instituciones equivalentes en niveles territoriales menores (CLD, por ejemplo). • Representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC/AECID. • Organizaciones de la sociedad civil involucradas en la temática de drogas en el ámbito iberoamericano, nacional y local. <p>PE2.2. Involucramiento de los agentes locales y de los titulares de derechos en la definición de los proyectos locales. [PE13]</p>	<p>Entrevistas (presenciales y/o telefónicas) a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID.</p> <p>Entrevistas (presenciales y/o telefónicas) a representantes de las CND de los países participantes, a los delegados regionales de UNODC y a la RIOD.</p> <p>Encuesta telemática a representantes municipales y a organizaciones de la sociedad civil de ámbito local. <i>(En el caso de las experiencias que se visitan, también entrevistas).</i></p>
PE3. Relevancia e idoneidad de los criterios utilizados para la focalización de los países beneficiarios, de los municipios seleccionados y de los actores involucrados. [PE13]	<p>PE3.1. Incidencia de demanda de drogas en países participantes vs. otros países de AL.</p> <p>PE3.2. Existencia en los países seleccionados de condiciones favorecedoras de un proceso de descentralización institucional de políticas de drogas hasta el nivel municipal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posibilidad legal de descentralizar las PRDD. • Responsables políticos sensibilizados. • Existencia (o generación) de información relevante sobre la que construir las intervenciones. <p>PE3.3. Existencia de condiciones en actores involucrados para trabajar en temática de drogas con un nivel de calidad suficiente, así como con un enfoque de género y de derechos humanos y de respeto a la diversidad cultural.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsables políticos municipales y de la sociedad civil sensibilizados. • Existencia de recursos suficientes (económicos y humanos). <p>PE3.4. La distribución de los recursos de SAVIA permite contribuir a solucionar el problema de concentración de la financiación que se quería combatir.</p>	<p>Análisis de fuentes estadísticas.</p> <p>Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA.</p> <p>Entrevistas (presenciales y/o telefónicas) a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID.</p> <p>Entrevistas (presenciales y/o telefónicas) a representantes de las CND.</p> <p>Análisis de presupuestos iniciales y finales por país.</p> <p>Análisis de distribución municipal de la ejecución presupuestaria.</p> <p>Análisis de casos (trabajo de campo).</p>

Preguntas evaluación	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: DISEÑO Y FORMULACIÓN		
Criterio: COHERENCIA INTERNA		
CO1. Idoneidad de la estrategia prevista para abordar las causas principales de las problemáticas identificadas en el sector. [PE1]	CO1.1. Los proyectos encuadrados en SAVIA se corresponden y son adecuados con la estrategia general de intervención planteada por el programa. CO1.2. Los propósitos definidos por los proyectos se identifican como coherentes y adecuados para contribuir al logro de las finalidades que se definen en cada caso. CO1.3. Los productos que se plantean en los proyectos son adecuados y suficientes para el logro del propósito planteado.	Análisis de los documentos de programa y los documentos de formulación y gestión de los proyectos objeto de evaluación. Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA. Entrevistas a representantes del Departamento de Planificación y Evaluación (DPE/OEA). Entrevista telefónica/presencial a los representantes de las CND de los países participantes.
CO2. Adecuación técnica de la teoría de cambio o cadena de resultados de los proyectos/Programa, tanto si es explícita como si es sólo implícita. [PE1]	CO2.1. La secuencia de la cadena de resultados de los proyectos (<i>inputs</i> , actividades, <i>outputs</i> y <i>outcomes</i>) mantiene una linealidad y suficiencia adecuadas. CO2.2. Los indicadores contemplados en la Matriz de Planificación de los Proyectos y en su Línea de Base (en caso de existir) son relevantes/sensibles, suficientemente específicos y medibles/facibles. CO2.3. Las hipótesis y riesgos definidos en los proyectos son relevantes y realistas.	Entrevista telefónica/presencial a los representantes de las CND de los países. Entrevista a representantes UNODC en los países.
Dimensión: PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN Y GESTIÓN		
Criterio: EFICIENCIA		
EF1. Calidad de la planificación y ejecución técnica. [PE3]	EF1.1. Las actividades se realizaron en tiempo y forma (en tiempo razonable y con nivel de calidad adecuado). EF1.2. Identificación de los principales obstáculos a los que se enfrentan los proyectos/Programa en este sentido. EF1.3. El sistema de monitoreo proporciona información relevante y oportuna de cara al ajuste de los proyectos. EF1.4. La información procedente del sistema de monitoreo es utilizada para la toma de decisiones técnicas sobre los proyectos.	Análisis de los documentos de programa y los documentos de formulación y gestión de los proyectos objeto de evaluación. Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA. Entrevista telefónica/presencial a los representantes de las CND de los países participantes.
EF2. Calidad de la planificación y ejecución económico-financiera [PE3]	EF2.1. La incidencia de los procedimientos relativos a la provisión de recursos (asignaciones presupuestarias, desembolsos, etc.) en la realización de las actividades ha sido neutra. EF2.2. Identificación de los principales obstáculos a los que se enfrentan los proyectos/Programa en este sentido. EF2.3. El nivel de ejecución presupuestaria alcanzado (%) es acorde con la planificación, con las asignaciones previstas (global, por productos y actividades) y con el ritmo de ejecución. EF2.4. El nivel de ejecución presupuestaria alcanzado (%) es similar entre los distintos países participantes y también en el caso de actividades transversales. EF2.5. Los gastos en los que se ha incurrido son proporcionales en su estructura de costes y de gastos (costes indirectos, gastos de viaje, gastos en consultoría, etc.).	

Preguntas evaluación	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: RESULTADOS		
Criterio: EFICACIA		
¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de producto de los proyectos que se evalúan? [PE2]		
EC1. ¿Se ha fortalecido la capacidad de las CND bajo el programa? [PE4]	<p>EC1.1. La capacidad de las CND se ha fortalecido, en particular en lo que se refiere a su papel coordinador del proceso de descentralización hacia las entidades locales. [PE4]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con un Plan Nacional de Drogas. • Existe un CND o alguna institución homóloga, que pueda apoyarles en el proceso. • Cuentan con recursos económicos suficientes procedentes de fuentes estables de financiación. • Cuentan con personal permanente y especializado. • Existe un Observatorio Nacional de Drogas que proporciona información periódica sobre el fenómeno. • Cuentan con un marco legal y reglamentario en la materia. • Participan en redes y foros internacionales. • Existe una unidad en su estructura específicamente dedicada al proceso de descentralización. • Esta unidad cuenta con recursos humanos suficientes y especializados. <p>EC1.2. Modo se ha influido en la existencia de estos elementos de fortalecimiento y consolidación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estas condiciones surgen a lo largo de la existencia del programa. • Estas condiciones se consolidan a lo largo de la vigencia del programa. <p>EC1.3. Existen mecanismos de coordinación entre diferentes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institucionales: públicos y sociedad civil. • Territoriales: nacionales, regionales y locales. • Sectoriales: sanitario, educativo, psicosocial, etc. 	<p>Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA.</p> <p>Entrevistas a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID.</p> <p>Encuesta telemática a las entidades públicas que trabajan en el nivel regional o local y de organizaciones de la sociedad civil participantes.</p> <p><u>Análisis de casos (trabajo de campo)</u></p> <p>Entrevista a representantes de las CND de los países beneficiarios.</p> <p>Entrevista a una muestra de representantes municipales y de organizaciones de la sociedad civil en el ámbito local.</p> <p>Entrevista a los coordinadores locales y a una muestra de los co-ejecutores en las localidades en que se interviene.</p> <p>Entrevista a una muestra de promotores de diagnósticos locales y de proyectos piloto.</p>
EC2. ¿Se han creado y consolidado estructuras locales de drogas?	<p>EC2.1. Se ha favorecido la creación de Comisiones, Oficinas u otras estructuras o partenariados de ámbito municipal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En ellas participan todos los agentes implicados en la materia a escala local: <ul style="list-style-type: none"> ○ Sanitarios, psicosociales, educativos, laborales. ○ Públicos y no gubernamentales. • Cuentan con fuentes de financiación ciertas y con al menos un cierto grado de estabilidad. • Cuentan con profesionales preparados y con un cierto grado de estabilidad. <p>EC2.2. No se han establecido cauces estables para la participación, pero se dan las condiciones básicas para la participación de la ciudadanía y la sociedad civil.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ofrece información amplia sobre el problema. • La gestión contempla específicamente el diálogo y la concertación. • Los objetivos y las estrategias están definidos con claridad. • Los objetivos y las estrategias son percibidos como relevantes. 	<p>Las mismas que en EC1 y además:</p> <p>Al menos un grupo focal entre destinatarios de las actividades de ámbito local en las localidades donde se visiten experiencias concretas.</p>

Preguntas Eval.	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: RESULTADOS		
Criterio: EFICACIA		
¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de producto de los proyectos que se evalúan? [PE2] (continuación)		
EC3. ¿Se han creado y consolidado políticas/programas municipales de drogas?	<p>EC3.1. Se logró desarrollar y aplicar la medición de estadísticas e información de ámbito local, necesario para la planificación de políticas públicas municipales [PE8]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha desarrollado la recogida de información y medición de variables para la confección de estadísticas, necesarias para la planificación de políticas municipales. • Se cuenta con indicadores de drogas desarrollados a nivel local y por sexo. <p>EC3.2. Se han establecido políticas públicas/programas responsables, adecuados y adaptados a la realidad local del problema de consumo de drogas en las comunidades donde ha intervenido en programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basados en diagnósticos específicos del problema en la comunidad (estadísticos, cualitativos o ambos) y que reportan información mínima imprescindible. • Con una mirada integral, global y coordinada al problema de las drogas en el municipio/ámbito local. <ul style="list-style-type: none"> ○ Con incidencia en todos los aspectos de la RDD. ○ Con mirada multidisciplinar. <p>EC3.3. Las políticas/programas municipales de drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son coherentes con las estrategias y planes Nacionales sobre drogas. • Están incluidas en los planes de desarrollo local. [PE9] 	<p>Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA.</p> <p>Entrevistas a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID.</p> <p>Encuesta telemática a las entidades públicas que trabajan en el nivel regional/local y organizaciones de la sociedad civil participantes en el proyecto.</p> <p><u>Análisis de casos (trabajo de campo)</u></p> <p>Entrevista a representantes de las CND de los países beneficiarios.</p> <p>Entrevista a una muestra de representantes municipales y de organizaciones de la sociedad civil en el ámbito local.</p> <p>Entrevista a los coordinadores locales y a una muestra de los co-ejecutores en las localidades en que se interviene.</p> <p>Entrevista a una muestra de promotores de diagnósticos locales y de proyectos piloto.</p>
EC4. ¿Se ha incrementado la capacidad presupuestaria de los municipios en relación con las políticas de RDD?	<p>EC4.1. Se han generado líneas de financiación específicas, que proveen recursos con un cierto grado de estabilidad (ej. inclusión de la RDD en los Planes de Desarrollo locales).</p> <p>EC4.2. Se cuenta con recursos procedentes de los presupuestos de otras instancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediante acuerdos estables de transferencia presupuestaria: <ul style="list-style-type: none"> ○ De instituciones (públicas o privadas) de ámbito nacional o regional. ○ De instituciones (públicas o privadas) de ámbito local. • Procedentes de donantes o de otras instituciones. <p>EC4.3. Estas fuentes de financiación han surgido y se han consolidado durante la vigencia del proyecto.</p>	<p>Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA.</p> <p>Encuesta telemática a las entidades públicas que trabajan en el nivel regional o local.</p> <p><u>Análisis de casos (trabajo de campo) (Idem EC3)</u></p>

Preguntas Eval.	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: RESULTADOS		
Criterio: EFICACIA		
¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de producto de los proyectos que se evalúan? [PE2] (continuación)		
<p>EC5. ¿Se han fortalecido las capacidades de los profesionales que trabajan en drogodependencias?</p>	<p>EC5.1. Los profesionales y agentes que trabajan en la temática de drogas consideran que los materiales que se han desarrollado en el marco de SAVIA son útiles para su labor y los han utilizado.</p> <p>EC5.2. Los profesionales y actores que trabajan en drogodependencias consideran que sus capacidades se han fortalecido y mejorado mediante acciones de capacitación en materias relacionadas directa o indirectamente con el consumo de drogas organizadas en el seno de SAVIA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Han asistido al menos a una capacitación. • Consideran que fue útil para sus funciones y su contexto. • Utilizan lo aprendido en su trabajo de RDD. <p>EC5.3. Este fortalecimiento se ha producido de manera similar en los distintos niveles institucionales participantes: nacional, regional y local.</p> <p>EC5.4. Los profesionales y actores que trabajan en consumo de drogas consideran que sus capacidades se han fortalecido y mejorado mediante el intercambio de experiencias, aprendizajes y buenas prácticas, a través de su participación en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasantías. • Redes nacionales de municipios con PLD. • Encuentros internacionales en el marco de SAVIA. <p>EC5.5. Los expertos nacionales y locales de los países participantes cuentan con conocimientos de mejores prácticas y programas locales de consumo de drogas en América Latina y España.</p> <p>EC5.6. Las personas que participaron en las acciones formativas cumplían el perfil que se había previsto.</p> <p>EC5.7. Las personas que participaron en las acciones formativas continúan su labor en el ámbito de las políticas de drogas.</p>	<p>Encuesta telemática a personas que han participado en actividades de capacitación organizadas durante la vigencia de SAVIA, en los diferentes niveles (local, nacional y supranacional).</p> <p>Entrevista a representante CICAD/OEA.</p> <p>Listados de participantes y egresados de las acciones de capacitación.</p> <p>Entrevista a representantes de las CND de los países beneficiarios.</p>
<p>EC6. Se ha fortalecido la cooperación horizontal en materia de descentralización de políticas de drogas en los países andinos participantes. [PE10]</p>	<p>EC6.1. Tras su participación en los encuentros andinos celebrados en el marco de SAVIA, los profesionales y actores participantes en encuentros andinos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantienen el contacto entre sí (al menos con otra persona, de un país diferente al suyo). • Han intercambiado al menos una experiencia / buena práctica con otros (de un país/localidad diferente a la suya). <p>EC6.2. La página web del proyecto SAVIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ha sido actualizada y difundida entre los profesionales y actores nacionales que trabajan en materia de consumo de drogas en AL. • Ha incrementado su número de visitas en la proporción prevista. • Es utilizada como espacio de trabajo e intercambio. 	<p>Ídem EC5 y además:</p> <p>Registros de visitas en página web.</p> <p>Observación de la plataforma de teletrabajo.</p>

Preguntas Eval.	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: RESULTADOS		
Criterio: EFICACIA		
¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de producto de los proyectos que se evalúan? [PE2] (continuación)		
<p>EC7. ¿Se logró consolidar los programas locales de drogas de los países participantes del Programa? [PE11]</p>	<p>EC7.1. Los proyectos locales cofinanciados cumplían los requisitos establecidos para ello, incluido su carácter demostrativo. Los requisitos definidos fueron:</p> <p><u>Coherencia con políticas/programas de RDD.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Están avalados por la CND correspondiente • Están avalados y promovidos por las CLD del municipio (iniciativas canalizadas a través de las CLD). • Emanan de los planes locales de drogas aprobados en cada municipio. <p><u>Participación local y cofinanciación</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Son llevados a cabo en coordinación con otras políticas sociales del municipio y del resto de entidades públicas y privadas participantes en los comités locales de drogas. • Existe un nivel de cofinanciación nacional/local suficientemente importante para que garantice su continuidad más allá del apoyo recibido del Programa SAVIA. • La CND correspondiente y la entidad local (región o municipio) realizan un aporte complementario de medios materiales, técnicos y humanos que facilitan su ejecución. <p><u>Calidad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienen un carácter demostrativo y multiplicador. • Se derivan de un diagnóstico adecuado del fenómeno de consumo de drogas en la localidad. • Experimentan sobre diversos modelos de intervención: <ul style="list-style-type: none"> i. Prevención escolar, familiar o comunitaria; ii. Mejora de la oferta local de actividades saludables alternativas al consumo de drogas; iii. Información, investigación o sensibilización social; iv. Reducción la incidencia del consumo en colectivos marginados o de mayor riesgo; v. Tratamiento; vi. Actuaciones de mitigación o reducción de daños; vii. Integración social; viii. Desarrollo de redes locales, intermunicipales o transfronterizas; ix. Formación de actores locales, etc. • Incluyen la perspectiva de género y, aunque no sea explícito, tienen en cuenta los derechos humanos. • Cuentan con la suficiente calidad técnica: grado de adecuación y de coherencia de objetivos, destinatarios, actividades, recursos, gestión y evaluación. • Tienen un impacto social importante en la localidad. <p>EC7.2. Los proyectos locales se han desarrollado conforme a lo previsto y han generado resultados sostenibles o integrables en los planes locales de drogas.</p>	<p><u>Análisis de casos (trabajo de campo)</u></p> <p>Entrevista a representantes de las Comisiones Nacionales de Drogas de los países beneficiarios.</p> <p>Entrevista a una muestra de representantes municipales y de organizaciones de la sociedad civil en el ámbito local.</p> <p>Entrevista a una muestra de promotores de proyectos piloto.</p> <p>Análisis documental de los proyectos locales desarrollados en los municipios que se visiten.</p>

Preguntas evaluación	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: RESULTADOS		
Criterio: EFICACIA		
¿Se han logrado los objetivos y resultados a nivel de propósito del programa SAVIA? [PE2]		
EC8. ¿Se ha mejorado la capacidad de respuesta descentralizada de los países participantes frente al consumo de drogas?	EC8. Se han incrementado los servicios y/o líneas estables de intervención en la RDD. <ul style="list-style-type: none"> • N° y nombre de los servicios. • Año aproximado de creación. 	Encuesta telemática a las entidades públicas que trabajan en el nivel regional o local y de organizaciones de la sociedad civil participantes en el proyecto.
EC9. ¿Se han consolidado los procesos de descentralización de las PRR de los países participantes? ¹ [PE5]	EC8.1. A nivel municipal, existen los elementos básicos para estructurar las políticas de drogas. <ul style="list-style-type: none"> • Cuentan con un Plan Municipal de Drogas. • Existe un Consejo Municipal de Drogas o alguna institución homóloga. • Cuentan con recursos económicos suficientes procedentes de fuentes estables de financiación, que han crecido antes y después del proyecto. • Cuentan con personal permanente y especializado. • Cuentan con indicadores desagregados que les proporciona información periódica sobre el fenómeno. • El marco legal y reglamentario existente permite y facilita su labor. • Participan en redes regionales, nacionales o internacionales 	Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA. Entrevistas a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID. Encuesta telemática a las entidades públicas que trabajan en el nivel regional o local y de organizaciones de la sociedad civil participantes en el proyecto. <u>Análisis de casos (trabajo de campo)</u>
EC9. ¿Se ha contribuido al logro de los objetivos y resultados a nivel de finalidad de los proyectos que se evalúan?	EC9.1. Existe evidencia de la mejora de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos de los países participantes. [PE6]	Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA. Entrevistas a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID. Entrevista a representantes de las Comisiones Nacionales de Drogas de los países beneficiarios.
EC10. ¿Se han obtenido resultados no previstos ?	EC10.1. En caso de haberse producido resultados no previstos: <ul style="list-style-type: none"> • Son adicionales a los previstos o los sustituyen. • Van en la misma dirección que los objetivos y resultados deseados y generan sinergias con aquéllos. • Disminuyen los efectos o la sostenibilidad de los cambios pretendidos. 	Igual a EC9 y además: Entrevista a una muestra de representantes municipales y de organizaciones de la sociedad civil en el ámbito local.

¹ Esta pregunta constituye un resumen de la mayor parte de las preguntas incluidas en el nivel de los productos. Por lo tanto, su respuesta se incluirá en las Conclusiones del informe final.

Preguntas evaluación	Ámbitos de análisis / Indicadores	Fuentes de información
Dimensión: RESULTADOS		
Criterio: SOSTENIBILIDAD		
SO1. Factores políticos e institucionales [PE14]	<p>SO1.1. Las CND mantienen su capacidad de coordinación y apoyo de las políticas de drogas en los diferentes niveles institucionales del país.</p> <p>SO1.2. Existe coherencia y una línea de continuidad en las políticas y estrategias desarrolladas en los diferentes niveles institucionales (nacionales y municipales). En el caso de que se hayan producido cambios de contexto, ha sido revisada con el fin de facilitar su adaptación. [PE9]</p> <p>SO1.3. Los planes y programas municipales de drogas mantienen su grado de consolidación en el tiempo (mantienen una relevancia proporcional en términos de recursos y de centralidad en la agenda política municipal). [PE11]</p> <p>SO1.4. Las eventuales adaptaciones de planes locales que pueden influir o ser influidos por las políticas de drogas (planes de desarrollo social, políticas de integración social, planes de formación profesional y empleo para los y las jóvenes del ámbito local...) tienen en cuenta los planes municipales de drogas que se encuentran vigentes. [PE9] y [PE11]</p> <p>SO1.5. Las iniciativas locales emprendidas continúan siendo apoyadas por los niveles institucionales superiores (no necesariamente con aporte directo de recursos). [PE11]</p> <p>SO1.6. Los proyectos piloto han generado aprendizajes que se han compartido al menos entre los diferentes actores a nivel local. [PE11]</p> <p>SO1.7. Las estructuras de participación y cooperación horizontal desarrolladas (intercambio e identificación de procesos, metodologías y mejores prácticas) se mantienen con algún grado de actividad, aunque sea únicamente a través de vías telemáticas.</p> <p>SO1.8. Los actores de los diferentes niveles institucionales que se capacitaron en el marco de alguno de los proyectos siguen trabajando en programas de drogas.</p> <p>SO1.9. Las estadísticas desarrolladas (desagregadas a nivel sub-nacional) se mantienen y actualizan con la periodicidad prevista.</p> <p>SO1.10. El Programa permite generar conocimiento/ lecciones aprendidas que son utilizadas en sucesivas fases de su ejecución o en otros lugares (tanto al nivel de los países como del conjunto de los países participantes). [PE12]</p>	<p>Entrevistas a representantes de la CICAD/OEA.</p> <p>Entrevista telefónica/presencial a representantes de las CND de los países participantes.</p> <p>Encuesta telemática a las entidades públicas que trabajan en el nivel regional o local y de organizaciones de la sociedad civil participantes en el proyecto.</p> <p><u>Análisis de casos (trabajo de campo)</u></p> <p>Entrevista a representantes de las CND de los países beneficiarios.</p> <p>Entrevistas a representantes de la OEA en países beneficiarios y de las OTC de la AECID.</p> <p>Entrevista a una muestra de representantes departamentales y/o municipales y de organizaciones de la sociedad civil de ámbito local.</p> <p>Entrevista a una muestra de los co-ejecutores en las localidades en que se interviene.</p>
SO2. Factores económico-financieros para la sostenibilidad [PE14]	<p>SO2.1. Evolución del gasto en políticas de drogas a nivel nacional y local (crece o, al menos, se mantiene).</p> <p>SO2.2. Desarrollo de líneas de financiación nacional y local que ofrezcan viabilidad económica a las políticas y planes municipales de drogas (se han creado y se consolidan: su volumen es creciente, en relación con un alcance también creciente; se mantienen en el tiempo o son sustituidas por otras con fines diferentes o complementarios de relevancia similar).</p> <p>SO2.3. Se han puesto a disposición de las políticas de drogas en el nivel local recursos financieros adicionales.</p> <p>SO2.4. El origen de los fondos destinados a cofinanciación no son otras cooperaciones, sino que proviene de los presupuestos de las instituciones con competencias en la materia, en cualquiera de los niveles institucionales.</p>	<p>Entrevista a una muestra de promotores de diagnósticos locales y de proyectos piloto.</p> <p>Grupo focal con participantes en los proyectos locales visitados.</p>

Anexo 3. ALCANCE REAL DEL PROGRAMA: PRODUCTOS Y ACTIVIDADES PRINCIPALES

En este anexo se resume el alcance de las actuaciones en los países ejecutadas con diferentes pesos en cada una de las etapas, **sin que siempre signifique que tales productos son el resultado directo y atribuible al Programa**. Las fuentes utilizadas han sido, de un lado, los documentos de seguimiento del propio Programa (IPEP e informes finales) así como la información recogida durante las visitas a terreno.

Tabla 1. Estructuras y espacios de coordinación municipales

País	Unidades municipales	Espacios de coordinación	Observaciones
Bolivia	-	29 Comités locales sobre drogas	Bolivia se retira del Programa en 2008.
Colombia	-	-	Preexistencia de 23 Comités departamentales y 633 Comités municipales
Ecuador	-	16 Comités Locales	Posteriormente, Puntos de Acción de Red (PAR).
Perú	1 (preexistente pero reforzada)	8 Consejos Regionales y 12 Comités Multisectoriales (COMUL) municipales	No clara la influencia SAVIA (Cooperación Belga)
Uruguay	-	18 Juntas Departamentales de Drogas	Preexistencia de 17 JDD, creadas por iniciativa uruguaya, con poca actividad
Venezuela	-	6 Comités locales interinstitucionales	

Tabla 2. Diagnósticos, planes municipales y proyectos

País	Diagnósticos locales	Proyectos locales	Observaciones
Bolivia	29 diagnósticos municipales	25 proyectos municipales	Bolivia se retira del Programa en 2008.
Colombia	-	20 iniciativas juveniles de tipo productivo y/o sociocultural. 5 proyectos de inclusión socio-laboral (consumidores/as en tratamiento)	Colombia ya contaba con diagnósticos locales.
Ecuador	6 provincias y 14 cantones	8 iniciativas locales	
Perú	20 departamentos, municipalidades distritales y provinciales	4 proyectos locales	
Uruguay	18 departamentos, municipalidades distritales, etc.	25 proyectos locales	
Venezuela	7 municipios	-	Venezuela se retira del Programa en 2008
Total	94	87	

Por su parte, los **planes municipales** no han sido elaborados como tales, salvo en el caso de Bolivia con 29 planes municipales sobre drogas. Sí se ha propiciado en algunos países (Perú y Ecuador): a) la emisión de Ordenanzas municipales para avalar la conformación de los espacios de coordinación o comités, y/o b) la elaboración de planes operativos anuales estrechamente vinculados a la ejecución de los posteriores proyectos.

3.1. Formación y generación de capacidades profesionales.

Para el caso de las actividades de formación de carácter nacional, es posible estimar el número de eventos y talleres realizados durante SAVIA II, pero materialmente imposible estimar el número de personas participantes en todos ellos. En el caso de Uruguay, es posible además estimar el número de horas de la formación, dedicación que no estuvo identificada en el curso de Perú. En el caso de Uruguay hubo dos niveles. En la Tabla 3 se indica la cantidad de personas que aprobaron el primer nivel.

Tabla 3. Detalle del alcance de la formación nacional: proyecto SAVIA Fase II

País	Duración / Modalidad	Horas (est.)	Comienzan	Terminan	Aprueban
Perú	4 meses (virtual) con 1 encuentro presencial	s/d	106	59	53
Uruguay	7 meses (virtual) con 3 encuentros presenciales	240 ^(a)	116	s/d	75 ^(b)
Total			226		128

(a) Dedicación estimada de 10 horas semanales durante 7 meses (19 Junio a 15 Diciembre 2012)
(b) Realizan un módulo de profundización 66 personas y lo culminan 61.

3.2. Intercambio de experiencias y cooperación horizontal

a) Talleres y seminarios internacionales

Todos los proyectos que conforman el Programa SAVIA celebraron, al menos, dos talleres o seminarios internacionales como parte de la estrategia de intercambio de experiencias y diseño de las políticas de descentralización en otros países, y de sensibilización/formación en temas a reforzar en las políticas nacionales de drogas.

Se dispone de información sobre asistentes de los últimos 7 encuentros regionales y subregionales celebrados, cuyos datos reportarían el siguiente alcance: un total de **26 jornadas** de talleres y ponencias a los que asistieron **145 participantes**. Un 37% procedían Colombia, país que acogió la mayoría de los eventos en el Centro de Formación de la AECID en Cartagena de Indias.

Consultar la Tabla 4 a continuación para más detalle.

Tabla 4. Asistentes a los talleres y seminarios internacionales, por evento, fecha y país.

Título del taller / seminario	Fecha	Días	Total	Bol.	Col.	Ecu.	Per.	Uru.	Ven.	Otros
Países SAVIA										
Políticas de Drogas en el Ámbito Local	2007 Oc.-Nov	4	33	3	8	2	5	2	6	7
Calidad de las Políticas Locales de Reducción del Consumo de Drogas	2009 Ab.-My.	5	37	3	15	3	3	3	3	7
Desarrollo de políticas locales de integración social en el marco de las políticas nacionales sobre drogas	2011 Sept.	5	19		11	3		3		2
Programas locales, formación e inserción laboral de drogodependientes	2012 Nov.	4	20		10	2	2	3		3
Encuentro Subregional Andino sobre Políticas de Integración Social y Drogas	2013 Oct.	4	28	8	9	4	7			
Encuentro Subregional Cono Sur sobre Políticas de Integración Social y Drogas	2013 Oct.	4	8					8		
Subtotal 6 talleres/seminarios internacionales		26	145	14	53	14	17	19	9	19
<i>Porcentaje</i>			100%	10%	37%	10%	12%	13%	6%	13%
Otros países										
Encuentro Subregional Cono Sur sobre Políticas de Integración Social y Drogas	2013 Oct.	4	25	Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay						25
Encuentro Subregional Centroamérica, México y Rep. Dominicana sobre Políticas de Integración Social y Drogas	Oct. 2013	4	52	México, Rep. Dominicana, Costa Rica, Honduras, Guatemala y Panamá						52
Subtotal otros países		8	77							77
Total 7 talleres / seminarios internacionales		34	222	14	53	14	17	19	9	96
<i>Porcentaje</i>			100%	6%	24%	6%	8%	9%	4%	43%

A estos eventos habría que añadir:

- La reunión andina para el desarrollo de una guía de orientación para actores regionales y locales trabajando en prevención del consumo de drogas (septiembre 2004) a la que acudieron representantes de Colombia, Perú y Venezuela. Sin información sobre el número de participantes.
- El III Taller Regional sobre Descentralización de la Política de Drogas (diciembre 2006, 4 días), con presencia de representantes de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, y al que asisten como invitados República Dominicana y Uruguay por ser, entonces, posibles candidatos a incorporarse en el próximo proyecto. Sin información sobre el número de participantes.
- La “visita estudio” a España (junio de 2011, 5 días) para conocer de la mano del PND español la implementación de políticas de RDD a nivel autonómico y municipal. A esta visita acudieron 8 representantes de las CND de Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay (2 por país).

b) Pasantías y cooperación horizontal

Las pasantías fueron un instrumento previsto desde el comienzo del Programa SAVIA. Se ejecutaron de manera puntual durante el primer proyecto Descentralización 2003-2005 y nuevamente con el proyecto

SAVIA Fase I 2007-2009. Se reporta la realización de 7 pasantías, de las que se cuenta con información de 6.

En la práctica, como concepto de pasantía², se realizaron dos: a) en 2005, una visita técnica a DEVIDA (Perú) por parte de una especialista de la Unidad de prevención del CONACUID venezolano para conocer distintos aspectos del proceso de descentralización desarrollados por DEVIDA; b) en 2013, una visita del personal técnico de DEVIDA a sus homólogos en SENDA (Chile) para conocer de primera mano su experiencia de trabajo (ver Tabla 5).

Tabla 5. Pasantías entre países

País visitante	País receptor	Nº Pers.	Fecha	Duración	Descripción pasantía
Venezuela	Perú	1	Jun. 2005	5 días	Visita técnica y acuerdos para cooperar en un taller de formación en Venezuela a consultores estatales (indicado como colaboración en la Tabla siguiente).
Perú	Chile	3	Nov. 2013	5 días	3 especialistas de DEVIDA visitan SENDA. Reuniones de trabajo en Santiago de Chile y visitas a Valparaíso, Los Andes y Concepción. 15 contactos establecidos
Total		4		10 días	

Sumándose a la experiencia anterior, figuran otras 4 colaboraciones entre países, entendibles como "cooperación horizontal" puntual. En todos los casos, se trata de una visita de colaboración en el que el país beneficiario (receptor) acoge a un representante de la CND (visitante) que acude a apoyar su labor participando en jornadas o talleres. El detalle de las realizadas es el siguiente:

Tabla 6. Colaboración horizontal entre países participantes

País receptor	País visitante	Nº Pers.	Fecha	Duración	Descripción pasantía
Venezuela	Perú	2	Oct. 2005	5 días	Consultores. Taller de capacitación en metodología de diagnósticos locales a consultores que los realizan en 11 estados venezolanos (s/d nº asistentes)
Ecuador	Colombia	1	Jun. 2007	2 días	Ponente. Taller de formulación de planes municipales de drogas para técnicos locales y funcionarios de las Jefaturas Zonales del CONSEP locales (s/d nº asistentes).
Uruguay ^(a)	Colombia	1	Dic. 2009	7 días	Ponente. Jornadas de coordinación actores institucionales, del tercer sector y comunitarios que trabajan en Montevideo (130 asistentes).
Uruguay ^(a)	Colombia	1	Oct. 2010	8 días	Participación en: a) 1 encuentro Juntas Departamentales en Paysandú; b) 3 encuentros con actores institucionales (salud, educación, protección social), OSC y agentes comunitarios de 3 zonas de Montevideo. (s/d nº asistentes).
Perú	Uruguay Chile	1 1	Mar. 2013	3 días	Ponentes. Jornadas de integración socio laboral: Construyendo una propuesta país (34 asistentes)
Total		7		25	

(a) Bajo el marco del Acuerdo sobre asistencia recíproca en materia de drogas entre Colombia y Uruguay de 1988.

² Es decir, que el/la pasante (profesional del país visitante) realice una visita técnica o de profundización en las experiencias de la entidad homóloga de otro país (país receptor).

3.3. Visitas de coordinación: presentación e incidencia ante autoridades locales.

Buena parte de la labor de coordinación de la Administración desde CICAD conllevó reuniones y encuentros de presentación del Programa SAVIA ante los diferentes estamentos de las CND de los países, incluido en su caso reuniones o talleres con personal de las oficinas desconcentradas y las autoridades locales candidatas a acoger los proyectos municipales en los que se combinaba la presentación del proyecto con la sensibilización sobre las temáticas que éste abordaba. Con diferencia, en la etapa 2003-2005 fue la que se efectuaron más misiones de coordinación.

Tabla 7. Misiones de coordinación a los países: 2003-2005

Año / Semestre	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
2003 / Semestre 1º		Mar. 2003	Jun. 2003	Jun. 2003	
2003 / Semestre 2º		Ago. 2003			Sep. 2003
2004 / Semestre 1º		Mar. 2004	Feb. 2004		Feb. 2004
2004 / Semestre 2º		Abr. 2005	Abr. 2005		Abr. 2005
2005 / Semestre 1º					
2005 / Semestre 2º	Sept. 2005				Jul. 2005
Total: 13	1	4	3	1	4

Fuente. Informes Finales SAVIA.

En años y proyectos posteriores, aunque no hay detalles sobre fechas y número concreto de visitas, de los informes finales reportados se estima que, al menos, las visitas de coordinación eran realizadas una o dos veces por país y proyecto del Programa SAVIA.

Como estrategia de coordinación hay que añadir a las anteriores actividades:

- ☐ Las reuniones propiciadas con los participantes de cada país con motivo de los seminarios y talleres internacionales en el marco del Programa SAVIA (Ver Tabla 7 arriba)
- ☐ Las reuniones celebradas entre el Administrador del Programa y las delegaciones de los países andinos presentes en los eventos internacionales o plenarios de la CICAD (Montreal, Washington, etc.).

Anexo 4. LISTADO DE ENTREVISTAS REALIZADAS

Por parte de la **CICAD** han sido entrevistados:

Secretario Ejecutivo CICAD: Paul Simons.

Asistente al Secretario Ejecutivo: Angela Crowdy

Administradores del programa SAVIA: Javier Sagredo y Víctor Martínez

Asistente del programa SAVIA: Rosa Munárriz

Mecanismo de Evaluación Multilateral (MEM): Sofía Kosmas

Observatorio Interamericano sobre Drogas: Francisco Cumsille (entrevista telefónica).

Sección de Fortalecimiento Institucional: Antonio Lomba

Sección de Reducción de la Demanda: Alexandra Hill (entrevista telefónica).

Seguridad Multidimensional: Abraham Stein

Por parte de la **Delegación del Gobierno sobre el Plan Nacional de Drogas**, se entrevistó a dos personas, que han tenido o mantienen en la actualidad una relación directa con la iniciativa.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPND): Francisco de Asis Babín

Subdirección General de Relaciones Institucionales (DGPND): Sofía Aragón.

Servicio de Organismos Europeos (DGPND): Margarita Segura.

En el caso de la **Agencia Española de Cooperación Internacional**, se contactó con las dos personas indicadas por parte de los representantes de la CICAD. En este caso la entrevista tuvo lugar de forma conjunta y permitió, además, recabar información adicional sobre la financiación del Programa. Se espera poder completar esta información durante la visita a la sede de la CICAD. Las personas entrevistadas fueron:

Unidad de Apoyo de la Dirección de Cooperación para América Latina y Caribe (AECID): Carmen de Juana.

Área de Organismos Internacionales del Departamento de Cooperación Multilateral (AECID): Irene García.

Se ha celebrado también una entrevista con el Director de la División de Evaluación y Gestión del Conocimiento de la **Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo** del Ministerio de Asuntos Exteriores de España (SGCID). En este caso la entrevista no versó realmente sobre el contenido del Programa, sino sobre aspectos propios del proceso de evaluación que está teniendo lugar.

Finalmente, han tenido lugar dos entrevistas más a instituciones no mencionadas anteriormente. En concreto:

Red Iberoamericana de Organizaciones que Trabajan en Drogodependencias (RIOD): Javier Martín

Antigua coordinadora del CONALTID (Bolivia) y experta en drogas de la Comunidad Andina: Tatiana Dalence.

4.1. Agenda de la visita a Perú

Día y hora	Actividad	Nombre participante	Cargo/descripción
Lunes 14			
09:00-13:30	Reunión con representantes de la Dirección de Promoción y Monitoreo y del Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas (PPPTCD) de DEVIDA	Lourdes Sevilla Gerardo Marín Jessica Huertas César Perea Julio César Vargas Selene Barrantes	Reunión introductoria en la que participaron la mayor parte de las personas que fueron entrevistadas en días sucesivos en la sede de DEVIDA. Incluye entrevista con Lourdes Sevilla, Secretaria Técnica del PPPTCD
16:00-17:30	Entrevista	César Perea	Especialista de Prevención de la Dirección de Asuntos Técnicos
Martes 15			
09:30-10:30	Entrevista	Carmen Masías Claux	Directora de Administración y Desarrollo de CEDRO. Ex Directora Ejecutiva de DEVIDA.
12:00-13:30	Visita Villa El Salvador (Lima)	Arturo Mendoza Miguel Ormeño Julio Injante Julio Aimar Walter Moscol	Gerente Salud y Sanidad Psicólogo área de Salud Coordinador Promoción de la Salud Psicólogo área de Salud Especialista Prevención de DEVIDA
16:00-18:00	Visita La Punta (Callao)	Caterina Zazzali Janette Flores Selene Barrantes	Gerente de Servicios Sociales Psicóloga Departamento de Salud Especialista Prevención de DEVIDA
Miércoles 16			
10:00-10:30	Visita Ventanilla (Callao)	José Luis Castillo Soto	Gerente Municipal
10:30-13:30	Visita Ventanilla (Callao)	Cristian Abanto Claudio Pareja Ivonne Calderón Patricia Ruiz Jessica Huertas	Gerente Protección y Familia Jefe Oficina de Prevención del consumo de droga Psicóloga, técnica del proyecto en el AAHH de Pesquero III Psicóloga, técnica del proyecto en el AAHH de Pesquero III Especialista Prevención de DEVIDA
Jueves 17			
16:00-17:00	Entrevista	Isabel Palacios	Oficial Prevención de la Demanda de UNODC, Coordinadora regional del Programa PREDEM
Viernes 18			
16:00-18:00	Debriefing	Lourdes Sevilla Gerardo Marín Jessica Huertas César Perea Julio César Vargas Selene Barrantes	Reunión de cierre de visita, contraste e intercambio de impresiones.

Día y hora	Actividad	Nombre participante	Cargo/descripción
Lunes 21			
11.00-12.00	Entrevista	Pablo Zúñiga	Representación de la SG/OEA
13:00-14.00	Entrevista	Juan Diego Ruíz	Coordinador de la Oficina Técnica de Cooperación de la AECID.

4.2. Agenda de la visita a Uruguay

Día y hora	Actividad	Nombre participante	Cargo/descripción
Lunes 14			
09 h.	Reunión con equipo JND. Presentación y organización de visita		Reunión introductoria en la que participaron la mayor parte de las personas que fueron entrevistadas en días sucesivos en la sede de la JND.
09:30	Entrevista	Gustavo Misa	Coordinador implementación SAVIA I (actualmente, Dpto. de Seguimiento y Evaluación)
11:00	Entrevista	Marta Suanes Jorge Durán	Responsable del Área de Reducción de la Demanda Coordinación Secretaría de Descentralización
14:00	Entrevista	Héctor Suárez Pablo Caggiani María Herrera	Coordinación Observatorio Uruguayo de Drogas Coordinación secretaria de Formación en la JND Dpto. de Cooperación al Desarrollo (actualmente en Bienes Decomisados)
15:00	Entrevista	Gabriela Olivera	Coordinación Secretaria de Género
17:00	Entrevista	Julio Calzada	Secretario General - Junta Nacional de Drogas
Martes 15			
10:00	Reunión OTC	Rafael Ruiz de Lira Blanca Rodríguez	Responsable Programas de Cooperación Responsable Programas de Cooperación
13:00-19:00	Visita JDD de San José	Marta Suanes Rosana Reyes Suri Fabre Pablo Cámara Carla Auzal Yasmin Martínez Raquel Añón Araceli Rodríguez Yvone Yanes Cristina Sánchez Javier Gutiérrez	Responsable del Área de Reducción de la Demanda Asesora de Bienestar Social del Gobierno Departamental. Jefe Departamental del MTAS. Teniente primero. Primer batallón de San José. Batería 6. Directora General de Asociación Cristina de Jóvenes. Docente. Dº Departamental de Salud. Banco de Previsión Social. Dtora. Departamental del MINSAL y Coordinadora de la JDD de San José. Dtora. Departamental del MIDES. Coordinadora Departamental de Centros MEC Asistente Social, Salud Mental, ASSE
13:00-19:00	Visita JDD de Canelones	Marta Suanes Heber Freitas Nicolás Raboto Gustavo Valentini	Responsable del Área de Reducción de la Demanda Intendencia de Canelones y coordinador de la JDD. Alumno Liceo número 3 de Las Piedras. Promotor joven. Médico cardiólogo. Equipo técnico prevención de drogas de Comuna.

Día y hora	Actividad	Nombre participante	Cargo/descripción
Miércoles 16			
09:00-15:30	Visita JDD de Florida	Silvia Pérez Dinorah Lanz Victoria Fernández Alix Deluca Ariel Petrulo Pablo Valerio	Dpto. de Prevención de la JND. Coord. JDD de Florida - MSP Secretaria JDD de Florida – INAU Representación del MIDES en Dpto. de Florida Docente integrante del equipo del proyecto Savia Representante Fundación Kolping
Jueves 17			
09:00	Reunión con Flasco y Formación de la JND	Pablo Caggiani Agustín Lapetina	Coordinación secretaria de Formación en la JND Coordinador pedagógico del curso de drogas impartido por FLACSO
10:00	Entrevista	Rosina Tricánico	Dpto. de Integración Social de la JND
11:00	Entrevista	Victoria Rodríguez Silvia Pérez	Dpto. de Prevención de la JND
12:00	Resolución de dudas y aclaración de cuestiones puntuales	Marta Suanes	Responsable del Área de Reducción de la Demanda
13:00.	Visita JDD de Montevideo	Andrea Toyos José Luis Fernández Perla Vivas Jacquelin Ubal Alexis Duarte	Dpto. de Tratamiento de la JND División de Salud de la Intendencia de Uruguay. División de Salud de la Intendencia de Uruguay. La Teja Barrial La Teja Barrial
Viernes 18			
Lunes 21			
09-13h.	Reunión con Representantes de JDDs del Norte con proyectos Savia ejecutados. Dptos. de Artigas y de Rivera	Soledad Tavares Adriana Pintos	Maestra en el CEIP. Delegación de Rivera. Mº de Salud Pública. Delegación de Artigas.
14:30-15:15	Entrevista	Laura Latorre	Responsable del Dpto. de Seguimiento y Monitoreo de la JDD
17:00	Reunión OEA	John Biehl del Río Florencia Fernández	Representación de la SG/OEA en Uruguay
Lunes 21			
09:00	Debriefing	Marta Suanes	Responsable del Área de Reducción de la Demanda

4.3. Agenda de la visita a Ecuador

Día y hora	Actividad	Nombre participante	Cargo/descripción
Miércoles 23			
09.30-13:00	Entrevista	Patricio Zapata July Bedoya	Especialista prevención del Observatorio Nacional de Drogas. Ex punto focal del programa SAVIA en el área de Prevención del CONSEP. Especialista del Observatorio Nacional de Drogas. Ex técnico del área de Prevención.
10:30-11:30	Reunión (videoconferencia)	Maraska Ribadeneira Alexandra Abarca Patricia Ramírez Jimena Fernández Carlos del Pozo María Elena Rosero Germán Paredes	Reunión por videoconferencia con Directores/as Regionales o técnicos/as de prevención para reportarse acerca de las actuaciones del programa SAVIA en sus Puntos de Acción de Red (PAR) municipales. En días posteriores, se mantiene entrevistas personales con cuatro Direcciones Regionales.
13.30-14.15	Entrevista	Juan Arroyo	Responsable de programas de la Oficina Técnica de Cooperación de AECID.
15.30-16.00	Entrevista	María Ángeles Maldonado	Directora de Relaciones Internacionales de CONSEP.
16.30-17.30	Entrevista	Jimena Fernández	Especialista en Prevención de la Jefatura Regional Austro (Cuenca).
Jueves 24			
10:00-11:00	Entrevista (videoconferencia)	Maraska Ribadeneira	Especialista en Prevención de la Jefatura Regional Napo (Tena).
11:00-12:00	Entrevista	Carlos del Pozo	Especialista en Prevención de la Jefatura Regional Centro (Ambato).
12:00-13:00	Entrevista (videoconferencia)	Ramiro Aldean	Ex técnico en Prevención de la Jefatura Regional Suroriente (Loja).
15:00-16:30	Entrevista	Roberto Enríquez Francis Negrete María Fernández Porras Paola Solís	Comisión de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública Analista de Red de la Demanda, Área de Control de Drogas Ilícitas, Ministerio del Interior. Jefa de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de Educación. Técnica de la Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir, Ministerio de Educación. Asiste también Cristian Fernández en representación de AME (Asociación de Municipios de Ecuador) pero no aporta información relevante y se ausenta de la reunión.
Viernes 25			
08:00-10:00	Entrevista	Verónica Navas Vilma Escobar	Directora de la Casa de la Prevención del CONSEP Técnica de la Casa de la Prevención del CONSEP
10:00-10:30	Entrevista	Francisco Paucar	Técnico de la Casa de la Prevención del CONSEP
12:30-13:00	Entrevista	Rodrigo Vélez Valarezzo	Secretario Ejecutivo del CONSEP

4.4. Agenda de la visita a Colombia

Día y hora	Actividad	Nombre participante	Cargo/descripción
Viernes 25			
10 h.	Entrevista	Susana Fergusson	Reunión para conocer el enfoque de prevención del consumo de drogas y de descentralización existente en Colombia y la implementación de SAVIA en él.
Lunes 28			
10:00	Reunión OTC	Fernando Rey	Coordinador encargado
Miércoles 30			
14 pm	Entrevista UNODC Colombia	María Mercedes Dueñas	Coordinadora Programa para la Descentralización del Plan Nacional de Drogas
Viernes 1			
09:00	Entrevista	Ademar Parra	Coordinador del área de reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Ministerio de Salud y Protección Social.

5.1. Referencias documentales generales

Desde una perspectiva sectorial, el acercamiento a la problemática de las drogas se ha llevado a cabo en un doble nivel. Por un lado se han analizado las líneas estratégicas que enmarcan la política de drogas en España, a partir de la Estrategia Nacional de Drogas, el Plan Nacional de Drogas y los Planes de Acción. Por otro, se han revisado los documentos marco de la CICAD y de la Comunidad Andina: la Estrategia Hemisférica sobre Drogas y su Plan de Acción, la Estrategia Andina de Drogas así como los Informes anuales sobre el Consumo de Drogas en las Américas, elaborados conjuntamente con UNODC.

Atendiendo a la estructura organizativa de la CICAD, se tomó como referencia documentación específica de las secciones de Fortalecimiento Institucional y Reducción de la Demanda, que abordan tanto el fortalecimiento de las instituciones nacionales en materia de drogas como lineamientos de reducción de la demanda. A ello se suman los Informes de Evaluación Nacionales y Hemisféricos del Mecanismo de Evaluación Multilateral. De forma complementaria, aunque con un carácter menos exhaustivo, se incluyen informes, investigaciones y publicaciones, ya sean elaborados por los grupos de expertos de la CICAD o por otras instituciones, que se aproximan a la temática de las drogas desde diversas miradas: exclusión social, juventud, población escolar, violencia etc.

Con esta lógica se han organizado las referencias documentales que se presentan a continuación.

■ Documentación sobre Cooperación al Desarrollo

II Plan Director de la Cooperación Española (2005-2008)

III Plan Director de la Cooperación Española (2009-2012)

IV plan Director de la Cooperación Española (2013-2016)

Estrategia Sectorial de Salud

Plan Actuación Sectorial Salud. Vinculado al III Plan Director

■ Documentación sobre Pobreza, Salud y Drogas

OMS (1986) Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud

Red Iberoamericana de ONGs que trabaja en Drogodependencias (RIOD) (1998) Declaración de Cartagena de Indias para la Cooperación en Materia de Drogodependencias.

OMS (2005) Carta de Bangkok sobre la Promoción de la Salud en un mundo globalizado

Tello González, Ángela (2007) "La Adicción a las drogas y la exclusión social". Corporación Viviendo

BID (2008) ¿Los de afuera? Patrones cambiantes de exclusión en América Latina y el Caribe.

Plan Nacional de Drogas de España (2009-2012)

Estrategia Nacional sobre Drogas de España (2009-2016)

(2009) Declaración de la Cumbre de las Américas de Puerto España

CEPAL (2010) Panorama social de América Latina

UNODC (2011, 2012, 2013) Informes mundiales sobre las Drogas

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) (2012) Guía sobre Políticas de Drogas

http://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/library/Guia-sobre-politicas-de-drogas_Segunda-edicion.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA.(2013). Escenarios para el problema de las drogas en las Américas - 2013-2025. <http://www.cicad.oas.org/>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la OEA. (2013). El problema de las drogas en las Américas 2013 - OEA. <http://www.cicad.oas.org/>

CICAD/OEA y Comisión Interamericana de Mujeres CIM/OEA (2014). Mujeres y drogas en las Américas. Un diagnóstico de política en construcción. <http://www.cicad.oas.org/>

■ Documentación OEA/CICAD

(1986) Programa Interamericano de Acción de Río de Janeiro contra el consumo, la producción y el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.

(1996) Estrategia Antidroga en el Hemisferio, aprobada por la CICAD en octubre de 1996 y adoptada por La AG/OEA en junio de 1997.

(1997) Plan de Acción para la implementación de la Estrategia Hemisférica Antidrogas en el Hemisferio.

(1998) Plan de Acción aprobado en la Segunda Cumbre de las Américas, Santiago de Chile.

(2001) Estrategia andina de drogas elaborada por la CAN (Decisión 505)

(2005) Lineamientos Hemisféricos de la CICAD en Prevención Escolar.

http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/ESP/Prevencion/Lineamientos-Prev-Esc-esp.pdf

(2005) Estudio Exploratorio sobre Drogas y Violencia en una Muestra Intencional de Mujeres en Doce Países de las Américas. Informe Final del Proyecto de Investigación de la Cooperación Horizontal entre CICAD y SENAD/Brasil, firmado en diciembre de 2005, titulado: "Estudio Piloto Multicéntrico sobre Drogas, Mujeres y Violencia en las Américas".

http://www.cicad.oas.org/Reduccion_Demanda/Educational_development/reports/mujeres_drogas_violencia_v6.pdf

(2006) Decisión de la Asamblea General de la OEA (AG/RES. 2198 (XXXVI-O/06)).

(2006) Propuesta de CICAD, presentada en la XL sesión plenaria de la CICAD en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), relativa a la mejora de los sistemas de aprovechamiento de los bienes y activos decomisados a los narcotraficantes.

(2006): Jóvenes y Drogas en Países Sudamericanos: Primer Estudio Comparativo sobre Uso de Drogas en la Población Escolar Secundaria. Documento elaborado junto con UNODC.

http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Statistics/siduc/InfoFinal_Estudio_Comparativo.pdf

(2008) Elementos Orientadores para las Políticas Públicas sobre Drogas en la Subregión: Estudio comparativo sobre consumo de drogas en la población general en 6 países sudamericanos (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay). Documento elaborado junto con UNODC.

http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Research/comparativo_subregional-2008-06.pdf

(2009-2010) Informe Subregional sobre Uso de Drogas en Población Escolarizada: información para el diseño de las estrategias nacionales y regionales sobre la problemática de drogas en jóvenes. Segundo estudio conjunto.

Documento elaborado junto con UNODC. http://www.cicad.oas.org/oid/NEW/Pubs/Informe_Subregional2009.pdf

2010: La relación droga y delito en adolescentes infractores de la ley. La experiencia de Bolivia, Chile, Colombia, Perú y Uruguay. Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. Quinto informe conjunto. Documento elaborado junto con UNODC.

http://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/La_Relacion_Droga.pdf

(2010) Estrategia Hemisférica sobre Drogas, aprobada el 3 de mayo de 2010 por la CICAD en Washington y el 8 de junio de 2010 por la XL Asamblea General de la OEA en Lima.

http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/basicdocuments/Estrategia_drogas.pdf

(2010) Lineamientos Hemisféricos de la CICAD para la construcción del modelo comunitario en reducción de la demanda: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?ld=1692>

(2010) Marco de información para el diseño de políticas y programas en reducción de la demanda:

<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?ld=1694>

(2010) Creación de un Observatorio Nacional de Drogas: Un Manual Conjunto. Documento elaborado junto con Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/pub_spa.asp

(2010) Estado de Situación de Tratamiento para Problemas por Consumo de Drogas en el Ámbito Local. Información de 19 ciudades de Europa, América Latina y el Caribe.

http://www.cicad.oas.org/reduccion_demanda/eulac/results/Documents/FINAL%20EDICION%20REVISADA%20SPA%C3%91OL%20%20PUBLICACION%20ESTADO%20SITUACION%20TRATAMIENTO%20EU-LAC%20%2022%20Febrero%20_ESPA%C3%91OL.pdf

(2011) Informe sobre el consumo de drogas en las Américas.

http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf

(2011) Plan Hemisférico de Acción sobre Drogas (2011-2015).

<http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1092>

(2011) Informe 'Integración Social y Drogas', presentado en el 49º periodo ordinario de sesiones. 4-6 de mayo en Paramaribo, Surinam. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1098>

(2011) Franzini, Rafael. Presentación sobre 'Integración Social y Drogas', presentado en el 49º periodo ordinario de sesiones. 4-6 de mayo en Paramaribo, Surinam. <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=1156>

(2012) Manual de Procedimientos del Mecanismo de Evaluación Multilateral. 6ª ronda de evaluación

<http://www.cicad.oas.org/mem/Resources/Files/Manual%20de%20Procedimientos%20MEM%20-%20ESP.pdf>

Manual sobre criterios de evaluación del Mecanismo de Evaluación Multilateral. Guía para el evaluador. 6ª ronda de evaluación.

http://www.cicad.oas.org/mem/resources/Files/Manual%20sobre%20criterios%20de%20evaluaciOn%20_Gu%C3%ADa%20para%20el%20evaluador_%20-%20ESP.pdf

Informes de Evaluación Nacionales y Hemisféricos del Mecanismo de Evaluación Multilateral (1999-2011). Se incluye desde la primera hasta la quinta ronda de evaluación.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/mem/reports/default_spa.asp

(2013) Informe sobre el Problema de las Drogas en las Américas

■ Programas/ proyectos CICAD

Programa Latinoamericano de Formación y Certificación para el Tratamiento y Rehabilitación de drogas y violencia (PROCCER). Vinculado con la sección de Reducción de la Demanda de la CICAD.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/proccer/proccer_SPA.asp

Asociación de Ciudades para la Prevención y Tratamiento del Uso de Drogas de la UE "Prevención del Abuso de Drogas — Un puente entre los continentes" (intervención sucesora de UE-LAC). Vinculado con la sección de Reducción de la Demanda de la CICAD.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/eulac/main_spa.asp

Proyecto de Desarrollo Educativo. Vinculado con la sección de Reducción de la Demanda de la CICAD.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/reduccion_demanda/Educational_development/Default_SPA.asp

Proyecto Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas (TTDA). Vinculado con la sección de Fortalecimiento Institucional de la CICAD.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/dtca/main_SPA.asp

Proyecto La Comparación y el Análisis Jurídico (Legislación sobre Drogas en las Américas — LEDA). Vinculado con la sección de Fortalecimiento Institucional de la CICAD.

http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/legislations/compendiumlegislation_spa.asp

Proyecto Anti-Drogas Ilícitas en la Comunidad Andina (PREDICAN). Proyecto de cooperación entre la CAN y la UE. <http://www.comunidadandina.org/pradican.htm>

Proyecto Apoyo a la Comunidad Andina en el Área de Drogas Sintéticas (DROSICAN). Proyecto de cooperación entre la CAN y la UE. <http://www.comunidadandina.org/DS.htm>

Proyecto Control de los Productos Precursores en los Países Andinos (PRECAN). Proyecto de cooperación entre la CAN y la UE.

Programa de Costos. Vinculado al Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID).
http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/oid/costos_spa.asp

Programa Smart. Vinculado al Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID)

Proyecto de Administración de Bienes Incautados y Decomisados en América Latina (BIDAL). Vinculado a la sección de Antilavado de Activos de la CICAD
http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/lavado_activos/bidal_spa.asp

■ Documentación SAVIA

(2011) Elaboración de Diagnósticos Locales sobre la Problemática del Consumo de Drogas. Guía Metodológica de Investigación para la Acción.

http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/savia/PDF/GUIA_METODOLOGICA.pdf

(Varios) Documentos de Programa, Informes de Seguimiento e Informes Narrativos Finales.

- Proyecto de descentralización de las políticas de drogas en la región andina 2003-2005: Formulación inicial, informe final
- Proyecto de descentralización de las políticas de drogas en la región andina, Ampliación 2005-2007: Formulación inicial, informe final.
- Proyecto SAVIA (Salud y Vida en las Américas), Fase I, 2007-2009: Formulación inicial, informe final.
- Proyecto SAVIA (Salud y Vida en las Américas), Fase II, 2011-2013: Formulación inicial, Modificación formulación inicial, IPEPs números I, II y III.

(Varios) Memorandos de Entendimiento y convenios

- Memorando de Entendimiento CICAD-Colombia, 2002-2007
- Memorando de Entendimiento CICAD-Ecuador, 2009
- Memorando de Entendimiento CICAD-Ecuador, Modificación, 2011
- Memorando de Entendimiento CICAD-Colombia, 2009
- Memorando de Entendimiento CICAD-Perú, s/f
- Memorando de Entendimiento CICAD-Perú, 2012
- Memorando de Entendimiento CICAD-Uruguay, 2008
- Memorando de Entendimiento CICAD-Uruguay, 2012
- Convenio CONSEP – AME, s/f
- Convenios locales Ecuador: Ambato, Bahía Caráquez, Tena, Riobamba, Gualaceo, Loja, Santa Rosa.
- Convenios locales Uruguay con 18 JND.

(Varios) Componente Intercambio experiencias / Cooperación horizontal

- Taller Iberoamericano sobre Políticas de Drogas en el ámbito local (2007): Programa, Informe final, Presentaciones, Mejores prácticas locales en Latinoamérica.

- Taller sobre la calidad de las políticas locales de reducción del consumo de drogas en Iberoamérica (2009): Programa, Presentaciones, Informe final.
- Taller sobre la calidad de las políticas locales de reducción del consumo de drogas en Iberoamérica (2009): Listado de asistentes por país y cargo, Programa, Presentaciones, Informe final del taller.
- Visita de estudio de las delegaciones de los países participantes en SAVIA para conocer la implementación de las políticas de reducción de la demanda a nivel autonómico y municipal en España (2011): Listado de asistentes por país y cargo, Programa del evento, Presentaciones.
- Taller sobre el Desarrollo de Políticas Locales de Integración Social en el Marco de las Políticas Nacionales sobre Drogas (2011): Programa del evento, Presentaciones, Informe final, Conclusiones.
- Seminario Iberoamericano sobre Programas Locales de Formación e Inserción Laboral de personas drogodependientes (2012): Programa del evento, Presentaciones, Informe final.
- Encuentro Subregional Cono Sur sobre Políticas de Integración Social y Drogas. Encuentro Subregional Andino sobre Políticas de Integración Social y Drogas. Encuentro Subregional Centroamérica sobre Políticas de Integración Social y Drogas (2013): Listado de asistentes por país y cargo.

5.2. Revisión documental Colombia

Documentos generales

CICAD, OEA (2014) Mecanismo de evaluación multilateral (MEM) Colombia: Documento narrativo, Sexta Ronda de Evaluación.

Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia (2013) Para una política pública frente al consumo de drogas: Lineamientos

Comisión Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas (2008) Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto propuesta operativa 2009-2010

Dirección Nacional de Estupeficientes (2010) informe de gestión y resultados cuatrienio 2007 – 2010.

Dirección Nacional de Estupeficientes (2009) Gasto directo del Estado colombiano contra las drogas (2007-2008)

DNP; Ministerio de Justicia y del Derecho (2010) Gasto del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010

Instituto de Estudios de Ministerio Público; Procuraduría General de la Nación (2011) Descentralización y Entidades territoriales

Ministerio de Justicia y del Derecho (2013) Avances y logros Primer Semestre, Equipo Regional, Dirección de Política contra las Drogas y actividades Relacionadas; Subdirección Estratégica y de Análisis

Ministerio de Protección Social (2011) Presentación Avances de Colombia en la territorialización de la política de reducción de la demanda de drogas

Parra, A (2012), Presentación de la descentralización de la política de reducción del consumo del Ministerio de Sanidad y Protección Social.

UNODC Colombia (2009) Presentación: Modelo de descentralización de la política de reducción de la demanda de drogas en Colombia.

Villegas Navarro, D; Mejía Motta I; Mc Douall Lombana, J (2005) Informe de evaluación final, proyecto AD/COL/99/C-81; Programa para la descentralización del plan nacional de drogas, Primera Fase. UNODC

■ **Legislación y estrategias**

Consejo Nacional de Estupefacientes (2003) Resolución 004 de 2003, Por la cual se documenta la integración de los Consejos Seccionales de Estupefacientes

Constitución Política de la República de Colombia 1991.

Ley 30 de 1995, por la cual se crea en Consejo Nacional de Estupefacientes

Ministerio de Interior y de Justicia (2012) Política nacional contra las drogas

■ **Documentos SAVIA**

CICAD, OEA (2011) Integración social y drogas: Hacia el desarrollo de políticas públicas en América Latina; Taller sobre el desarrollo de políticas locales de integración social en el marco de las políticas nacionales sobre drogas; Centro de Formación de la Cooperación Española; Cartagena de Indias, Colombia Del 19 al 23 de septiembre de 2011

CICAD, OEA (2011) Taller sobre el desarrollo de políticas locales de integración social en el marco de las políticas nacionales sobre drogas; centro de formación de la cooperación española; Cartagena de indias, Colombia; del 19 al 23 de septiembre de 2011

CICAD, OEA (2012) Informe final de la evaluación de los procesos y de los resultados del componente de fortalecimiento de organizaciones juveniles para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas a través de procesos de inclusión social y de la acción entre pares

CICAD, OEA (2012) Integración social y drogas en América Latina documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas

■ **Otros documentos**

Acta de Reunión; Reunión de coordinación sobre la ejecución del proyecto SAVIA-Drogas en Colombia; Bogotá, jueves 24 de marzo de 2011; Sede del Ministerio de la Protección Social de Colombia

Programa de trabajo de la Visita a España de las delegaciones de las Comisiones Nacionales de Drogas de los países participantes en el proyecto SAVIA-Drogas (Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay) Del 13 al 17 de junio de 2011

Memorando de entendimiento entre la Secretaría General de la Organización de los estados Americanos, a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el control del abuso de droga (SE/CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional, El Gobierno de Colombia, a Través del Ministerio de la protección social y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el delito en Colombia, para la ejecución del proyecto SAVIA.

Memorando de entendimiento entre la Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, a través de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (SE /CICAD) de la Secretaría de Seguridad Multidimensional, el Gobierno de Colombia, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, y la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito en Colombia (UNODC), para la ejecución de la segunda fase del proyecto SAVIA (salud y vida en las américas)

5.3. Revisión documental Ecuador

■ **Marco legal y estrategia nacional e institucional**

Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.- Registro Oficial Suplemento 490 de 27-dic.-2004.- Ultima modificación: 10-feb.-2014.- Estado: Vigente

Plan Nacional de Prevención Integral y control de drogas (2009/ 2012)

Plan Nacional de Prevención de Drogas (PND 2013-2017)

☐ **Investigaciones y estudios sobre el fenómeno del consumo de drogas en Ecuador**

OND-CONSEP.- Cuarta encuesta nacional sobre uso de drogas en estudiantes de 12 a 17 años (2012) <http://www.consep.gob.ec/>

Vicente Paladines. J. (2013) "La respuesta sanitaria frente al uso ilícito de drogas en Ecuador" CEDD. Ecuador. <http://www.consep.gob.ec/>

Boletines informativos "Observando".- Diciembre 2012; Enero 2013 a Noviembre 2013. <http://www.consep.gob.ec/>

☐ **Documentos de trabajo del CONSEP**

UNASUR. Ecuador. (2010).- Aportes a la estrategia para el enfrentamiento a la realidad de las drogas en el marco del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas. <http://www.consep.gob.ec/>

CONSEP."Usos, consumos de drogas y prevención". Marco teórico CONSEP (2013). <http://www.consep.gob.ec/>

Grazia Zuffa.- Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 24. Cocaína: hacia un modelo basado en la autorregulación: nuevas tendencias en la reducción de daños (Febrero 2014). <http://www.consep.gob.ec/>

☐ **Componente diagnósticos locales.(<http://www.cicad.oas.org/>)**

CONSEP/OED. "Análisis Situacional y Conclusiones de 14 Estudios Realizados en Ecuador sobre la Percepción del Uso y Consumo de Drogas", (Marzo y Noviembre del 2009) Cantones involucrados: Cantón Zaruma, Cantón Santa Rosa, Cantón 24 de Mayo, Cantón Atacames, Cantón Santa Cruz de Galápagos, Cantón Gualaceo, Cantón Bahía Caráquez, Cantón Otavalo, Cantón Riobamba, Cantón Ambato, Cantón Loja, Cantón Cevallos, Cantón Catamayo, Cantón Francisco de Orellana

☐ **Componente proyectos locales (<http://www.cicad.oas.org/>)**

Fichas resumen de proyectos locales:

"Adolescentes y jóvenes activos y creativos con la prevención de Ambato; "Camina, mira siempre al futuro" en ciudad de Bahía Caráquez del Cantón de Sucre; "Guala por la vida" en el Cantón de Gualaceo; "Prevención del uso y consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar de la ciudad de Loja" en Cantón de Loja; "Prevención en Drogodependencias a través del rescate de valores" en Cantón de Riobamba; "Salud y vida para Santa Rosa" en Cantón de Santa Rosa; "Decisiones de hoy, consecuencias del mañana como desarrollo de una habilidad social" en el Cantón Santo Domingo de los Tsáchilas; "Adictos a la vida" Cantón de Tena;

☐ **Guía de trabajo para actores locales**

AECI/CICAD/OEA/CONSEP (2007). Guía del Educador: Implementación de estrategias de prevención a través de municipios. <http://www.consep.gob.ec/>

5.4. Revisión documental Perú

☐ **Marco legal y estrategia nacional e institucional**

Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2007-2011

Actualización de la Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2007-2011

Estrategia Nacional para el abordaje del problema de las drogas 2011-2015.

Presentación Estrategia Nacional de Lucha Contra las Drogas 2012-2016

Ley de Bases de la Descentralización, N° 27783 (2003)

Ley Orgánica de Municipalidades (número 27972). Mayo 2003. Ver artículo 73.7

Ley Orgánica de Gobiernos Regionales (número 27867) y su modificatoria (27902) (2003)

Plan Estratégico Institucional DEVIDA 2008 - 2011 - Actualización

Plan Estratégico Institucional DEVIDA 2008 - 2011

Evaluación Plan Estratégico Institucional DEVIDA 2008-2011

Memorias institucionales anuales de DEVIDA: 2004, 2005, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012

Memoria de Gestión Institucional 2002-2006

Componente diagnósticos locales

Diagnósticos locales participativos del consumo de drogas (DLPCD) en los distritos de: i) José Luis Bustamante y Rivero 2000 – Arequipa; ii) Ayacucho; iii) Breña; iv) Cajamarca; v) Calleria – Pucallpa; vi) Cercado de Lima; vii) Comas; viii) Cusco ; ix) Huanuco; x) Huaraz; xi) Ica; xii) Iquitos-Maynas-Loreto; xiii) La Victoria ; xiv) Los Olivos; xv) Miraflores ; xvi) Moquegua; xvii) Puente Piedra – Lima; xviii) Tumbes

Componente proyectos locales

Fichas resumen de los proyectos: a) Fortalecimiento de Capacidades y Habilidades para la Prevención del Consumo de Drogas en la Población Estudiantil del Nivel Secundario de la Localidad de Juanjui, Distrito de Juanjui, Provincia de Mariscal Cáceres, Región San Martín"; b) Sembrando jóvenes sin drogas: Prevención y Disminución del Consumo de Drogas en Adolescentes y Jóvenes en el Distrito Chanchamayo, Región Junín; y c) Desarrollando Factores Protectores y Estilos de Vida Saludable para la Prevención del Consumo de Drogas en Adolescentes y Jóvenes del Distrito de la Banda de Shilcayo (San Martín).

Informe línea de base proyecto Ventanilla, 2013

Proyecto local municipio Ventanilla, 2012. Acuerdo del Concejo.

Componente formación

Curso Virtual "Aspectos Claves de la Gestión Pública para la Reducción de la Demanda de Drogas". Propuesta técnica y económica. 2013

Informe sobre implementación del curso virtual. 2013-2014

Lista de participantes curso virtual.02013-2014

Componente cooperación horizontal

Informes pasantías 1, 2 y 3.

5.5. Revisión documental Uruguay

Marco legal y estrategia nacional e institucional

Junta Nacional de Drogas de Uruguay (2011). Estrategia Nacional para el abordaje del problema drogas período (2011-2015). <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas de Uruguay (2011). Decreto 463/988 (1998): Crea la Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico Ilícito de Drogas. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Decreto 346/999 (1999): Declara de interés nacional la política pública de prevención, tratamiento y rehabilitación del uso abusivo de drogas y la represión del narcotráfico y sus delitos conexos. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Decreto 170/2000; Modifica determinados artículos del marco legal de creación de la Junta Nacional de Drogas y de la Secretaría Nacional de Drogas, determinando su integración, competencias y atribuciones. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Decreto 84/010 (2010): Creación de las Juntas Departamentales de Drogas y las Juntas Locales de Drogas.- Decreto Presidencial de 25 de febrero de 2010, de creación de las Juntas Departamentales de Drogas de Uruguay. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Decreto 339/010 (2010): Reglamenta el Fondo de Bienes Decomisados de la Junta Nacional de Drogas. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Decreto 387/012 (2012): Modificación del Decreto 84/010 adecuando el marco jurídico de las Juntas Departamentales y Locales de Drogas. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Ley 19.172 (2013): Regula la producción, distribución y venta del cannabis. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Reforma del Marco Regulatorio para los Establecimientos Especializados en la Atención y el Tratamiento de Usuarios Problemáticos de Drogas- Decreto del Poder Ejecutivo N°274/013 del 3 de septiembre de 2013. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas de Uruguay (2000 a 2013). Memorias Anuales de la Junta Nacional de Drogas. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

■ **Investigaciones y estudios sobre el fenómeno del consumo de drogas en Uruguay**

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2011). 5ª Encuesta Nacional y 6ª en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2011). Quinta Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas. 2011. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2011). 4ª Encuesta Nacional y 5ª en Montevideo sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media. 2009. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2011). Sobre Ruidos y Nueces: consumo de drogas legales e ilegales en la adolescencia". <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Desarrollo Social (2012) Adolescencias: un mundo de preguntas . II Encuesta Mundial de Salud Adolescente. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2013). Desvelando velos... sobre género y Drogas. Aspectos teórico-metodológicos y Buenas Prácticas de Abordaje del Uso Problemático de Drogas desde distintas Perspectivas de Género. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

■ **Documentos de trabajo de la Junta Nacional de Drogas de Uruguay**

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2013). Ocho diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas en Montevideo y zona metropolitana. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

Junta Nacional de Drogas Uruguay (2013). Inserción Social. Aportes hacia la construcción de un modelo uruguayo de Inserción Social. <http://www.infodrogas.gub.uy/>

■ **Componente diagnósticos locales. (<http://www.cicad.oas.org/>)**

Diagnósticos locales participativos del consumo de drogas (DLPCD) en las localidades de: Villa Pancha" de la ciudad de Juan Lacaze (Dpto. de Colonia); barrio estadio de la ciudad de Pando (Dpto de Canelones); ciudad de Fraile Muerto, (Dpt.de Cerro Largo); ciudad de Durazno, (Dpt. de Durazno); en el Barrio Varona; ciudad de Minas" (Dpto de Lavalleja); en los barrios "exposición", "Roberto Mariano" y "Picada de las Tunas" de la ciudad de San José de Mayo (Dpt. San José); ciudad de Treinta y Tres (Dpt. De Treinta y Tres); en la zona "Las Canteras" (Dpto. de Río Negro); ciudad de Rocha, en los Barrios Belvedere y Londres.(Junta Departamental de Rocha); en Maldonado Nuevo.(Dpt. de Maldonado); barrios Piedra Alta, Prado español y la Calera de la ciudad de Florida (Dpt.de Florida); en la zona del centro de la ciudad de Tacuarembó (Dpt. de Tacuarembó); en la ciudad de Trinidad.(Dpt. de Flores); Mercedes. (Departamento de Soriano); ciudad de Artigas (Dpt. de Artigas); ciudad de Rivera. (Dpto. de Rivera); en el Departamento de Salto; Departamento de Paysandú; Departamento de Montevideo.

■ **Componente proyectos locales (<http://www.cicad.oas.org/>)**

Fichas resumen de proyectos locales:

"Hablando de vos". Programa de prevención en población juvenil en Villa Pancha" de la ciudad de Juan Lacaze; "Proyecto Conocer para actuar con responsabilidad" y "Proyecto Consumalegría"(Dpto. de Colonia); Dispositivo de intervención comunitaria para la prevención comunitaria para la prevención y reducción de riesgos y daños en el uso de drogas" y "Proyecto Convivencia entre pares" en el Dpto. de Canelones;" Mi Espacio": Programa de Deporte y Salud en el Dpto. de Cerro Largo; "Somos" en el Dpto de Durazno; "Está de más": Programa de prevención: Infórmate más, decide mejor" en el e Dpto de Lavalleja; "La cancha y la escuela: lugar de aprendizaje del deporte y la vida" en la Ciudad de San José de Mayo del Dpto. de San José; "Campaña de prevención del uso abusivo de alcohol y otras drogas" en el Dpto. de Treinta y Tres; "Juntos somos más" en el Dpto. de Río Negro; Proyecto de prevención, atención, tratamiento y orientación comunitaria para usuarios de drogas" en Ciudad de Rocha. Barrios Londres y Belvedere en el Dpto de Rocha; "Proyecto de Prevención para Maldonado Nuevo:Prevención de consumo problemático de sustancias" en Dpto. de Maldonado;" Proyecto para el Fortalecimiento de Estrategia de Reducción de la Demanda" y "Proyecto para el Fortalecimiento de Estrategia de Prevención en el Deporte" en el Dpto de Florida; "Savia joven" en ciudad de Tacuarembó (Dpto. de Tacuarembó); "Conexión joven" en la Ciudad de Trinidad (Dpto. de Flores); "Promoción de líderes juveniles" en el Dpto. de Soriano;"Vivir con salud: Yo puedo cambiar" en Ciudad de Artigas (Dpto. de Artigas); "Fortalecimiento del Centro Escucha- Rivera" y "Proyecto para el Fortalecimiento de Estrategia de Reducción de la Demanda" en ciudad de Rivera (Dpto. de Rivera); "Vida Fuerte" en el Dpto de Salto; "Fortalecimiento de Inclusión social de los adolescentes en la zona norte" en el Dpto. de Paysandú; "Aleros: Proyecto Centro de Apoyo Residencial y Contención a Usuarios problemáticos de drogas" en Paso de la Arena y Los Bulevares en el Dpto. de Montevideo norte

■ Informes finales de eventos regionales sobre políticas de drogas

Centro de Formación de la Cooperación Española Cartagena de Indias, Colombia, (9 al 12 de diciembre de 2003). Conclusiones y Recomendaciones del I. Taller Regional sobre Descentralización de las Políticas de Drogas en los Países Andinos. <http://www.cicad.oas.org/>

Centro de Formación de la Cooperación Española Cartagena de Indias, Colombia, (22 al 26 de Noviembre de 2004). Conclusiones y Recomendaciones del II Taller Regional sobre Descentralización de las Políticas de Drogas en los Países Andinos. <http://www.cicad.oas.org/>

Centro Formación de la CE-Cartagena de Indias, (4 al 8 de diciembre de 2006). Conclusiones y Recomendaciones del III Taller Regional sobre Descentralización de las Políticas de Drogas en los Países Andinos. <http://www.cicad.oas.org/>

Centro Formación de la CE-Cartagena de Indias, (29 de octubre al 2 de noviembre de 2007). Conclusiones y Recomendaciones del Taller Iberoamericano sobre Políticas de Drogas en el Ámbito Local. <http://www.cicad.oas.org/>

Centro de Formación de la Cooperación Española Cartagena de Indias, (27 de octubre al 1 de mayo de 2009). Conclusiones y Recomendaciones del Taller sobre la Calidad de las Políticas Locales de Reducción del Consumo de Drogas en Iberoamérica. <http://www.cicad.oas.org/>

Uruguay (Semana del 4 al 7 de junio de 2013). Conclusiones y recomendaciones de las Jornadas de Presentación de proyectos locales de prevención, tratamiento e inserción social de usuarios problemáticos de drogas. <http://www.cicad.oas.org/>

6.1. Cuestionario 1. Entidades locales y ONG que participan en el programa SAVIA

Caracterización del municipio

1. ¿Podría indicar el tamaño aproximado de la población de su municipio/departamento?

(1) Hasta 5.000 habitantes	<input type="checkbox"/>
(2) Entre 5.001 y 20.000 habitantes	<input type="checkbox"/>
(3) Entre 20.001 y 50.000 habitantes	<input type="checkbox"/>
(4) Entre 50.001 y 100.000 habitantes	<input type="checkbox"/>
(5) Más de 100.000 habitantes	<input type="checkbox"/>

2. ¿Cuál es el país al que pertenece su municipio/departamento? (FILTRO: 1 o 4 pasa a P.6/ 3 pasa a P.3)

(1) Colombia	<input type="checkbox"/>
(2) Ecuador	<input type="checkbox"/>
(3) Perú	<input type="checkbox"/>
(4) Uruguay	<input type="checkbox"/>

3. ¿Podría indicar el nombre de su municipio? (abierta)

4. ¿Cómo definiría su municipio/departamento? (FILTRO: 2 pasa a P.6)

(1) Rural	<input type="checkbox"/>
(2) Urbano	<input type="checkbox"/>

5. ¿Cuál es la distancia entre su municipio/departamento y el entorno urbano más próximo?

(1) Hasta 10 km	<input type="checkbox"/>
(2) Más de 10 km y hasta 50 km	<input type="checkbox"/>
(3) Más de 50 km y hasta 100 km	<input type="checkbox"/>
(4) Más de 100 km	<input type="checkbox"/>

6. En su opinión, ¿Cuáles son los principales problemas que existen en su municipio/departamento? (escoja los cuatro problemas que considere más relevantes)

(1) Acceso a la vivienda	<input type="checkbox"/>
(2) Acceso a agua potable	<input type="checkbox"/>
(3) Suministro de energía	<input type="checkbox"/>
(4) Altos niveles de desempleo	<input type="checkbox"/>
(5) Falta de recursos educativos	<input type="checkbox"/>
(6) Episodios de violencia	<input type="checkbox"/>
(7) Problemas con el alcohol	<input type="checkbox"/>
(8) Problemas con otras drogas	<input type="checkbox"/>
(9) Otros	<input type="checkbox"/>
(10) No sé cuáles son los principales problemas del municipio	<input type="checkbox"/>

Conocimiento de la realidad local en materia de drogas

7. ¿De dónde procede la **información** con la que cuenta el municipio/departamento sobre la **realidad local** en materia de drogas? [EC3.1] (FILTRO: 3, 4, 5 y 6, pasa a P.11)

(1) Se realizó un diagnóstico local sobre consumo hace 5 años o menos.		<input type="checkbox"/>
(2) Se realizó un diagnóstico local sobre consumo hace más de 5 años.		<input type="checkbox"/>
(3) No se cuenta con un diagnóstico como tal, pero el municipio/ /departamento recoge periódicamente información sobre consumo a nivel local.		<input type="checkbox"/>
(4) No se cuenta con un diagnóstico como tal, pero otros agentes recogen periódicamente información sobre consumo a nivel local.		<input type="checkbox"/>
(5) El municipio/departamento no cuenta con información sobre consumo de drogas a nivel local		<input type="checkbox"/>
(6) Desconozco si se ha llevado a cabo un diagnóstico local sobre este tema		<input type="checkbox"/>

8. ¿El diagnóstico local de su municipio/departamento identifica las principales **problemáticas** existentes en relación con el consumo de drogas? [EC3.1]

(1) Las identifica totalmente, y además proporciona datos numéricos sobre su magnitud.		<input type="checkbox"/>
(2) Las identifica, pero no proporciona datos numéricos.		<input type="checkbox"/>
(3) Identifica las más importantes, pero hay otras que no se reflejan		<input type="checkbox"/>
(4) No las identifica		<input type="checkbox"/>
(5) No conozco el diagnóstico local		<input type="checkbox"/>

9. Durante el proceso de elaboración del diagnóstico local, ¿cuál fue el papel que tuvo la **Comisión Nacional de Drogas**? (Las Comisiones Nacionales de Drogas consideradas son: Ministerio de Protección Social (Colombia), CONSEP (Ecuador), DEVIDA (Perú), Junta Nacional de Drogas (Uruguay). Marque todas las que sean de aplicación,

(1) La Comisión Nacional de Drogas fue quien realizó el diagnóstico local		<input type="checkbox"/>
(2) La Comisión facilitó recursos materiales (documentos, guías de referencia etc.)		<input type="checkbox"/>
(3) Facilitó profesionales para coordinar y/o asesorar en este proceso		<input type="checkbox"/>
(4) Facilitó recursos económicos		<input type="checkbox"/>
(5) Ha tenido otro papel		<input type="checkbox"/>
(6) No ha tenido ningún papel en este proceso		<input type="checkbox"/>
(7) No conozco el papel que ha tenido la Comisión Nacional		<input type="checkbox"/>

10. A continuación se aporta un listado de los principales agentes en su municipio/departamento. ¿Cuál ha sido el grado de **participación** de cada uno de estos agentes en la **elaboración del diagnóstico** local sobre drogas?

	Alto	Mediano	Bajo	Ninguno
(1) Autoridades locales / funcionarios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Técnicos o promotores locales en materia de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Técnicos o promotores locales en otras materias (salud, empleo, educación, juventud, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Organizaciones de la sociedad civil (ONG, entidades sociales, fundaciones etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ciudadanía en general	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Otros agentes. Especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Proyectos municipales/departamentales de drogas (proyectos SAVIA)

11. ¿Su municipio/departamento ha desarrollado proyectos locales de drogas en los últimos años? (FILTRO: 1, 2 y 3 pasa a P.15)

(1) Sí, y los primeros proyectos se desarrollaron en el marco del programa SAVIA	<input type="checkbox"/>
(2) Sí, aunque la mayoría de los proyectos no han tenido que ver con SAVIA.	<input type="checkbox"/>
(3) No, aunque se prevé comenzar a desarrollar proyectos locales en el ámbito de las drogas muy pronto.	<input type="checkbox"/>
(3) No	<input type="checkbox"/>
(99) NS/NC	<input type="checkbox"/>

12. A continuación le solicitamos que valore el grado de participación de los siguientes agentes y representantes locales en el diseño y ejecución de los proyectos de drogas en su municipio/ departamento. [EC3.2 / SO1.6]

	Alto	Mediano	Bajo	Ninguno
(1) Autoridades locales / funcionarios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Técnicos o promotores locales en materia de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Técnicos o promotores locales en otras materias (salud, empleo, educación, juventud, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Organizaciones de la sociedad civil (ONG, entidades sociales, fundaciones etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Otros agentes. Especificar _____				

13. En su opinión, ¿los proyectos locales de drogas dan respuesta a los principales problemas relacionados con este tema en su municipio/departamento? [EC3.2]

(1) Sí, cubre todos los aspectos importantes	<input type="checkbox"/>
(2) Sí, cubre los principales aspectos, pero quedan otros que también habría que abordar, aunque son menos importantes.	<input type="checkbox"/>
(3) Se centran en aspectos importantes, pero quedan sin abordar otros que lo son igualmente.	<input type="checkbox"/>
(4) Los proyectos locales desarrollados responden a problemas existentes en materia de drogas, pero no llegan a todos los lugares donde deberían	<input type="checkbox"/>
(5) Los principales problemas no quedan cubiertos.	<input type="checkbox"/>

14. ¿Cuáles son las principales líneas de intervención que se abordan en los proyectos de drogas desarrollados? A continuación se ofrece una tabla, en la que debe seleccionar las líneas de intervención y la población a la que va dirigida. Recuerde que nos referimos únicamente a las líneas relacionadas con reducción de la demanda de drogas [EC3.2].

		Niñez y adolescencia	Juventud	Adultos	Población en general
Prevención	Universal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selectiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Indicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Intervención temprana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Tratamiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rehabilitación e integración social		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Servicios de apoyo relacionados		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras líneas. Especificar _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

15. ¿Existen en su municipio/departamento alguna **estructura formal de coordinación y participación** entre los diferentes agentes? (Por ejemplo, un Consejo Municipal de Drogas, mesas de trabajo y coordinación, comités, comisiones, etc.) *Marque todas las que sean de aplicación. [EC1.3 / EC2.2 / EC9.1]*

(1) Existen y en ellas sólo participan instituciones públicas.		<input type="checkbox"/>
(2) Existen y en ellas participan instituciones públicas y de la sociedad civil.		<input type="checkbox"/>
(3) Existen y en ellas participan representantes de los servicios de educación y de salud.		<input type="checkbox"/>
(4) Existen y en ellas participan representantes de los servicios de empleo y de integración social.		<input type="checkbox"/>
(5) Existen y en ellas participan otros agentes.		<input type="checkbox"/>
(6) No existen mecanismos formales, pero la gestión del Plan contempla explícitamente el diálogo con otros agentes.		<input type="checkbox"/>
(7) No existen, pero se proporciona información a los agentes más relevantes, públicos y de la sociedad civil, de manera periódica.		<input type="checkbox"/>
(8) No existe ningún mecanismo de participación.		<input type="checkbox"/>
(9) No lo sé.		<input type="checkbox"/>

16. ¿Con qué periodicidad se reúne este mecanismo formal de participación o, en caso de no existir el mecanismo como tal, **cada cuánto tiempo** dialogan o proporcionan información a otros agentes? [EC1.3 / EC2.2 / EC9.1]

(1) Se reúne al menos una vez al mes.		
(2) Trimestralmente		<input type="checkbox"/>
(3) Cada seis meses		<input type="checkbox"/>
(4) Al menos una vez al año		<input type="checkbox"/>
(5) Se reúne o proporciona información cuando alguien lo solicita.		<input type="checkbox"/>
(6) No existe una periodicidad predefinida.		<input type="checkbox"/>

Planes municipales de drogas

17. ¿Su municipio cuenta con un **Plan Municipal/Departamental de Drogas**? [EC3.2 / EC9.1] (FILTRO: 1, 2 y 3 pasa a P.19/ 5 pasa a P.20)

(1) Sí, se ha desarrollado en los últimos 4 años.		<input type="checkbox"/>
(2) Sí, desde hace más de 4 años		<input type="checkbox"/>
(3) No, aunque se encuentra en elaboración.		<input type="checkbox"/>
(4) No		<input type="checkbox"/>
(5) No lo sé		<input type="checkbox"/>

18. En el caso de que haya respondido 'NO', ¿cuáles cree que son **las razones principales** por la que no cuenta con un Plan Municipal/Departamental de Drogas? [EC3.2] *Marcar las dos razones que considere más importantes. (FILTRO: todas opciones de respuesta pasan a P.20)*

1) Falta de voluntad política		<input type="checkbox"/>
(2) No se identifica como un problema central en el municipio		<input type="checkbox"/>
(3) Falta de personal cualificado para su diseño y puesta en marcha		<input type="checkbox"/>
(4) Falta de recursos económicos para su financiación		<input type="checkbox"/>
(5) El marco legal y reglamentario existente lo impide. [EC9.1]		<input type="checkbox"/>
(6) Otras razones. Especificar _____		<input type="checkbox"/>

19. ¿El Plan Municipal/Departamental de Drogas se enmarca en estrategias más amplias de desarrollo local y, en concreto, en un **Plan de Desarrollo del municipio/departamento**. Marque la que más se ajuste a su caso. [EC3.3 / EC4.1]

(1) Los objetivos y actuaciones del Plan de Drogas están definidas específicamente en el Plan de Desarrollo Local/Departamental	<input type="checkbox"/>
(2) Existe concordancia con otras actuaciones, aunque no están recogidas explícitamente en el Plan de Desarrollo Local/Departamental	<input type="checkbox"/>
(3) Se han diseñado y se ejecutan de forma independiente a otras actuaciones existentes en el municipio/departamento	<input type="checkbox"/>
(4) El municipio/departamento no cuenta con un Plan de Desarrollo	<input type="checkbox"/>
(5) No lo sé	<input type="checkbox"/>

Servicios y programas municipales/departamentales de drogas

20. Necesitamos su ayuda para identificar los servicios de atención o de prevención relacionados con la temática de drogas existentes en su municipio/departamento en los últimos 4 años. Por favor, indiquenos cuales son (Identificar con nombre completo).

Nombre del servicio o programa		Nombre del servicio o programa	
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

21. Le rogamos que nos ayude a caracterizar los servicios de atención o de prevención identificados previamente. La numeración de los servicios de la pregunta anterior guarda correspondencia con esta. [EC8.1, SO1.3]

	Responsable (Municipio/ /ONG /Compartida)	Nº de personas atendidas desde enero 2010 (aprox)	Marque con una X si	
			Son de nueva creación	Siguen existiendo hoy día
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recursos en materia de consumo de drogas

22. ¿Existe en su municipio/departamento financiación específica para la intervención en drogodependencias? (FILTRO: 2 y 3 pasan a P.25)

(1) Sí	<input type="checkbox"/>
(2) No	<input type="checkbox"/>
(3) No lo sé	<input type="checkbox"/>

23. ¿En los últimos años ha crecido el presupuesto del municipio/departamento destinado a la intervención y la prevención del consumo de drogas? [EC2.1 / EC4.3 / SO2.1 / SO2.3]

(1) Sí, ha crecido y se prevé que siga creciendo en los próximos años	<input type="checkbox"/>
(2) Sí, ha crecido, pero se prevé que permanezca estable en los próximos años	<input type="checkbox"/>
(3) No ha crecido, aunque se prevé que aumente en los próximos años	<input type="checkbox"/>
(4) No ha crecido, y se prevé que tampoco lo haga en los próximos años	<input type="checkbox"/>
(5) El presupuesto ha disminuido en los últimos años	<input type="checkbox"/>
(6) No sé que presupuesto se destina a este tema en el municipio/departamento	<input type="checkbox"/>

24. ¿Cuál es la procedencia de las principales fuentes de financiación de las intervenciones relativas al consumo de drogas en su municipio/departamento? Marque un máximo de dos. [EC4.1 / 4.2 / SO2.1 / SO2.2 / SO2.3]

(1) Partidas presupuestarias específicas del gobierno local	<input type="checkbox"/>
(2) Transferencias presupuestarias del gobierno regional y/o nacional	<input type="checkbox"/>
(3) Fondos de organizaciones privadas	<input type="checkbox"/>
(4) Fondos de donantes internacionales	<input type="checkbox"/>
(5) Otras fuentes de financiación. Especificar _____	<input type="checkbox"/>

25. En su opinión, ¿su municipio/departamento cuenta con profesionales preparados para una intervención eficaz ante el fenómeno del consumo de drogas, ya sean empleados del municipio, de ONG o de otras organizaciones locales? [EC2.1 / EC9.1] (FILTRO: 4 pasa a P.27)

(1) El municipio cuenta con profesionales preparados, en número suficiente para cubrir las necesidades.	<input type="checkbox"/>
(2) El municipio cuenta con profesionales preparados, pero no en número suficiente para las necesidades existentes.	<input type="checkbox"/>
(3) El municipio cuenta con profesionales preparados, pero no en todos los ámbitos que serían necesarios.	<input type="checkbox"/>
(4) El municipio no cuenta con profesionales preparados para una intervención eficaz ante el fenómeno del consumo de drogas.	<input type="checkbox"/>
(5) No lo sé.	<input type="checkbox"/>

26. ¿Cómo valora el grado de estabilidad de los profesionales que trabajan en intervención y prevención del consumo de drogas en su municipio/departamento? [EC2.1 / EC9.1]

(1) Los profesionales permanecen en sus puestos durante un periodo de tiempo suficiente.	<input type="checkbox"/>
(2) Hay una rotación moderada de los profesionales, que no les impide desarrollar sus funciones adecuadamente.	<input type="checkbox"/>
(3) Hay una rotación excesiva de los profesionales, que tiene consecuencias en la calidad del trabajo que desarrollan.	<input type="checkbox"/>
(4) No lo sé	<input type="checkbox"/>

27. ¿Participa su municipio/departamento en alianzas con otras instituciones o participa en alguna red regional, nacional o internacional en temas de reducción de la demanda de drogas? Marque todos los que procedan [SO1.6 / SO1.7]

	Regionales	Nacionales	Internacionales
(1) Sí, se participa en redes y antes no se hacía.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ya se participaba en redes con anterioridad, pero la participación se ha incrementado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ya se participaba en redes con anterioridad y la participación se ha mantenido estable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) No se participa en redes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) No sé si se participa en redes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración sobre programa SAVIA

28. ¿Conoce el programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA) de la CICAD/OEA? (FILTRO: 2 pasa a P.30)

(1) Sí	<input type="checkbox"/>
(2) No	<input type="checkbox"/>

29. A continuación presentamos una serie de afirmaciones sobre el Programa SAVIA. ¿Cuál es su grado de acuerdo con dichas afirmaciones?

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo
(1) Se suma a estrategias nacionales de descentralización para la intervención en drogas que ya se venían realizando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Ha favorecido la creación y/o fortalecimiento de estructuras y servicios municipales/departamentales en materia de drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Ha aportado recursos materiales y económicos significativos para una mejora en la intervención frente al consumo de drogas en el ámbito municipal/departamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Ha favorecido la capacitación de los profesionales en drogas en el ámbito municipal/departamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Ha permitido avanzar más rápido de lo que lo hubiéramos hecho sin el apoyo de SAVIA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) Sin SAVIA no hubiéramos logrado los avances de los últimos años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sociodemográficas y caracterización del entrevistado

30. Sexo

(1) Hombre	<input type="checkbox"/>
(2) Mujer	<input type="checkbox"/>

31. Edad (abierta)

32. Profesión o cargo

(1) Autoridad local (cargo electo).	<input type="checkbox"/>
(2) Representante local/departamental de una institución de ámbito nacional	<input type="checkbox"/>
(3) Técnico o promotor local en materia de drogas	<input type="checkbox"/>
(4) Técnico o promotor local en otras materias (salud, empleo, educación, juventud, etc.)	<input type="checkbox"/>
(5) Responsable o Director de Organizaciones de la sociedad civil (ONG, entidades sociales, fundaciones etc.)	<input type="checkbox"/>
(6) Técnico o promotor de Organizaciones de la sociedad civil (ONG, entidades sociales, fundaciones etc.)	<input type="checkbox"/>
(7) Otra. Especificar _____	<input type="checkbox"/>

33. Tiempo que lleva trabajando directa o indirectamente en el tema de las drogodependencias en este municipio/departamento.

(1) 1 año o menos	<input type="checkbox"/>
(2) Más de 1 año, pero menos de 3	<input type="checkbox"/>
(3) 3 años o más, pero menos de 5	<input type="checkbox"/>
(4) 5 años o más	<input type="checkbox"/>

34. Estudios

(1) Estudios primarios.	<input type="checkbox"/>
(2) Estudios secundarios	<input type="checkbox"/>
(4) Estudios superiores	<input type="checkbox"/>

6.2. Cuestionario 2. Participantes en Procesos de Fortalecimiento de Capacidades en el Programa SAVIA

Formación

1. ¿Ha asistido a alguna capacitación en el marco del programa SAVIA Drogas (Salud y Vida en las Américas)? **(FILTRO: 3 y 99 pasan a P.9.)**

- (1) Sí, solo a un curso de formación
 (2) Sí, a varios cursos de formación
 (3) No
 (99) NS/NC

2. ¿Podría indicar el tipo de entidad en la que trabajaba en el momento de acudir a la capacitación? **(señale todas las opciones que proceda)**

Entidad	Organismo público estatal	
	Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) estatal	
	Organismo público local o departamental	
	Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) local o departamental	
	Otro. Especifique por favor _____	

3. ¿Podría indicar el puesto que ocupaba en el momento de acudir a la capacitación? **(señale todas las opciones que proceda)**

Tipo de puesto	Político y/o electo	
	Directivo	
	Técnico	
	Otro. Especifique por favor _____	

4. ¿Podría indicar el tipo de entidad en la que trabaja actualmente? **(señale todas las opciones que proceda)**

Entidad	Organismo público estatal	
	Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) estatal	
	Organismo público local o departamental	
	Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) local o departamental	
	Otro. Especifique por favor _____	

5. ¿Podría indicar el puesto que ocupa en la actualidad? **(señale todas las opciones que proceda)**

Tipo de puesto	Político y/o electo	
	Directivo	
	Técnico	
	Otro. Especifique por favor _____	

6. La iniciativa para participar en las acciones de capacitación partió de:
- (1) Mi institución, que me comisionó para acudir
 - (2) Acudí por voluntad propia, como representante de mi institución
 - (3) Recibí una invitación directa
 - (4) Mi superior recibió una invitación directa y delegó en mí
 - (5) Otra
 - (99) NS/NC
7. En relación con la formación, por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. (Escala de valoración: 1 "Muy de acuerdo"/ 2 "Bastante de acuerdo"/ 3 "Bastante en desacuerdo"/ 4 "Totalmente en desacuerdo")
- (1) La capacitación se adaptaba a mis funciones profesionales
 - (2) Los aprendizajes y conocimientos adquiridos son transferibles al contexto donde trabajo
 - (3) La formación ha sido útil para la calidad y resultados de mi trabajo
 - (4) Los materiales utilizados son útiles para mi labor profesional
8. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. (Escala de valoración: 1 "Muy de acuerdo"/ 2 "Bastante de acuerdo"/ 3 "Bastante en desacuerdo"/ 4 "Totalmente en desacuerdo")
- (1) La formación recibida ha tenido un claro valor añadido respecto a otros cursos realizados en la misma temática.
 - (2) La duración de la formación ha sido adecuada.
 - (3) Tras la finalización de la formación, ha habido un seguimiento adecuado para facilitar la puesta en práctica de lo aprendido

Intercambio experiencias y cooperación horizontal entre países

9. ¿Ha asistido a encuentros de intercambio de experiencias en el marco del programa SAVIA Drogas (Salud y Vida en las Américas)? (FILTRO: 2 y 99 pasan a P.15)
- (1) Sí
 - (2) No
 - (99) NS/NC
10. ¿Podría indicar a qué tipo de encuentros de intercambio de experiencias ha asistido?
- (1) Encuentros Internacionales
 - (2) Pasantías Internacionales
 - (3) Otras actividades. Especifique, por favor
-
11. En relación con su valoración de las actividades en las que ha participado, por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. (Escala de valoración: 1 "Muy de acuerdo"/ 2 "Bastante de acuerdo"/ 3 "Bastante en desacuerdo"/ 4 "Totalmente en desacuerdo")
- (1) Estas experiencias han sido útiles para la calidad y resultados de mi trabajo
 - (2) Tengo un mayor conocimiento de buenas prácticas de intervención en drogodependencias en mi país
 - (3) Tengo un mayor conocimiento de buenas prácticas de intervención en drogodependencias en otros países
 - (4) He incrementado las redes de contacto con otros/as profesionales a nivel nacional
 - (5) He incrementado las redes de contacto con otros/as profesionales a nivel internacional
12. ¿Cree que las buenas prácticas que ha conocido son transferibles al contexto donde trabaja?
- (1) Mucho
 - (2) Bastante

- (3) Poco
- (4) Nada

13. ¿Cuáles considera que son las principales dificultades para la transferencia de buenas prácticas? (Señale un máximo de dos opciones)

- (1) El contexto es muy diferente
- (2) Falta de conocimiento detallado sobre la buena práctica
- (3) Falta de recursos económicos
- (4) Falta de recursos técnicos/ metodológicos
- (5) Falta de personas o equipos de trabajo.
- (4) Otras. Especifique, por favor _____

14. ¿En la actualidad, mantiene el contacto con otros profesionales participantes en los encuentros de intercambio de experiencias?

- (1) Sí, con profesionales de mi país y de otros países.
- (2) Sí, pero solo con profesionales de mi país
- (3) No
- (99) NS/NC

Información sociodemográfica

15. Sexo

- (1) Hombre
- (2) Mujer

16. Edad (abierta)

17. Estudios

- (1) Sin estudios
- (2) Estudios primarios finalizados
- (3) Estudios secundarios finalizados
- (4) Estudios superiores finalizados
- (99) NS/NC

18. ¿Podría indicar el tamaño de la localidad donde trabaja?

- (1) Menos de 5.000 habitantes
- (2) Más de 5.000 y menos de 20.000 habitantes
- (3) Más de 20.000 y menos de 50.000 habitantes
- (4) Más de 50.000 y menos de 100.000 habitantes
- (5) Más de 100.000 y menos de 500.000 habitantes
- (6) Entre 500.000 y 1.000.000 habitantes
- (7) Más 1.000.000 habitantes
- (99) NS/NC

19. ¿Podría indicar el nombre de la organización en la que trabaja y el nombre del área o unidad en la que realiza su labor?

Nombre organización _____

Nombre unidad o área de trabajo _____

Anexo 7. RESULTADOS DE EXPLOTACIÓN DE LAS ENCUESTAS

Ficha técnica y tablas de frecuencia del cuestionario dirigido a entidades locales y ONG que participan en el programa SAVIA

FICHA TÉCNICA

Enviados	Respondidos	Tasa respuesta
168	48	28,6%

FICHA TÉCNICA	
Tipo de encuesta	Encuesta on-line
Universo	Profesionales (ámbito nacional, regional y local) en la temática de drogas, de los países participantes en el programa SAVIA
Tamaño muestra	48
Error muestral	Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y P=Q, el error real es de $\pm 12\%$ para el conjunto de la muestra

TABLAS DE FRECUENCIA

35. ¿Podría indicar el tamaño aproximado de la población de su municipio/departamento?

N=48

Opciones	(%)	Frecuencia
Hasta 5.000 habitantes	0,0%	0
Entre 5.001 y 20.000 habitantes	0,0%	0
Entre 20.001 y 50.000 habitantes	22,9%	11
Entre 50.001 y 100.000 habitantes	31,3%	15
Más de 100.000 habitantes	45,8%	22

36. ¿Cuál es el país al que pertenece su municipio/departamento? (FILTRO: 1 o 4 pasa a P.6/ 3 pasa a P.3)

N=48

Opciones	(%)	Frecuencia
Uruguay	62,5%	30
Ecuador	20,8%	10
Perú	10,4%	5
Colombia	6,3%	3

37. ¿Podría indicar el nombre de su municipio? (abierta)

N=5

Municipalidad Provincial de Tumbes
Municipalidad Distrital de La Banda de Shilcayo
Municipalidad Distrital de Ventanilla
Municipalidad Provincial de Puno
Municipalidad Metropolitana de Lima

38. ¿Cómo definiría su municipio/departamento? (FILTRO: 2 pasa a P.6)

N=15

Opciones	(%)	Frecuencia
Rural	13,3%	2
Urbano	86,7%	13

39. ¿Cuál es la distancia entre su municipio/departamento y el entorno urbano más próximo?

N=2

Opciones	(%)	Frecuencia
Hasta 10 km	50,0%	1
Más de 10 km y hasta 50 km	0,0%	0
Más de 50 km y hasta 100 km	50,0%	1
Más de 100 km	0,0%	0

40. En su opinión, ¿Cuáles son los principales problemas que existen en su municipio/departamento? (escoja los cuatro problemas que considere más relevantes)

N=47

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Acceso a la vivienda	51,1%	24
Acceso a agua potable	12,8%	6
Suministro de energía	2,1%	1
Altos niveles de desempleo	36,2%	17
Falta de recursos educativos	23,4%	11
Episodios de violencia	59,6%	28
Problemas con el alcohol	97,9%	46
Problemas con otras drogas	72,3%	34
Otros	44,7%	21
No sé cuáles son los principales problemas del municipio	0,0%	0

41. ¿De dónde procede la **información** con la que cuenta el municipio/departamento sobre la **realidad local** en materia de drogas? [EC3.1] (FILTRO: 3, 4, 5 y 6, pasa a P.11)

N=47

Opciones	(%)	Frecuencia
Se realizó un diagnóstico local sobre consumo hace 5 años o menos.	53,2%	25
Se realizó un diagnóstico local sobre consumo hace más de 5 años.	10,6%	5
No se cuenta con un diagnóstico como tal, pero el municipio/ departamento recoge periódicamente información sobre consumo a nivel local.	10,6%	5
No se cuenta con un diagnóstico como tal, pero otros agentes recogen periódicamente información sobre consumo a nivel local.	6,4%	3
El municipio/departamento no cuenta con información sobre consumo de drogas a nivel local	6,4%	3
Desconozco si se ha llevado a cabo un diagnóstico local sobre este tema	12,8%	6

42. ¿El diagnóstico local de su municipio/departamento identifica las principales **problemáticas** existentes en relación con el consumo de drogas? [EC3.1]

N=29

Opciones	(%)	Frecuencia
Las identifica totalmente, y además proporciona datos numéricos sobre su magnitud.	24,1%	7
Las identifica, pero no proporciona datos numéricos.	27,6%	8
Identifica las más importantes, pero hay otras que no se reflejan	41,4%	12
No las identifica	3,4%	1
No conozco el diagnóstico local	3,4%	1

43. Durante el proceso de elaboración del diagnóstico local, ¿cuál fue el papel que tuvo la **Comisión Nacional de Drogas**? (Las Comisiones Nacionales de Drogas consideradas son: Ministerio de Protección Social (Colombia), CONSEP (Ecuador), DEVIDA (Perú), Junta Nacional de Drogas (Uruguay). Marque todas las que sean de aplicación.

N=29

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
La Comisión Nacional de Drogas fue quien realizó el diagnóstico local	44,8%	13
La Comisión facilitó recursos materiales (documentos, guías de referencia etc.)	13,8%	4
Facilitó profesionales para coordinar y/o asesorar en este proceso	41,4%	12
Facilitó recursos económicos	31,0%	9
Ha tenido otro papel	3,4%	1
No ha tenido ningún papel en este proceso	0,0%	0
No conozco el papel que ha tenido la Comisión Nacional	10,3%	3

44. A continuación se aporta un listado de los principales agentes en su municipio/departamento. ¿Cuál ha sido el grado de **participación** de cada uno de estos agentes en la elaboración del diagnóstico local sobre drogas?

Opciones	Alto	Mediano	Bajo	Ninguno	Frecuencia
Autoridades locales / funcionarios públicos	31,0%	37,9%	20,7%	10,3%	29
Técnicos o promotores locales en materia de drogas	44,8%	27,6%	13,8%	13,8%	29
Técnicos o promotores locales en otras materias (salud, empleo, educación, juventud, etc.)	24,1%	37,9%	31,0%	6,9%	29
Organizaciones de la sociedad civil (ONG, entidades sociales, fundaciones etc.)	6,9%	37,9%	31,0%	24,1%	29
Ciudadanía en general	6,9%	20,7%	41,4%	31,0%	29

45. ¿Su municipio/departamento ha desarrollado proyectos locales de drogas en los últimos años? (FILTRO: 1, 2 y 3 pasa a P.15) [EC3.2]

N=44

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí, y los primeros proyectos se desarrollaron en el marco del programa SAVIA	72,7%	32
Sí, aunque la mayoría de los proyectos no han tenido que ver con SAVIA	20,5%	9
No, aunque se prevé comenzar a desarrollar proyectos locales en el ámbito de las drogas muy pronto	2,3%	1
No	2,3%	1
Desconozco la existencia de proyectos locales de drogas en el municipio	2,3%	1

46. A continuación le solicitamos que valore el grado de participación de los siguientes agentes y representantes locales en el diseño y ejecución de los proyectos de drogas en su municipio/ departamento. [EC3.2 / SO1.6]

N=39

Opciones	Alto	Mediano	Bajo	Ninguno	Frecuencia
Autoridades locales / funcionarios públicos	28,2%	53,8%	12,8%	5,1%	39
Técnicos o promotores locales en materia de drogas	41,0%	46,2%	12,8%	0,0%	39
Técnicos o promotores locales en otras materias (salud, empleo, educación, juventud, etc.)	15,4%	59,0%	23,1%	2,6%	39
Organizaciones de la sociedad civil (ONG, entidades sociales, fundaciones etc.)	15,4%	35,9%	35,9%	12,8%	39
Ciudadanía en general	5,1%	23,1%	53,8%	17,9%	39

47. En su opinión, ¿los proyectos locales de drogas dan respuesta a los principales problemas relacionados con este tema en su municipio/departamento? [EC3.2]

N=39

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí, cubre todos los aspectos importantes	0,0%	0
Sí, cubre los principales aspectos, pero quedan otros que también habría que abordar, aunque son menos importantes	17,9%	7
Se centran en aspectos importantes, pero quedan sin abordar otros que lo son igualmente	30,8%	12
Los proyectos locales desarrollados responden a problemas existentes en materia de drogas, pero no llegan a todos los lugares donde deberían	43,6%	17
Los principales problemas no quedan cubiertos	7,7%	3

48. ¿Cuáles son las principales líneas de intervención que se abordan en los proyectos de drogas desarrollados? A continuación se ofrece una tabla, en la que debe seleccionar las líneas de intervención y la población a la que va dirigida. Recuerde que nos referimos únicamente a las líneas relacionadas con **reducción de la demanda** de drogas [EC3.2].

N=39

Opciones (respuesta múltiple)	Niñez y adolescencia	Juventud	Adultos	Población en general
Prevención Universal	28,8%	30,1%	16,4%	24,7%
Prevención Selectiva	25,9%	51,9%	13,0%	9,3%
Prevención Indicada	16,0%	40,0%	28,0%	16,0%
Intervención temprana	50,0%	30,0%	6,7%	13,3%
Tratamiento	10,0%	30,0%	30,0%	30,0%
Rehabilitación e integración social	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%
Servicios de apoyo relacionados	12,0%	44,0%	16,0%	28,0%

49. ¿Existen en su municipio/departamento alguna **estructura formal de coordinación y participación** entre los diferentes agentes? (Por ejemplo, un Consejo Municipal de Drogas, mesas de trabajo y coordinación, comités, comisiones, etc.) *Marque todas las que sean de aplicación. [EC1.3 / EC2.2 / EC9.1]*

N= 42

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Existen y en ellas sólo participan instituciones públicas	35,7%	15
Existen y en ellas participan instituciones públicas y de la sociedad civil	73,8%	31
Existen y en ellas participan representantes de los servicios de educación y de salud	35,7%	15
Existen y en ellas participan representantes de los servicios de empleo y de integración social	2,4%	1
Existen y en ellas participan otros agentes	16,7%	7
No existen mecanismos formales, pero la gestión del Plan contempla explícitamente el diálogo con otros agentes	0,0%	0
No existen, pero se proporciona información a los agentes más relevantes, públicos y de la sociedad civil, de manera periódica	2,4%	1
No existe ningún mecanismo de participación	0,0%	0
No lo sé	0,0%	0

50. ¿Con qué periodicidad se reúne este mecanismo formal de participación o, en caso de no existir el mecanismo como tal, **cada cuánto tiempo** dialogan o proporcionan información a otros agentes? [EC1.3 / EC2.2 / EC9.1]

N=42

Opciones	(%)	Frecuencia
Se reúne al menos una vez al mes	66,7%	28
Trimestralmente	19,0%	8
Cada seis meses	4,8%	2
Al menos una vez al año	2,4%	1
Se reúne o proporciona información cuando alguien lo solicita	7,1%	3
No existe una periodicidad predefinida	0,0%	0

51. ¿Su municipio cuenta con un **Plan Municipal/Departamental de Drogas**? [EC3.2 / EC9.1] (FILTRO: 1, 2 y 3 pasa a P.19/ 5 pasa a P.20)

N=42

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí, se ha desarrollado en los últimos 4 años.	28,6%	12
Sí, desde hace más de 4 años	21,4%	9
No, aunque se encuentra en elaboración.	16,7%	7
No	33,3%	14
No lo sé	0,0%	0

52. En el caso de que haya respondido 'NO', ¿cuáles cree que son **las razones principales** por la que no cuenta con un Plan Municipal/Departamental de Drogas? [EC3.2] *Marcar las dos razones que considere más importantes. (FILTRO: todas opciones de respuesta pasan a P.20)*

N=14

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Falta de voluntad política	78,6%	11
No se identifica como un problema central en el municipio	50,0%	7
Falta de personal cualificado para su diseño y puesta en marcha	35,7%	5
Falta de recursos económicos para su financiación	28,6%	4
El marco legal y reglamentario existente lo impide	0,0%	0
Otras razones	7,1%	1

53. ¿El Plan Municipal/Departamental de Drogas se enmarca en estrategias más amplias de desarrollo local y, en concreto, en un **Plan de Desarrollo del municipio/departamento**? Marque la que más se ajuste a su caso. [EC3.3 / EC4.1]

N=25

Opciones	(%)	Frecuencia
Los objetivos y actuaciones del Plan de Drogas están definidas específicamente en el Plan de Desarrollo Local/Departamental	44,0%	11
Existe concordancia con otras actuaciones, aunque no están recogidas explícitamente en el Plan de Desarrollo Local/Departamental	32,0%	8
Se han diseñado y se ejecutan de forma independiente a otras actuaciones existentes en el municipio/departamento	16,0%	4
El municipio/departamento no cuenta con un Plan de Desarrollo	4,0%	1
No lo sé	4,0%	1

54. Necesitamos su ayuda para identificar los servicios de atención o de prevención relacionados con la temática de drogas existentes en su municipio/departamento en los últimos 4 años. Por favor, indíquenos cuales son (Identificar con nombre completo). [EC8.1, SO1.3]

N=38

Opciones actuaciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Servicios Salud General	18,9%	23
Servicios Salud Específica	10,7%	13
Servicios Integrales	10,7%	13
Servicios Orientación y Escucha	4,9%	6
No servicios programas/proyectos específicos	23,8%	29
No servicios no identificados	12,3%	15
No servicios instituciones/ articulación institucional	9,8%	12
No servicios programa SAVIA	5,7%	7
No servicios programas/proyectos genéricos	3,3%	4

Opciones Servicios (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Servicios Salud General	41,8%	23
Servicios Salud Específica	23,6%	13
Servicios Integrales	23,6%	13
Servicios Orientación y Escucha	10,9%	6

55. Le rogamos que nos ayude a caracterizar los servicios de atención o de prevención identificados previamente. La numeración de los servicios de la pregunta anterior guarda correspondencia con esta. [EC8.1, SO1.3]

N=38

Nº personas atendidas

	- 100	+ 100 - 500	+ 500 - 1000	+ 100 - 3000	+ 3000
Servicios Salud General	36,4%	31,8%	9,1%	0,0%	22,7%
Servicios Salud Especificos	50,0%	30,0%	0,0%	10,0%	10,0%
Servicios Integrales	33,3%	33,3%	11,1%	11,1%	11,1%
Servicios Orientación y escucha	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%

¿Son de nueva creación?

	Sí	No
Servicios Salud General	50,0%	50,0%
Servicios Salud Especificos	84,6%	15,4%
Servicios Integrales	63,6%	36,4%
Servicios Orientación y escucha	50,0%	50,0%

¿Siguen existiendo hoy en día?

	Sí	No	No lo se
Servicios Salud General	95,5%	4,5%	0,0%
Servicios Salud Especificos	91,7%	8,3%	0,0%
Servicios Integrales	72,7%	9,1%	18,2%
Servicios Orientación y escucha	100,0%	0,0%	0,0%

56. ¿Existe en su municipio/departamento financiación específica para la intervención en drogodependencias? (FILTRO: 2 y 3 pasan a P.25)

N=38

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí	26,3%	10
No	65,8%	25
No lo sé	7,9%	3

57. ¿En los últimos años ha crecido el presupuesto del municipio/departamento destinado a la intervención y la prevención del consumo de drogas? [EC2.1 / EC4.3 / SO2.1 / SO2.3]

N=9

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí, ha crecido y se prevé que siga creciendo en los próximos años	33,3%	3
Sí, ha crecido, pero se prevé que permanezca estable en los próximos años	22,2%	2
No ha crecido, aunque se prevé que aumente en los próximos años	0,0%	0
No ha crecido, y se prevé que tampoco lo haga en los próximos años	33,3%	3
El presupuesto ha disminuido en los últimos años	0,0%	0
No sé qué presupuesto se destina a este tema en el municipio/departamento	11,1%	1

58. ¿Cuál es la procedencia de las principales fuentes de financiación de las intervenciones relativas al consumo de drogas en su municipio/departamento? Marque un máximo de dos. [EC4.1 / 4.2 / SO2.1 / SO2.2 / SO2.3]

N=9

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Partidas presupuestarias específicas del gobierno local	55,6%	5
Transferencias presupuestarias del gobierno regional y/o nacional	55,6%	5
Fondos de organizaciones privadas	0,0%	0
Fondos de donantes internacionales	0,0%	0
Otras fuentes de financiación	55,6%	5

59. En su opinión, ¿su municipio/departamento cuenta con profesionales preparados para una intervención eficaz ante el fenómeno del consumo de drogas, ya sean empleados del municipio, de ONG o de otras organizaciones locales? [EC2.1 / EC9.1] (FILTRO: 4 pasa a P.27)

N=37

Opciones	(%)	Frecuencia
El municipio cuenta con profesionales preparados, en número suficiente para cubrir las necesidades.	5,4%	2
El municipio cuenta con profesionales preparados, pero no en número suficiente para las necesidades existentes.	48,6%	18
El municipio cuenta con profesionales preparados, pero no en todos los ámbitos que serían necesarios.	32,4%	12
El municipio no cuenta con profesionales preparados para una intervención eficaz ante el fenómeno del consumo de drogas.	13,5%	5
No lo sé.	0,0%	0

60. ¿Cómo valora el grado de estabilidad de los profesionales que trabajan en intervención y prevención del consumo de drogas en su municipio/departamento? [EC2.1 / EC9.1]

N=32

Opciones	(%)	Frecuencia
Los profesionales permanecen en sus puestos durante un periodo de tiempo suficiente.	40,6%	13
Hay una rotación moderada de los profesionales, que no les impide desarrollar sus funciones adecuadamente.	37,5%	12
Hay una rotación excesiva de los profesionales, que tiene consecuencias en la calidad del trabajo que desarrollan.	12,5%	4
No lo sé	9,4%	3

61. ¿Participa su municipio/departamento en alianzas con otras instituciones o participa en alguna red regional, nacional o internacional en temas de reducción de la demanda de drogas? Marque todos los que procedan [SO1.6 / SO1.7]

N=37

Opciones (respuesta múltiple)	Regionales	Nacionales	Internacionales	Frecuencia
Sí, se participa en redes y antes no se hacía.	24,4%	19,2%	3,8%	23
Ya se participaba en redes con anterioridad, pero la participación se ha incrementado.	15,4%	6,4%	1,39%	14
Ya se participaba en redes con anterioridad y la participación se ha mantenido estable.	6,4%	6,4%	0,0%	7
No se participa en redes	9,0%	3,8%	2,6%	7
No sé si se participa en redes.	0,0%	0,0%	1,3%	1

62. ¿Conoce el programa Salud y Vida en las Américas (SAVIA) de la CICAD/OEA? (FILTRO: 2 pasa a P.30)

N=37

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí	86,5%	32
No	13,5%	5

63. A continuación presentamos una serie de afirmaciones sobre el Programa SAVIA. ¿Cuál es su grado de acuerdo con dichas afirmaciones?

N=30

Opciones	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Poco de acuerdo	Nada de acuerdo	Frecuencia
Se suma a estrategias nacionales de descentralización para la intervención en drogas que ya se venían realizando	60,0%	33,3%	3,3%	3,3%	30
Ha favorecido la creación y/o fortalecimiento de estructuras y servicios municipales/departamentales en materia de drogas	36,7%	36,7%	23,3%	3,3%	30
Ha aportado recursos materiales y económicos significativos para una mejora en la intervención frente al consumo de drogas en el ámbito municipal/departamental	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	30
Ha favorecido la capacitación de los profesionales en drogas en el ámbito municipal/departamental	33,3%	43,3%	16,7%	6,7%	30
Ha permitido avanzar más rápido de lo que lo hubiéramos hecho sin el apoyo de SAVIA.	36,7%	30,0%	33,3%	0,0%	30
Sin SAVIA no hubiéramos logrado los avances de los últimos años.	23,3%	46,7%	20,0%	10,0%	30

64. Sexo

N=35

Opciones	(%)	Frecuencia
Hombre	40,0%	14
Mujer	60,0%	21

65. Edad

N=35

Opciones	(%)	Frecuencia
25-34	5,7%	2
35-44	28,6%	10
45-54	48,6%	17
55-65	17,1%	6

66. Profesión o cargo

N=35

Opciones	(%)	Frecuencia
Autoridad local (cargo electo)	5,7%	2
Representante local/departamental de una institución de ámbito nacional	57,1%	20
Técnico o promotor local en materia de drogas	22,9%	8
Técnico o promotor local en otras materias (salud, empleo, educación, juventud, etc.)	8,6%	3
Responsable o Director de Organizaciones de la sociedad civil	2,9%	1
Técnico o promotor de Organizaciones de la sociedad civil	2,9%	1

67. Tiempo que lleva trabajando directa o indirectamente en el tema de las drogodependencias en este municipio/departamento.

N=35

Opciones	(%)	Frecuencia
1 año o menos	5,7%	2
Más de 1 año, pero menos de 3	17,1%	6
3 años o más, pero menos de 5	20,0%	7
5 años o más	57,1%	20

68. Estudios

N=35

Opciones	(%)	Frecuencia
Estudios primarios.	0,0%	0
Estudios secundarios	5,7%	2
Estudios superiores	94,3%	33

Ficha técnica y tablas de frecuencia del cuestionario dirigido a participantes en Procesos de Fortalecimiento de Capacidades en el Programa SAVIA

FICHA TÉCNICA

Enviados ³	Respondidos	Tasa respuesta
318	120	37,7%

FICHA TÉCNICA	
Tipo de encuesta	Encuesta on-line
Universo	Profesionales (ámbito nacional, regional y local) participantes en procesos formativos y encuentros dentro del programa SAVIA
Tamaño muestra	120
Error muestral	Para un nivel de confianza del 95,5% (dos sigmas) y P=Q, el error real es de $\pm 7,1\%$ para el conjunto de la muestra

³ El cuestionario se ha enviado a todas las personas que figuran en las listas de contacto de cursos, encuentros y seminarios regionales facilitada por los responsables del programa.

TABLAS DE FRECUENCIA

20. ¿Ha asistido a alguna capacitación en el marco del programa SAVIA Drogas (Salud y Vida en las Américas)? [EC5.1] (FILTRO: 3 y 99 pasan a P.9.)

N=120

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí, solo a un curso de formación	41,7%	50
Sí, a varios cursos de formación	15,0%	18
No	40,0%	48
NS/NC	3,3%	4

21. ¿Podría indicar el tipo de entidad en la que trabajaba en el momento de acudir a la capacitación? (señale todas las opciones que proceda) [EC5.6, EC5.7]

N=67

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Organismo público estatal	71,6%	48
Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) estatal	10,4%	6
Organismo público local o departamental	13,4%	9
Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) local o departamental	11,9%	8
Otro	4,5%	3

22. ¿Podría indicar el puesto que ocupaba en el momento de acudir a la capacitación? (señale todas las opciones que proceda) [EC5.6, EC5.7]

N=67

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Político y/o electo	3,0%	2
Directivo	37,3%	25
Técnico	56,7%	38
Otro	9,0%	6

23. ¿Podría indicar el tipo de entidad en la que trabaja actualmente? (señale todas las opciones que proceda) [EC5.3, EC5.7]

N=67

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Organismo público estatal	65,7%	44
Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) estatal	9,0%	6
Organismo público local o departamental	10,4%	7
Organización privada (ONG, asociaciones, fundaciones etc.) local o departamental	14,9%	10
Otro	7,5%	5

24. ¿Podría indicar el puesto que ocupa en la actualidad? (señale todas las opciones que proceda) [EC5.7]

N=67

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
Político y/o electo	1,5%	1
Directivo	38,8%	26
Técnico	52,2%	35
Otro	10,4%	7

25. La iniciativa para participar en las acciones de capacitación partió de: [EC5.6]

N=67

Opciones	(%)	Frecuencia
Mi institución, que me comisionó para acudir	31,3%	21
Acudí por voluntad propia, como representante de mi institución	13,4%	9
Recibí una invitación directa	34,3%	23
Mi superior recibió una invitación directa y delegó en mí	6,0%	4
Otra	14,9%	10
NS/NC	0,0%	0

26. En relación con la formación, por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. (Escala de valoración: 1 "Muy de acuerdo"/ 2 "Bastante de acuerdo"/ 3 "Bastante en desacuerdo"/ 4 "Totalmente en desacuerdo") [EC5.2, EC5.3]

N=67

Opciones	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Frecuencia
La capacitación se adaptaba a mis funciones profesionales	46,3	43,3	6,0	4,5	67
Los aprendizajes y conocimientos adquiridos son transferibles al contexto donde trabajo	41,8	49,3	4,5	4,5	67
La formación ha sido útil para la calidad y resultados de mi trabajo	47,8	40,3	4,5	7,5	67
Los materiales utilizados son útiles para mi labor profesional	34,3	55,2	3,0	7,5	67

27. Por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. (Escala de valoración: 1 "Muy de acuerdo"/ 2 "Bastante de acuerdo"/ 3 "Bastante en desacuerdo"/ 4 "Totalmente en desacuerdo") [EC5.2]

N=67

Opciones	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Frecuencia
La formación recibida ha tenido un claro valor añadido respecto a otros cursos realizados en la misma temática.	43,3%	47,8%	6,0%	3,0%	67
La duración de la formación ha sido adecuada.	35,8%	53,7%	4,5%	6,0%	67
Tras la finalización de la formación, ha habido un seguimiento adecuado para facilitar la puesta en práctica de lo aprendido	14,9%	37,3%	38,8%	9,0%	67

28. ¿Ha asistido a encuentros de intercambio de experiencias en el marco del programa SAVIA Drogas (Salud y Vida en las Américas)? [EC5.2] (FILTRO: 2 y 99 pasan a P.15)

N=118

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí	44,9%	53
No	51,7%	61
NS/NC	3,4%	4

29. ¿Podría indicar a qué tipo de encuentros de intercambio de experiencias ha asistido? [EC5.4]

N=48

Opciones	Sí he asistido	No he asistido
Encuentros Internacionales	77,1%	22,9%
Pasantías internacionales	12,5%	87,5%

30. En relación con su valoración de las actividades en las que ha participado, por favor, indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. (Escala de valoración: 1 "Muy de acuerdo"/ 2 "Bastante de acuerdo"/ 3 "Bastante en desacuerdo"/ 4 "Totalmente en desacuerdo") [EC5.4, EC5.5, EC6.1]

N=48

	Muy de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	Frecuencia
Estas experiencias han sido útiles para la calidad y resultados de mi trabajo	64,6%	29,2%	4,2%	2,1%	48
Tengo un mayor conocimiento de buenas prácticas de intervención en drogodependencias en mi país	64,6%	29,2%	4,2%	2,1%	48
He incrementado las redes de contacto con otros/as profesionales a nivel nacional	52,1%	31,3%	14,6%	2,1%	48
He incrementado las redes de contacto con otros/as profesionales a nivel internacional	43,8%	29,2%	16,7%	10,4%	48

31. ¿Cree que las buenas prácticas que ha conocido son transferibles al contexto donde trabaja? [EC5.5]

N=48

Opciones	(%)	Frecuencia
Mucho	56,3%	27
Bastante	39,6%	19
Poco	4,2%	2
Nada	0,0%	0

32. ¿Cuáles considera que son las principales dificultades para la transferencia de buenas prácticas? (Señale un máximo de dos opciones) [EC5.5]

N=48

Opciones (respuesta múltiple)	(%)	Frecuencia
El contexto es muy diferente	29,2%	14
Falta de conocimiento detallado sobre la buena práctica	16,7%	8
Falta de recursos económicos	58,3%	28
Falta de recursos técnicos/ metodológicos	18,8%	9
Falta de personas o equipos de trabajo.	22,9%	11
Otras. Especifique, por favor	14,6%	7

33. ¿En la actualidad, mantiene el contacto con otros profesionales participantes en los encuentros de intercambio de experiencias? [EC6.1]

N=48

Opciones	(%)	Frecuencia
Sí, con profesionales de mi país y de otros países	41,7%	20
Sí, pero solo con profesionales de mi país	43,8%	21
No	14,6%	7
NS/NC	0,0%	0

34. Sexo

N=106

Opciones	(%)	Frecuencia
Hombre	42,5%	45
Mujer	57,5%	61

35. Edad (abierta)

N=106

Opciones	(%)	Frecuencia
25-34	21,7%	23
35-44	32,1%	34
45-54	32,1%	34
55-64	13,2%	14
65 o más	0,9%	1

36. Estudios

N=106

Opciones	(%)	Frecuencia
Sin estudios	0,0%	0
Estudios primarios finalizados	0,9%	1
Estudios secundarios finalizados	7,5%	8
Estudios superiores finalizados	89,6%	95
NS/NC	1,9%	2

37. ¿Podría indicar el tamaño de la localidad donde trabaja?

N=106

Opciones	(%)	Frecuencia
Menos de 5.000 habitantes	3,8%	4
Más de 5.000 y menos de 20.000	10,4%	11
Más de 20.000 y menos de 50.000	6,6%	7
Más de 50.000 y menos de 100.000	8,5%	9
Más de 100.000 y menos de 500.000	9,4%	10
Entre 500.000 y 1.000.000	7,5%	8
Más 1.000.000 habitantes	52,8%	56
NS/NC	0,9%	1

38. ¿Podría indicar el nombre de la organización en la que trabaja y el nombre del área o unidad en la que realiza su labor?

Nombre organización

Nombre unidad o área de trabajo

Anexo 8. FICHAS-PAÍS

Estas fichas-país presentan la información recogida en el análisis de la intervención del Programa SAVIA en cada uno de los países visitados. La información es presentada por apartados en correspondencia con los niveles de actuación del Programa, es decir, a nivel central (actuaciones de fortalecimiento de la Comisión Nacional contra las Drogas, CND, para acompañar los procesos de descentralización), a nivel sub-nacional (generalmente municipal, respecto a la generación de capacidades y recursos institucionales para afrontar políticas locales en reducción de la demanda de drogas, RDD), y nivel de proyectos como una concreción de las actuaciones a nivel municipal previstas en el Programa SAVIA.

8.1. Ficha-país Colombia

ACCI	Agencia Colombiana de Cooperación Internacional
CID	Comités interinstitucionales de control de drogas en departamentos (CID)
CNE	Consejo Nacional de Estupefacientes
CP	Comités interinstitucionales de control de drogas en municipios
CSE	Consejos seccionales de estupefacientes
DNE	Dirección Nacional de Estupefacientes
UACT	Unidad para la acción y consolidación territorial
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
MPS	Ministerio de la Protección Social
MSPS	Ministerio de salud y protección social (fusión de los Ministerios de Salud y de Protección Social)
ONG	Organización no gubernamental
PND	Plan Nacional de Drogas
PNRDD	Política Nacional de Reducción de Demanda de Sustancias Psicoactivas
SPA	Sustancias psicoactivas
RDD	Reducción de la demanda de drogas
UNODC	Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (por sus siglas en inglés)
UT	Unidades técnicas especializadas en control de drogas (nivel departamental)

I. Capacidad institucional de la CND (estructura organizativa y recursos)

1.1. Año creación.

El Consejo Nacional de Estupefacientes es la autoridad nacional de drogas en Colombia, fue establecida en 1973

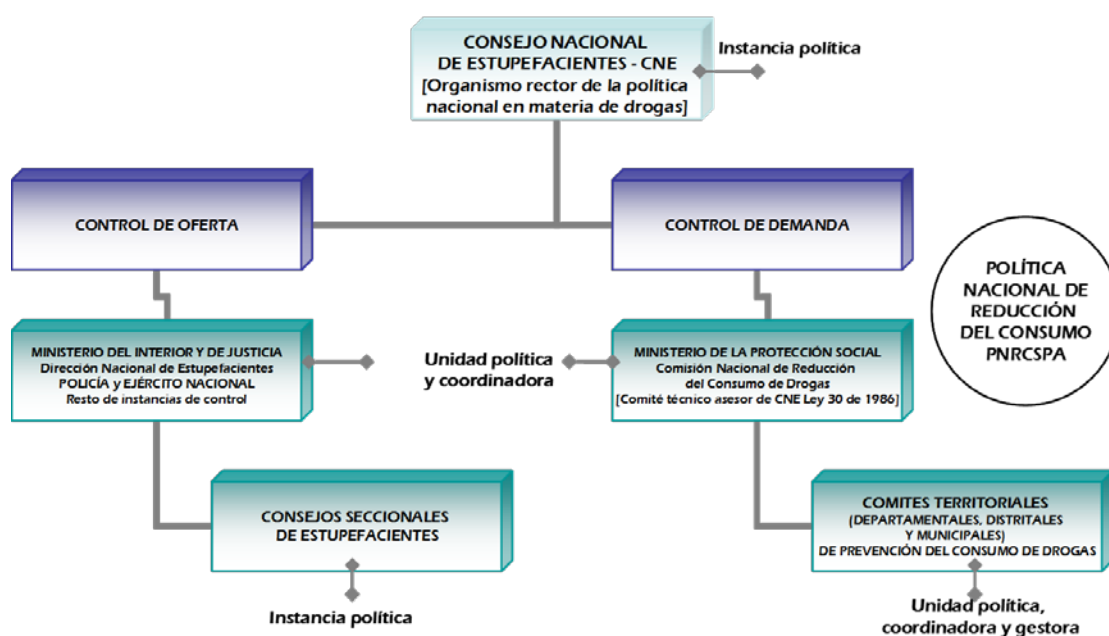
1.2. Recursos humanos.

UNODC como ejecutor cuenta con la oficina más grande del mundo en Colombia con más de 600 personas. Además en el Ministerio de Salud. La capacidad en materia de personal en todas las unidades centrales es al menos adecuada, a nivel departamental varía, aunque existen responsables del tema en todos los entes locales.

1.3. Estructura organizativa del CNE

El Consejo Nacional de estupefacientes se encuentra en la primera línea de la estructura institucional del Estado colombiano. Es un ente estatal, asesor del Gobierno Nacional encargado de la formulación, coordinación y seguimiento de la política pública de drogas y delitos relacionados. Adscrito al Ministerio de Justicia y del Derecho y regulado por el Estatuto Nacional de Estupefacientes. El Consejo Coordina las áreas de reducción de la demanda y de la oferta, programas de desarrollo alternativo integral y sostenible, medidas de control, cooperación internacional y evaluación de programas.

Política Nacional de Drogas



Las instituciones que componen el nivel directivo del Consejo Nacional de Estupefacientes son: Ministerio de Justicia y del Derecho (presidente del Consejo Nacional de Estupefacientes), Ministerios de Defensa Nacional, Relaciones Exteriores, Salud y Protección Social y Educación Nacional, Procuraduría General de la Nación, Fiscalía General de la Nación, Policía Nacional, Dirección Nacional de Estupefacientes en Liquidación* (actualmente en supresión y liquidación), Departamento Administrativo de Seguridad (actualmente en supresión y liquidación) y la Dirección de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas del Ministerio de Justicia y del Derecho hace las veces de Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Estupefacientes. Esta oficina fue establecida en 2011 y también está ubicada a nivel ministerial, siendo una estructura de primer orden en el esquema administrativo

En el programa SAVIA participó el Ministerio de Salud a través de la Dirección de prevención y la ejecución se delegó en la oficina local de Naciones Unidas contra la Droga, que es en general el organismo que ejecuta en terreno los programas que le delega el Gobierno Colombiano.

El gobierno Colombiano delega la ejecución de muchos de los proyectos en la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga, a quien otorga la ejecución y administración presupuestaria. Esto responde a la estrecha relación y confianza que el gobierno ha delegado en la oficina y que la ha llevado a ser una de las más grandes del mundo y con mayor capacidad instalada en el terreno. No debe entenderse que por esto sustituya al Estado ni actúe de forma independiente, se coordina con las demás instituciones tanto a nivel central como local.

En términos de la política de prevención de consumo esto no supone un menoscabo a la capacidad institucional del Estado sino un refuerzo a la misma, habida cuenta las importantes diferencias en materia de capacidades de gestión local entre los diferentes entes regionales y municipales. En este caso la ONUDC actúa como una suerte de asistencia técnica instalada en terreno que acompaña la aplicación y desarrollo de las políticas a los entes

descentralizados a la vez que facilita la gestión económica de los recursos destinados a programas interinstitucionales o transversales en un país en el que estas competencias están divididas entre varios ministerios. Es decir, permite ejecutar proyectos más transversales como era la esencia de aquellos que se financiaron a través de SAVIA. En este sentido se ha constatado a través de las entrevistas que durante el diseño y ejecución de SAVIA la relación con los representantes de CICAD fue igualmente estrecha y coordinada que la que hay con las agencias del gobierno colombiano, en este caso el Ministerio de Salud.

Dentro de UNODC la unidad encargada es el Área de Reducción del Consumo de Drogas que contribuye con el gobierno colombiano en la generación de información respecto al uso de drogas en el país, a través de la realización y apoyo de estudios e investigaciones de carácter cuantitativo y cualitativo, la creación y fortalecimiento de observatorios locales de drogas y la sistematización de experiencias exitosas y buenas prácticas.

UNODC cuenta con delegaciones en prácticamente todo el territorio y actúa de forma coordinada con otras instituciones que actúan a nivel local como son las Unidades de Acción territorial que son los representantes en el nivel local encargados de la ejecución de la política de Consolidación territorial. También se coordina con las gobernaciones (gobiernos departamentales) y alcaldías y consejos municipales.

Es cierto que en Colombia el CNE y todas las instituciones comprometidas se han fortalecido en los últimos años tanto por su desarrollo institucional como por el alcance de sus políticas sin embargo este avance no puede atribuirse como un resultado de SAVIA sino al desarrollo de una política de estado de largo plazo y consistente para el tratamiento de las diferentes facetas del fenómeno de las drogas ilícitas. El papel de Savia ha sido coordinado con las necesidades del país pero no estratégico ni relevante en el desarrollo institucional que se habría producido con o sin la existencia de este programa.

EL total de los fondos de SAVIA para los proyectos entre 2009 y 2010 fue de 60 mil dólares. Por su parte, el 2010 el Gobierno invirtió en programas de Salud Mental y Drogas \$ 5.189.000.000 de pesos colombianos, lo que al cambio actual serían unos 2,626,835.88, de dólares americanos, de esta cantidad unos 1,998,471.36 dólares se destinaron a la reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Además de la inversión del Gobierno, a través del Ministerio de salud debe tenerse en cuenta que hay otros entes como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que también realizan tareas en esta área, e invierten importantes cantidades, sin contar además con el gasto de recursos propios de los entes descentralizados.

Según información obtenida a través de las actas de las reuniones de coordinación de SAVIA, junto con los dos principales ejecutores UNODC y el Ministerio de Protección Social, solo para el año 2010, el Ministerio de la Protección Social distribuyó alrededor un millón de US\$ adicionales entre los comités departamentales para el desarrollo de proyectos de reducción de la demanda de drogas. Si bien es cierto que la participación de SAVIA sirvió para que otras agencias de cooperación también aportaran financiación y se apoyaran más iniciativas de la sociedad civil, El monto de estas no se encuentra disponible, a pesar de que actuaban en la misma línea, administrativamente se consideran proyectos independientes.

Como puede observarse en el esquema, la política se encuentra descentralizada a través de los Comités Departamentales, distritales y municipales (es decir en los tres niveles) que son los encargados de la implementación local de la política. En todos los departamentos y municipios los comités se integran y a su vez dividen sus funciones entre las diferentes secretarías sectoriales, en el caso de la prevención y reducción de la demanda los encargados son las secretarías de salud. Esto quiere decir que si no en todos los municipios existe personal exclusivo para el tema de reducción de la demanda en todos los casos la responsabilidad de este tema esta instaurada en por lo menos un funcionario. Desde luego esta capacidad depende del tamaño del departamento, o municipio y de sus capacidades presupuestales.

Asimismo, se han descentralizado las responsabilidades asumidas por las distintas áreas del Plan Nacional sobre Drogas para facilitar su ejecución eficaz. Alrededor de cuarenta instituciones del orden nacional ejecutan acciones sobre drogas y cerca de veinte entidades en cada departamento del país.

Los planes de drogas son ejecutados por los 32 departamentos y el Distrito de Bogotá, quienes incluyeron el tema de las drogas en su plan de desarrollo 2011 -2015.

Más adelante se desarrolla de forma específica el proceso de descentralización de la política de drogas.

1.4. Mecanismos de coordinación inter-institucional existentes

Según la información suministrada por el país al Mecanismo de Evaluación Multilateral de la CICAD, Colombia cuenta con un mecanismo de coordinación para llevar a cabo la planificación y ejecución efectivas de las políticas nacionales sobre drogas, el mismo es supervisado por la Contraloría General de la República y la Procuraduría General de la Nación.

Las instituciones que participan en la planificación de las políticas nacionales sobre drogas son: Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Defensa Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Relaciones Exteriores, Unidad Administrativa de la Consolidación Territorial y Departamento Nacional de Planeación.

Las instituciones que ejecutan dichas políticas son: el Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Policía, Fiscalía General de la Nación, Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales, Consejo Superior de la Judicatura, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Servicio Nacional de Aprendizaje, Instituto Colombiano del Deporte, Unidad de Parques Nacionales Naturales, Instituto Sinchi, Instituto Geográfico Agustín Codazzi, Corporaciones Autónomas Regionales, Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, Fondo Nacional de Estupefacientes, Unidad de Información y Análisis Financiero, Superintendencia Financiera de Colombia, Superintendencia de Sociedades, Superintendencia Nacional de Salud, Superintendencia de Notariado y Registro.

Este mecanismo de coordinación llega a todos los niveles del gobierno. Las instituciones públicas que participan en la ejecución de la política de drogas presentan propuestas de ajuste a la política, programas, estrategias y planes al Consejo Nacional de Estupefacientes, sus decisiones son públicas y son divulgadas por la Dirección de Política contra las Drogas y Actividades Relacionadas del Ministerio de Justicia y del Derecho a las instituciones del Estado colombiano y ciudadanía en general.

Esquema 1 Estructura de la descentralización de la política de drogas,



Fuente: Presentación UNODC: Modelo de descentralización de la política de reducción de la demanda de drogas en Colombia.

Por otra parte, las decisiones de los 33 Consejos Seccionales de Estupefacientes (32 departamentos y Bogotá) son informadas a la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Estupefacientes. Estas son conocidas, analizadas por el Consejo Nacional de Estupefacientes, el cual toma decisiones.

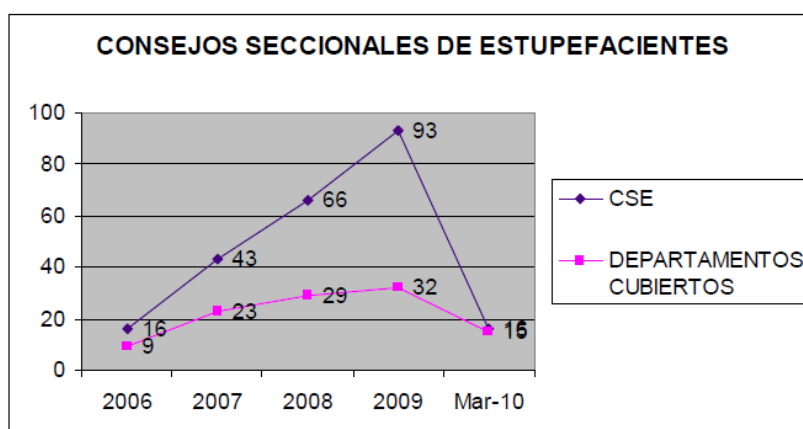
En materia de reducción de la demanda, la Comisión para la Reducción del Consumo de Drogas es una instancia técnica intersectorial asesora del Consejo Nacional de Estupefacientes. Está integrada por instituciones nacionales públicas con responsabilidad en la implementación de programas y planes de reducción de la demanda de drogas.

El mecanismo de coordinación cubre las siguientes áreas: Reducción de la demanda, Reducción de la oferta, Programas de desarrollo alternativo integral y sostenible, Medidas de control, Observatorio de drogas, Cooperación internacional, Evaluación de programas.

En cuanto al papel de UNODC, el área de Reducción de la demanda contribuye en el posicionamiento de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto a fin de que las autoridades locales y nacionales apropien e implementen programas y proyectos siguiendo estos lineamientos, en articulación con organizaciones de la sociedad civil.

En este sentido ha contribuido a la consolidación de equipos locales interinstitucionales de prevención: 29 comités departamentales creados por norma y 633 comités municipales.

Gráfico 1 Consejos seccionales de estupefacientes y departamentos.



Fuente: Informe de gestión de la Dirección Nacional de Estupefacientes

UNODC ha sido la entidad ejecutora de los programas de fortalecimiento institucional y de forma muy relevante, entre 1999 y 2005 ejecutó el Proyecto AD/COL/99/C-81 que buscó implementar el Plan Nacional de Drogas a través de su descentralización en 24 departamentos y un gran número de municipios de Colombia, que serían asistidos por unidades técnicas del nivel departamental, las cuales contribuirían a desarrollar planes locales sostenibles y coherentes con las políticas y estrategias emanadas del Consejo Nacional de Estupefacientes y coordinadas por la Dirección Nacional de Estupefacientes, luego por el Ministerio de Protección Social. Este programa continuo evolucionando a través de los programas de fortalecimiento institucional que llevaron a la implementación del Plan Nacional de drogas a nivel nacional.

Estas acciones fueron anteriores y ajenas a SAVIA aunque se constituyen en la base sobre la cual actuó el programa y las que le permitieron tener una mayor incidencia puesto que ya existía un andamiaje institucional a nivel local sobre el cual actuaron los proyectos financiados por SAVIA.

Finalmente es importante señalar que Colombia cuenta con un Observatorio Nacional de Drogas que organiza y realiza estudios, recopila y coordina las estadísticas y otra información relacionadas con las drogas. Esta oficina cuenta con un presupuesto asignado, los recursos humanos necesarios y un personal plenamente capacitado para desempeñar sus funciones. Se llevan a cabo evaluaciones para identificar deficiencias en el desempeño de las funciones del observatorio de drogas. Existe un plan para abordar tales deficiencias para los próximos 2 a 5 años. Este observatorio además participa activamente en las acciones del programa de la Unión Europea COPOLAD y está gestionado a través de UNODC.

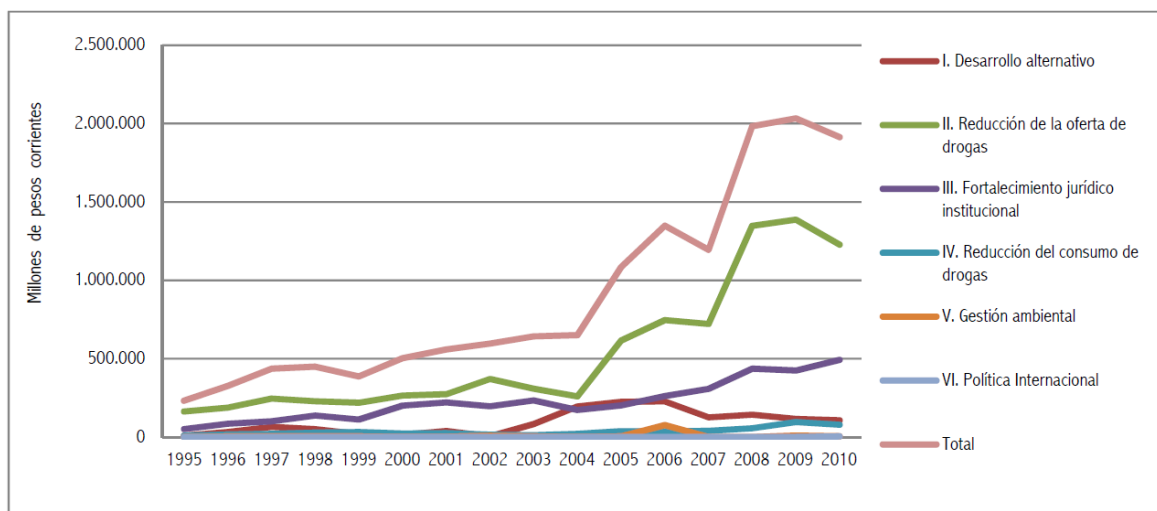
1.5. Recursos financieros

El Consejo Nacional de Estupefacientes cuenta con fundamento legal y un presupuesto anual. Este presupuesto es independiente se trata del Fondo de Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado - FRISCO. A este ingresan los activos que la justicia colombiana ha declarado la extinción de dominio y comiso por tráfico de drogas y delitos conexos (lavado de activos, enriquecimiento ilícito y testaferrato). En los últimos cuatro años el

presupuesto ha ascendido de aproximadamente 33,055,844 dólares en 2011 a 155,329,379 dólares en 2013 y 111,579,401 dólares en 2014.

Ahora bien el Plan Nacional sobre Drogas, como tal, no cuenta con un presupuesto asignado. Las instituciones del Estado colombiano con funciones sobre las manifestaciones de las drogas destinan recursos de funcionamiento (gastos de personal, administrativos y transferencias) e inversión (ejecución de programas y proyectos). Por ejemplo, durante el 2010, las instituciones estatales destinaron 1,9 billones de pesos colombianos (alrededor de 1.100 millones de dólares americanos) para hacer frente al problema de las drogas. De esta cifra, la reducción de la oferta de drogas ilícitas participó en el 64% del total; el fortalecimiento institucional en 25%; el desarrollo alternativo en el 5%; la disminución del consumo de drogas en el 4% y el restante fue destinado a la gestión ambiental y política internacional sobre drogas.⁴

Gráfico 2 Gasto del Estado Colombiano por sector, 1995 a 2010.



Fuente: Estudio Gasto del Estado Colombiano frente al problema de las drogas 2010

Es importante señalar que al ser un país productor el país asigna la mayor parte del gasto a la reducción de la oferta y que el aumento del gasto no se corresponde con el aumento en el consumo. A pesar de ello desde 2005 se observa un aumento en el gasto en este sector aunque de forma muy leve.

Los fondos del Programa Savia se integraron a un fondo conjunto al que también aportaron, UNODC, la Embajada Americana, el Ministerio de Salud y Protección Social (mayor donante). La participación de Savia en este fondo fue minoritaria. Estos datos se han proporcionado en el apartado anterior

Las vías de financiación en general de la política de drogas a nivel local son a través de la transferencia hacia los entes descentralizados y a través de las capacidades tributarias locales. Todos los departamentos cuentan con recursos para salud y para programas en áreas de prevención. Estos recursos provienen de dos fuentes, transferencias por parte del Estado central (Ministerio de salud y protección social) en su caso y las fuentes fiscales descentralizadas cuyos recursos se dirigen esencialmente a salud y educación. Asimismo algunos departamentos recibían en el pasado regalías petroleras. En la actualidad todos los departamentos del país pueden concursar por dichos fondos para sufragar proyectos específicos de desarrollo de cualquier índole.

El problema radica en la baja capacidad de gestión de los mismos.

⁴ Esta información corresponde al estudio "Gastos del Estado colombiano frente al problema de las drogas 2010", actualizado de manera anual por el Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Justicia y del Derecho.

II. Política y marco programático en materia de drogas

2.1. Plan o estrategia nacional en materia de drogas.

La Ley vigente es la Ley 30 de 1986, conocida como Estatuto Nacional de Estupefacientes (ENE). El Ejecutivo presentó al Congreso en septiembre de 2012 para su debate una propuesta para un nuevo Estatuto nacional de drogas y sustancias psicoactivas que reemplazaría la Ley 30. Además, la Ley de Seguridad Ciudadana de 2011 introdujo reformas al Código Penal en lo relacionado con delitos de drogas.

En enero de 2013, se conforma la Comisión Asesora de Políticas de Drogas, en la que participan notables académicos y especialistas en el tema, así como el expresidente César Gaviria (miembro de la Comisión Global de Drogas) y el exdirector de la Policía Nacional, General (retirado) Óscar Naranjo. La Comisión ha propuesto que no se criminalice al consumidor, y hace recomendaciones sobre el trato dado a las redes criminales, al ciudadano consumidor, y sobre las cantidades que corresponde a una dosis mínima de una determinada droga.

Con el fin de actualizar su política frente a las drogas, el Gobierno prepara un nuevo Estatuto de Estupefacientes, "Estatuto Nacional de Drogas y Sustancias Psicoactivas", que deberá reemplazar la Ley 30 de 1986. A comienzos de 2013, el Gobierno anunció que llevará al Congreso el proyecto que reforma el Estatuto de Estupefacientes. El proyecto definiría por primera vez las dosis mínimas de drogas sintéticas. Se podrían portar hasta 200 miligramos o tres comprimidos de derivados de las anfetaminas (excepto metanfetaminas, cuyo uso seguiría prohibido). Se mantendrían las dosis autorizadas de cocaína (1 gramo) y de marihuana (20 gramos), pero las autoridades podrían recurrir a Medicina Legal cuando se encuentren frente a portadores de las variedades más concentradas. Además, el nuevo estatuto establecería, por primera vez, la obligación de que todos los municipios destinen partidas para programas de prevención de consumo y tratamiento para adictos, y seguiría dentro de la línea marcada por la Corte Constitucional de mantener a salvo de castigos penales al consumidor.

El Plan Nacional sobre Drogas cuenta con un marco de seguimiento y evaluación. Para el desarrollo de este proceso, la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia se planteó el objetivo de analizar la política a través del análisis de cada uno de los temas de la misma y presentar recomendaciones al Gobierno Nacional, en octubre del 2013.

El Departamento Nacional de Planeación es el encargado de coordinar la ejecución, hacer seguimiento y evaluar la gestión y resultados del Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Es de resaltar que los lineamientos generales de la Política de Drogas están incluidos en dicho Plan Nacional por lo cual se constituyen en política de Estado.

El personal del Departamento Nacional de Planeación encargado del seguimiento y evaluación ha recibido la capacitación adecuada para desempeñar esta función.

En el caso específico de la descentralización de la política se cuenta con la "política Nacional de Reducción del Consumo de SPA y su Impacto" que es la herramienta para socializar y construir la política en lo local. Para facilitar el manejo de este marco se han lanzado diversos materiales: De forma muy relevante, se ha desarrollado un sistema de gestión estratégica, en forma de manual que sirvió para: Diagnosticar las dificultades y situaciones a modificar en la gestión de los planes territoriales de drogas; realizar un taller nacional de construcción de respuesta a los retos con las entidades territoriales; Realizar el diseño y pilotaje de la herramienta; dar capacitación en la herramienta para el Diseño de los Planes Territoriales de Reducción del Consumo de SPA y su Impacto; y asistencia técnica en implementación del S.G.E. a E.T.

En el caso de desarrollo de normativa, SAVIA no ha tenido una influencia concreta aunque las personas entrevistadas tanto en UNODC, como en el Ministerio de salud y protección social valoran el respaldo político de la OEA para visibilizar la necesidad de fortalecer la política de prevención y reducción frente a la reducción de la oferta.

2.2. Relevancia de CICAD en la creación y renovación de las políticas de drogas.

El papel de CICAD se considera muy relevante en el respaldo a la política de consumo de drogas puesto que constituye una forma de respaldo político multilateral necesaria para conseguir abrir canales de cabildeo que permitan mejorar la financiación del sector.

A pesar de que el proceso de descentralización de la política lleva un desarrollo propio, la financiación de SAVIA contribuyó a la participación de la sociedad civil al apoyar algunos de los proyectos locales. Aunque fuera de forma limitada, este apoyo permitió llegar a más personas.

Otra de las fortalezas que se han identificado en la ejecución del Programa SAVIA fue el fortalecimiento de la capacidad de la gestión local, especialmente a nivel operativo, tanto a través de los encuentros como en el apoyo a los proyectos que se desarrollaron. Esto ocurrió al proveer de recursos metodológicos a través del aprendizaje de buenas prácticas de la red de países comprometidos en la iniciativa y por otra parte al dar a las organizaciones de la sociedad civil la oportunidad de llevar a cabo algunas de sus iniciativas (los proyectos se describen más adelante)

Por otra parte SAVIA y su impacto deben entenderse en el marco de todos los esfuerzos de la CICAD por contribuir a mejorar la situación en materia de lucha contra las drogas en la región. Un ejemplo del esfuerzo multisectorial y con un impacto relevante fue el intercambio entre países y entre los entes locales, es decir, entre localidades a través de los programas de Ciudades hermanas. Este programa a pesar de no ser parte de SAVIA se presentó en el Taller internacional realizado por SAVIA en 2007 en Cartagena de Indias. Esta iniciativa patrocinada por la Unión Europea fue aprovechada por algunos socios de SAVIA, como Colombia, y ayudó a la creación de capacidades técnicas a nivel local. (Esta estrategia se reseña pues Colombia señala su importancia pero al no estar dentro del programa SAVIA no se profundiza más).

2.3. Enfoque y abordaje en materia de drogas en la política o estrategia nacional.

Dentro de las evidencias concretas halladas a través del proceso de evaluación puede decirse que:

- En el país hay un avance muy relevante en la construcción de un discurso a través del cual enfocar el consumo y la prevención.
- Se entiende el consumo de drogas como una realidad que atenta contra el desarrollo social sostenible y quede ser prevenida y atendida desde un punto de vista de mitigación del riesgo.
- Se entiende la necesidad de abordar el problema de forma holística y contextual. Esto se ve fortalecido porque a pesar que se ha consolidado como una competencia del ministerio de salud y protección social, ha sido desde este último aspecto desde el cual se atiende esta problemática
- EL consumidor de drogas se entiende como un sujeto de derechos, por lo cual uno de los principios de la política es el enfoque de derechos. Esto se traduce en que merece no ser criminalizado y en el derecho a recibir asistencia por parte de las instituciones del estado lo cual se cumple a través de los diferentes programas de asistencia que se han implementado para diferentes segmentos de la población. Destaca por ejemplo el modelo de atención que se viene implementando hace años para los habitantes de la calle en Bogotá. Asimismo se ha trabajado en los derechos sociales, en su integración productiva en la comunidad (tal como atienden los proyectos productivos que se patrocinaron con fondos SAVIA). Cabe también destacar la creación de programas específicos para población de jóvenes LGTB uno de los cuales también fue apoyado por SAVIA (ver listado de proyectos al final).
- El consumo de sustancias estupefacientes es un factor de aumento de la vulnerabilidad y un atentado contra la agenda de desarrollo, especialmente por el impacto sobre la población joven.

Tal como se recoge en las presentaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, respecto a los avances desde un punto de vista de salud pública:

- En 2006 se define la Salud Mental y el consumo de SPA una de las prioridades en salud pública (Política Nacional de Salud Pública con alcance local)
- En 2006 se formula y en 2007 se aprueba una política específica para el tema Desde el modelo de protección social “extendida”, promoción de la salud y principios rectores de RD de la ONU, en particular balance, desideologización y respeto por las opciones individuales / diferencias

Según declara Colombia a la CICAD, Colombia cuenta con programas de prevención diferenciados de acuerdo a la presencia de factores de riesgo. A continuación se detallan los programas y los grupos objetivo:

- Prevención universal:
 - Línea Nacional de Atención y Orientación en Drogas y Salud Mental 018000113113 – dirigida a población general.
 - Sistema Communities that Care – dirigidos a comunidades.
 - Programa Familias Fuertes – dirigida a familias que tienen hijos entre 10 y 14 años con perfil de riesgo bajo.
 - Fortalecimiento de Organizaciones Juveniles: Módulo la Prevención en Manos de los Jóvenes – dirigido a líderes de organizaciones o grupos juveniles.
 - Programa Destrezas para la vida – dirigido a población escolarizada.
 - Módulo de Orientaciones Pedagógicas para la Promoción de Estilos de Vida Saludables – dirigido a población escolarizada.
 - Programa Escolarizado de Prevención / Instituciones Educativas de primaria y secundaria.
- Prevención selectiva:
 - Detección e intervención temprana del consumo de SPA en Servicios Amigables para Adolescentes y Jóvenes – dirigido a Adolescentes y jóvenes.
 - Estrategia Prevención Selectiva del Consumo Problemático de Alcohol En Estudiantes de Bachillerato: dirigido a estudiantes de últimos dos años de secundaria.
 - EVOLUCIONANDO: Modelo de Comunicación para la Reducción del Consumo de Alcohol y Marihuana dirigido a Adolescentes de 13 a 17 años.
- Prevención indicada:
 - Estrategia Prevención Indicada e Intervención Temprana del Consumo Problemático de Alcohol en Estudiantes Universitarios.
 - Dispositivos Comunitarios para la Mitigación de riesgos y daños del consumo de SPA: Centros de Escucha – Contextos barriales en alta vulnerabilidad social, Zonas de Orientación Escolar – dirigida a comunidades en alto riesgo de consumo de sustancias psicoactivas y/o problemáticas asociadas a éste, Zonas de Orientación Universitaria: dirigida a población Universitaria en alto riesgo o con consumo de SPA, Zonas de Orientación Laboral: dirigido a entornos laborales en alto riesgo de consumo de SPA.
 - Estrategias de comunicación para prevención y mitigación de daños y riesgos para consumidores de heroína o inyectables. (www.heroínaencolombia.com).
 - Centro de Atención Móvil a Drogodependientes.

Sin embargo es importante señalar que el país no ha diseñado un sistema integral de prevención. Se conjugan estrategias que actúan bajo el marco del Plan Nacional, pero no se ha coordinado aun un sistema integral.

Asimismo tampoco cuenta con una política diferenciada por género como tal. Sin embargo se alientan los proyectos de la sociedad civil que cuentan con este enfoque en su planteamiento.

2.4. Prioridad asignada al proceso de descentralización.

En el país existe una política de reducción de consumo de drogas cuyos principales objetivos son: a) Reducir la vulnerabilidad al consumo interviniendo de manera integral los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo; b) Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades; c) Crear capacidad para que las entidades territoriales mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo y sus consecuencias. Como puede observarse, la descentralización se encuentra en el corazón mismo de la política entendiéndola como la forma por excelencia de su operativización.

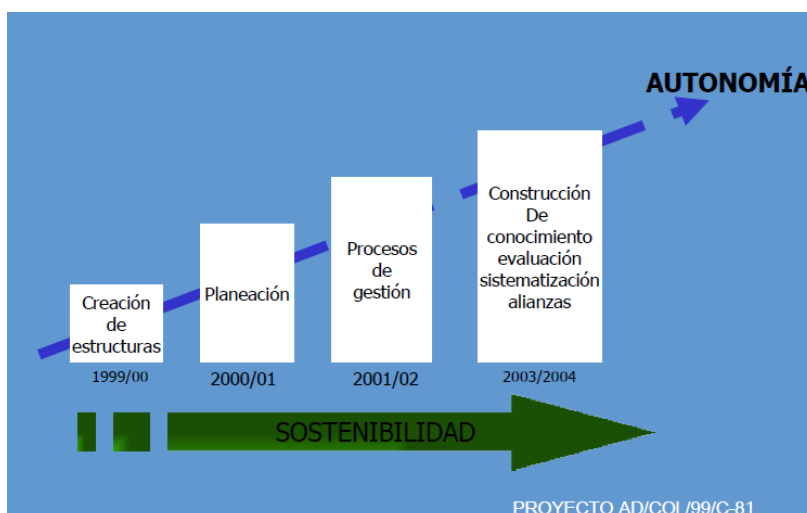
Competencias que se han fortalecido en los entes locales a través de los programas de descentralización de la política de reducción del consumo de drogas:

- Planes de desarrollo con inclusión del tema de RDD
- Partidas presupuestales específicas
- Equipos locales funcionando
- Planes operativos de RDD y de problemas asociados
- Gestión de recursos
- Desarrollo de investigaciones y sistemas de información
- Evaluación y sistematización
- Alianzas estratégicas

El Estado, a partir de la Constitución Política de 1991, y dentro de las políticas de modernización, fortaleció el proceso de descentralización con el fin de buscar un mayor acercamiento entre sus instituciones y la ciudadanía, acudiendo a procesos sostenidos de revitalización y fortalecimiento de las entidades territoriales del país.

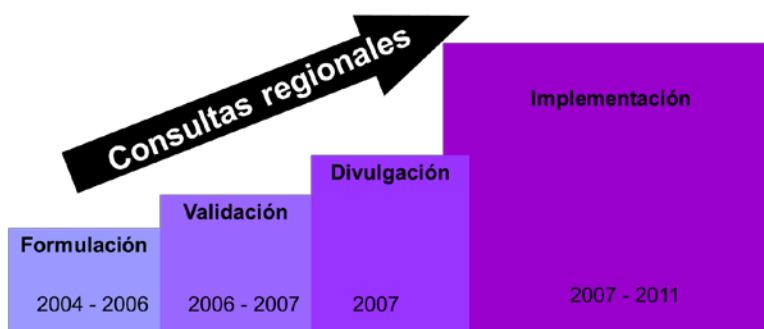
El proceso de descentralización de la política de drogas, como tal, se inició en 1999 y está muy desarrollado, a pesar de que aún hay grandes desafíos en el desarrollo de capacidades en muchos departamentos y especialmente importantes diferencias entre unos y otros.

Esquema 2 Proyección del Programa de descentralización gestionado por UNODC. entre 1999 y 2004



Fuente: Presentación de avances del Programa

Esquema 3 Proceso de evolución de las consultas regionales sobre la política de drogas en el periodo 2004 -2011.



Fuente: Presentación de la descentralización de la política de reducción del consumo del Ministerio de Sanidad y Protección Social

En el caso de la política de drogas el proceso de descentralización se encuentra plenamente integrado a la política de tratamiento y prevención del consumo de drogas. En todos los departamentos se han desarrollado planes, pero la capacidad de llevarlos al nivel municipal es muy dispar.

Asimismo se han desarrollado mecanismos de coordinación y formación periódica para los responsables a nivel departamental y se ha fortalecido el sistema de construcción de la política de reducción del consumo a través de mecanismos como las consultas regionales que permiten una construcción desde abajo, asegurando: Co-gestión, co-responsabilidad, horizontalidad y participación como principios y dinamizando la participación activa de las entidades territoriales a lo largo de las distintas fases de su construcción y consolidación

Como dato muy relevante, el proceso de descentralización de drogas cuenta con su propia página web: www.descentralizadrogas.gov.co. En ella se recoge todo el proceso de descentralización y de fortalecimiento de los entes locales a través de múltiples acciones.

Otra importante herramienta para la descentralización de la política es el portal <http://spacio.gov.co/> en el cual se recoge el avance local y todas las herramientas de apoyo que se han creado para la implementación de la política Nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas, un ejemplo del material de apoyo publicado en esta página es:

- Manual para la detección e intervención temprana del consumo de sustancias psicoactivas y problemas de salud mental en los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes
- Planes de acción de las Comunidades Operativas (CO) de la Estrategia Pactos Comunitarios (EPC)
- Pactos Comunitarios, experiencia demostrativa (2012)
- Directorio Entidades Territoriales y Referentes
- Metodología para la presentación y evaluación de propuestas
- El Sistema Único de Indicadores
- Sistema de Gestión Estratégica
- Documentos para las asistencias técnicas en los territorios
- Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de SPA.

En Colombia, el modelo de descentralización de las competencias en Salud hacia los entes departamentales y la comprensión del fenómeno de las drogas como un problema que debe abordarse desde lo local esto hace de Colombia quizás un país con un andamiaje político e institucional muy adecuado para la implementación de un programa como SAVIA que apoye el proceso que ya se ha iniciado.

Savia tuvo un peso político importante, por cuanto representa el apoyo de la OEA a esta política, pero, en este caso lo que domina es el trabajo continuado de las instituciones públicas, la existencia de una política de estado que ha sido continua y consistente y el papel de gestión de UNODC y del Ministerio de Salud y Protección Social junto con las ONG.

En cuanto a la participación de la sociedad civil organizada, se les considera la piedra angular del modelo de prevención, dado que son los que tienen la capacidad para llegar a los consumidores y a los ciudadanos en general desde la base. Se han hecho esfuerzos muy importantes desde el Ministerio de Salud por fortalecer las capacidades de estas organizaciones.

2.5. Complementariedad del programa SAVIA con otras actuaciones:

Como puede verse a lo largo de este documento, el programa SAVIA fue absolutamente **complementario** a otras actuaciones que se vienen desarrollando en el país para la descentralización de la política de reducción del consumo de drogas así como para el fortalecimiento institucional de los entes locales.

Se da una especial complementariedad con el proyecto de descentralización de la política de drogas que tuvo lugar entre 1999 y 2005 y los proyectos de fortalecimiento institucional actualmente en ejecución. En los apartados anteriores se ha descrito este proceso de fortalecimiento de forma más extensiva. Es importante señalar el alineamiento del proceso político de descentralización con los objetivos del programa SAVIA. Esto ocurre en parte

porque hay una comunidad tanto de objetivos como de trabajo entre la CICAD/OEA, UNODC y el gobierno de Colombia lo cual hace que operen bajo la misma lógica consiguiendo la complementariedad de las estrategias y su coherencia estructural.

En relación a la posibilidad legal de descentralizar las PRDD en función del mayor o menor grado de sensibilización de los responsables políticos o a la existencia (o generación) de información relevante sobre la que construir las intervenciones, su análisis ha sido incluido en el apartado 1.3. La respuesta es positiva en todos los casos, sin que haya evidencia de que SAVIA tuviera un impacto concreto en estos procesos.

En el marco del Programa Savia se creó para el nivel nacional una herramienta para la gestión de las organizaciones sociales, que sigue siendo una herramienta de referencia.

III. Ejecución del Programa SAVIA, diseño, actividades y productos

3.1. Origen de las relaciones del Programa SAVIA con el país (demanda/oferta).

La participación de Colombia se establece desde el inicio mismo del diseño dado las estrechas relaciones entre el administrador del Programa SAVIA y la red de personas que tratan este tema en el país tanto en el Ministerio de salud y protección social, como en la oficina de Naciones Unidas contra la Droga. En 2005 en Colombia se dan tres **condiciones** que hacen que su experiencia sea tanto un buen modelo como una buena plataforma para aplicar los recursos de SAVIA:

- Cuenta con un proceso de descentralización bien sustentado política e institucionalmente.
- Su política de reducción del consumo y de prevención está basada en una perspectiva de salud pública y protección social.
- Desde el nivel político y de planificación, se considera a las ONG como indispensables en la ejecución de los proyectos y en la materialización de la política pública.

Estas tres condiciones existentes en Colombia como bases de la política de reducción del consumo de drogas generaron un espacio de discusión y la formación de una estrecha red entre los distintos actores institucionales y multilaterales. Esta red en la que participaba estrechamente el que fuera Administrador del Programa SAVIA generó un muy buen clima de construcción de iniciativas. Informalmente puede considerarse un germen para la evolución tanto del programa de Descentralización como de SAVIA Fase I y II.

3.2. Productos del Programa SAVIA para la actuación municipal en RDD:

- Diagnósticos.

En Colombia **ya se habían realizado los diagnósticos municipales** así que SAVIA atendió otras áreas.

No tuvo incidencia en Estadísticas puesto que ese tema ya está cubierto por otros entes que tienen un buen nivel de desarrollo y metodología, especialmente UNODC y más recientemente el Observatorio Colombiano sobre Drogas. Más concretamente para el seguimiento de la política de descentralización se creó el sistema de indicadores SUISPA.

- Apoyo a proyectos municipales.

Como parte de la ejecución de SAVIA en Colombia, se han apoyado iniciativas locales de organizaciones juveniles y otras organizaciones locales que llevan a cabo acciones de promoción, prevención, reducción del daño e integración social. A tal respecto, se han llevado a cabo **dos convocatorias** de proyectos locales a lo largo de 2009. Las convocatorias fueron lanzadas por el Ministerio de Protección Social y la UNODC y En ambas convocatorias se apoyó el desarrollo de **25 proyectos locales por dos años**, a través de la cofinanciación ofrecida por el proyecto SAVIA (10 millones de pesos pro proyecto, aproximadamente 5000 dólares al cambio actual), para dos categorías de intervenciones:

- Iniciativas juveniles de tipo productivo y/o socio-cultural que contribuyan a la prevención del consumo de drogas y alcohol en sus comunidades. Se cofinanciaron 20 emprendimientos juveniles en todo el país. Los recursos adicionales para la financiación según establecían las bases de la convocatoria provenían

de la propia organización. Este requisito debía demostrarse para participar en la convocatoria sin que hubiese un monto mínimo.

- Proyectos de inclusión socio-laboral de personas consumidoras en procesos de tratamiento en centros de atención en drogadicción. Se cofinanciaron 5 proyectos en Cauca, Nariño, Medellín, Bogotá y Armenia.

La tercera convocatoria prevista en el marco del proyecto no fue abierta, puesto que el Ministerio de Protección Social y UNODC Colombia, junto con la coordinación del proyecto decidieron, en el año 2010, que los fondos sirvieran para seguir apoyando a algunas de las organizaciones juveniles que participaron en ambas convocatorias anteriores. Se trataba de añadir un apoyo a más largo plazo que una cofinanciación puntual a un proyecto concreto, facilitando capacitación y asistencia técnica a las organizaciones para generar capacidades en materia de promoción, prevención y reducción de riesgos y daños en materia de drogas. Este proceso de acompañamiento, llevado a cabo por el Ministerio de Protección Social y UNODC, se basa en un proceso de capacitación sobre: "La prevención en manos de los jóvenes: herramientas pedagógicas en prevención del consumo de sustancias psicoactivas y mitigación del impacto para líderes de organizaciones juveniles", así como en la mejora de la capacidad de planificación estratégica de las organizaciones juveniles, apoyo para el desarrollo de planes de acción y cofinanciación de sus actividades. En junio de 2010 se celebró un taller de formación de líderes para la prevención del consumo de drogas en la que el coordinador de SAVIA participó y en el que se presentaron los resultados de los proyectos realizados en las dos convocatorias anteriores.

Todo este proceso de fortalecimiento de organizaciones juveniles finalmente no se financió con fondos de SAVIA, sino de fondos nacionales y se decidió la asignación de los fondos remanentes (30.000US\$) a un proceso adicional de fortalecimiento de organizaciones juveniles mediante dos acciones concretas:

- Se desarrolló un proceso de sistematización y evaluación de las iniciativas apoyadas a lo largo de dos convocatorias de proyectos locales realizadas en el país.
- El desarrollo de un modelo de gestión local de programas de inclusión social y drogas, centrado en una estrategia de formación y de asesoría para el desarrollo y gestión de programas de inclusión laboral y procesos productivos. Esta propuesta se pensó para su presentación y oferta a gobiernos departamentales, municipios, organizaciones sociales, centros de tratamiento y centros de escucha (de bajo umbral) que estén llevando a cabo, o quieran llevar a cabo, procesos productivos de inclusión social y drogodependencias.

Adicionalmente, Colombia ha ofrecido **cooperación horizontal** a Uruguay, a través de la modalidad de pasantías de corta duración que ofrece el proyecto SAVIA, de cara al desarrollo de modelos de trabajo en materia de reducción de la demanda de drogas en entornos de grave exclusión. Es importante señalar que en Colombia se va consolidando cada vez más la política territorial de reducción de la demanda de drogas. Las perspectivas para el futuro parecen sólidas.

Según la evaluación, de los procesos y de los resultados del componente de fortalecimiento de organizaciones juveniles para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas a través de procesos de inclusión social y de la acción (que se encuentra publicada en la página web de SAVIA) entre pares hubo tres momentos diferenciados en el proyecto:

- Un primer momento de apoyo a iniciativas seleccionadas en el marco del concurso "el viento a tu favor", desde donde se hizo selección de emprendimientos socio-culturales, y de emprendimientos productivos, todos orientados a la prevención y reducción del consumo de SPA.
- Un segundo momento en el que se desarrolló un proceso formativo en el marco del cual se elaboró el módulo de "la prevención en manos de los jóvenes" que sirvió como recurso pedagógico y de inclusión de las y los participantes. Participaron 35 líderes juveniles vinculados a organizaciones o grupos y algunos a manera de liderazgos individuales.
- Un tercer momento, dedicado al apoyo a "planes de acción", seleccionados entre las propuestas presentadas por las y los participantes del proceso de formación y construcción del módulo. En esta etapa se seleccionaron diez – 10 Planes de Acción.

En total el proyecto apoyó 34 iniciativas de líderes u organizaciones juveniles. De éstas se evaluaron 26, en los departamentos de: Cundinamarca (Bogotá y Madrid), Bolívar (Cartagena), Caldas (Manizales y Riosucio), Risaralda (Pereira), Antioquia (Medellín), Cauca (Villa Rica y Santander de Quilichao) y Valle del Cauca (Cali).

Proyectos seleccionados

Primera Convocatoria	Segunda convocatoria
Fundación redes de Socialización y Prevención Juvenil (RPJ)	Colectivo de Trabajo Sociocultural UV "Fundación Organización para la Promoción y Gestión Sociocultural": Centro de capacitación técnica y de productividad en el arte de la serigrafía, Cali.
Pre-cooperativa recuperadora de desechos industriales	Fundación Cielo en la Tierra: "¿Cuál es tu video?" Proyecto de vida en medios audiovisuales para jóvenes de la localidad de Ciudad Bolívar", Bogotá.
Organización juvenil Tengo Ganas: Campaña juvenil "Tengo Ganas"	Fundación Promover: "Promoción de eco-turismo en El Doncello", Florencia (Caquetá).
Asociación Metrópoli Colombia: "El Taller de los Sueños: el arte también te hace volar"	Asociación Clan Nazaret: "Taller de cerámica para jóvenes", San José del Guaviare.
Fundación El Refugio/Jóvenes Orfebres	Jóvenes del Municipio Coello: "Pincelando futuro", Coello (Ibagué).
Corporación Artística CEFIRO	Asociación Gotas de Paz: "Moldeando sueños", San Andrés.
Fundación Villa Rica/Grupo Juvenil Soporte Klan	Asociación Titania: "Prevención del consumo de drogas desde el hip-hop", Distrito de Aguablanca, Cali.
Corporación cultural "Ciudad Latente": CON+SUMACULTURA.	Asociación de Jóvenes LETEO: "Movida Joven", Cundinamarca.
Organización Juvenil Ágora: "Juégatela vida"	Fundación Hogar de la Luz: "Valores que iluminan mi vida", Cali.
Organización Social Belerofonte	
Fundación Radio Diversia	

- Guías o manuales de referencia.

- Se creó la Guía para las organizaciones de la sociedad civil
- Se creó una guía para promotores locales
- Se apoyaron los talleres nacionales de coordinadores

No se ha podido acceder a la Guía para promotores locales, pero hay constancia según las entrevistas en terreno de que esta sigue siendo utilizada y promovida desde UNODC.

A pesar de contar con una **sistematización y evaluación** de los proyectos locales en Colombia, es difícil establecer los impactos individuales de los mismos, por tanto no hay información suficiente para evidenciar cambios en la vida de las personas. Sin embargo las entrevistas en terreno sí que han evidenciado que la política en general que está aplicando el país, desde su enfoque de integración y protección social sí que está teniendo impactos positivos al conseguir la reintegración social de muchas personas y proveyéndoles de oportunidades para mejorar sus condiciones de vida.

Por otro lado es importante reseñar la continuidad y mejora de los **talleres nacionales de coordinadores (iniciativa dirigida y financiada por UNODC y el MSPS, aunque contó con el apoyo técnico de Javier Sagredo en algunas de sus ediciones)**, el último de los cuales se celebró en el mes de agosto, siendo la octava edición de los mismos. El objetivo de estos encuentros es el fortalecimiento de las capacidades técnicas locales, y la formación de redes de trabajo. En este último caso conto con la participación de 28 Departamentos. Estos encuentros pueden considerarse un éxito tanto en su función como instancia de formación como en su sostenibilidad la cual ahora mismo depende del gobierno nacional a través del Mº de Salud y Protección social, bajo la gestión de UNODC.

3.3. Apoyo del Programa SAVIA en generar estructuras/institucionalidad

Tal como se comentó anteriormente según las personas entrevistadas en terreno, el apoyo de SAVIA si bien no fue por sí mismo un generador de estructuras o institucionalidad sí que se valora su apoyo tanto en el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil como en el apoyo institucional de la OEA a la política de reducción del consumo.

IV. Gestión del Programa SAVIA

En el caso de Colombia se estaba intentando firmar un convenio para un nuevo financiamiento por parte de SAVIA aprovechando recursos que no habían sido aprovechados en Bolivia. Sin embargo a pesar de haberse revisado legalmente y aprobado por Colombia (UNODC como ejecutor de los fondos) el documento se congeló y no se le dio seguimiento por parte de CICAD. No hay claridad sobre la suspensión de este proceso.

V. Consecución del propósito general de las intervenciones y otras cuestiones

Respecto al objetivo del programa SAVIA en referencia a en qué medida se cuenta con los elementos básicos para estructurar las políticas de drogas a nivel municipal [EC8 01], ya se ha respondido en el apartado 1.

Resultado no esperado: Generación de **redes** no solo al nivel institucional sino entre los técnicos de las diferentes regiones. La posibilidad de reunirse con pares de otros países y compartir experiencias es uno de los resultados más valorados por las personas que participaron en los encuentros realizados en Cartagena de Indias.

VI. Contexto (influencia de variables externas ajenas al control del Programa SAVIA, elementos de riesgo y de oportunidad)

- En Colombia hay una voluntad política y coherencia en el manejo de este tema a nivel ministerial, sin embargo a nivel departamental y municipal se presenta una alta **rotación de funcionarios** lo cual hace que haya una importante pérdida de capital humano formado y ralentiza los procesos.
- Comentario relevante: El tema de consumo de **drogas no está priorizado dentro del MAP de la AECID** con Colombia, por tanto las regiones de ejecución de SAVIA no se corresponden con las priorizadas, la OTC acuso esta inconsistencia como un problema. Resulta extraño que la AECID considere la reducción de drogas como una prioridad regional y financie programas, a la vez que no la incluye como prioridad en uno de los países más aquejados por el problema de las drogas en el mundo.
- Comentario relevante: En el caso de Colombia se estaba intentando firmar un convenio para un nuevo financiamiento por parte de SAVIA aprovechando recursos que no habían sido aprovechados en Bolivia. (30.000US\$ derivados de la reasignación de recursos planteada por la coordinación del proyecto SAVIA a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y aprobada el 1 de marzo de 2011) Sin embargo, a pesar de haberse revisado legalmente y aprobado por Colombia (UNODC como ejecutor de los fondos) el documento se congeló y no se le dio seguimiento por parte de CICAD. No hay claridad sobre la suspensión de este proceso. Estos fondos (104.826 dolares) iban a ser aprovechados para cofinanciar iniciativas locales, pasantías de buenas prácticas y el programa de fortalecimiento local de UNODC. Como aspecto muy relevante se pretendía crear una "escuela SAVIA" de formación para actores locales.

8.2. Ficha-país Ecuador

AME	Asociación de Municipios del Ecuador
CONSEP	Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas
CMD	Comité Municipal sobre Drogas
PAR	Puntos de Acción de Red
RNP	Red Nacional Prevención Integral
OED	Observatorio Ecuatoriano de Drogas
SECOM	Secretaría Nacional de Comunicación

País: Ecuador

Población: 15,7 millones de habitantes. (censo 2013)

Organización político-administrativa de Ecuador

Organización Territorial	Gobierno Autónomo Descentralizado	Autoridad
Regiones (7)	Gobierno Regional	Gobernador/a
Provincias (24)	Gobierno Provincial	Prefecto
Cantones (221)	Gobierno local o municipal	Alcalde
Parroquias (1.500)	Junta Parroquial	Presidente

I. Capacidad institucional de la CND (estructura organizativa y recursos)

1.1. Año creación / Origen

La **constitución** del CONSEP se realiza en 1990. Es la autoridad central nacional responsable de: i) coordinar las actividades de **reducción de la demanda**, ii) reducción de la oferta, iii) desarrollo alternativo, iv) control del lavado de activos, v) control de precursores químicos, vi) administración de bienes en depósito, vii) información y estadísticas, y viii) la planificación de las actividades del Plan Nacional Antidrogas. También es responsable de la coordinación de la cooperación internacional.

1.2. Estructura organizativa del CONSEP

El CONSEP, tal y como está **organizado** actualmente, se crea en el año 2004 en la Ley de sustancias estupefacientes y psicotrópicas (Art. 8) para el cumplimiento y aplicación de esta Ley como *“persona jurídica autónoma de derecho público, que ejercerá sus atribuciones en todo el territorio nacional. Estará dotado de patrimonio y fondos propios, presupuesto especial y jurisdicción coactiva para la recaudación de los recursos que la Ley determine”*

a) La Dirección Estratégica del CONSEP es responsabilidad de **Consejo Directivo** quien asume las atribuciones con sujeción a la Constitución Política de la República y a la Ley. Su **Misión** es dictar las políticas y normas técnicas inherentes a la problemática de drogas.

El Consejo Directivo del CONSEP es dependiente de la Procuraduría General del Estado, pero pasará a depender de Presidencia en breve, hasta que se reforme la Ley a la Presidencia, probablemente

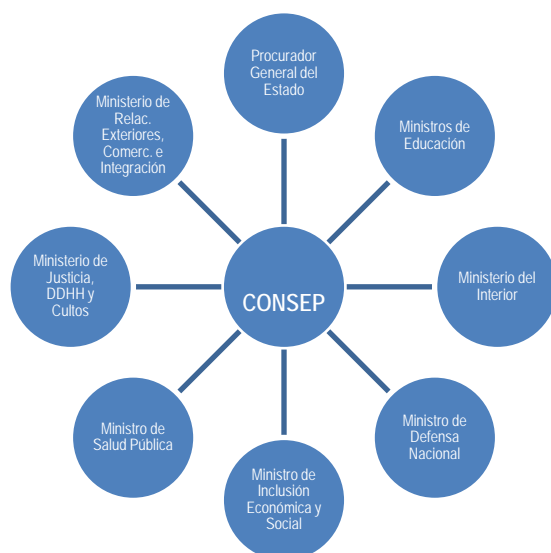
próximamente (octubre del 2014). Este nuevo anclaje institucional es más coherente que el anterior, en el que el CONSEP era un órgano gubernamental dependiente de la judicatura.

En el Consejo Directivo del CONSEP participan varios Ministerios, pero el organismo no depende de ningún Ministerio, es independiente. Solamente hubo un periodo transitorio en que, por disposición superior, el CONSEP pasó a depender del Mº de Justicia/Interior.

El CONSEP es un órgano rector por norma, pero en realidad son **valedores** de la política de drogas. Sólo pueden **asesorar o aconsejar, pero no tienen capacidad ejecutiva** sobre los Ministerios, ya que cada Mº tiene su presupuesto, sus líneas de trabajo y su Plan Estratégico.

A partir de este año 2014, el presidente determinó que el CONSEP pase a ser una dependencia directamente del Gobierno central del Ejecutivo. El Presidente va a ser el presidente del Comité interinstitucional y, al estar bajo el mandato directo de la Presidencia, se van a disponer las acciones que tienen que llevar a cabo cada Mº, no va a ser tan arbitrario como es actualmente. Se valora muy positivamente este cambio porque han tenido serios problemas como CONSEP para hacer llegar y que se ejecuten las propuestas que se hacían desde este organismo, específicamente desde el área de prevención.

Los Ministerios participantes en el CONSEP se recogen en el esquema adjunto.



b) El CONSEP tiene una estructura desconcentrada nacional, es decir, cuenta con 12 **Direcciones regionales** que cubren todas las regiones, con sedes locales y áreas responsables en materia de descentralización y apoyo a los municipios.

c) En la primera estructuración del CONSEP, desde su constitución, ya se apostaba por la prevención. Había además un área de tratamiento, un área de investigación y otra área de control, fiscalización y bienes de depósito. Hace aproximadamente 8 años, en 2007, se fusionan las áreas de prevención y tratamiento, y queda exclusivamente el área de control de la demanda de drogas (ARDD), separada del área de investigación-observatorio.

Ya en el año 2005, se contaba con una **Unidad de Prevención** que designa un coordinador del programa. En el CONSEP el área clave y el enfoque ha sido mayor en prevención, fue y es la prioridad.

d) La **estructura organizativa** del CONSEP actual es la siguiente: Secretaría Ejecutiva, 11 Direcciones Nacionales, Observatorio Ecuatoriano sobre Drogas (OED), ASEPCO y Casa de la Prevención.

Las 11 Direcciones son:

Procesos operativos	Asesoría	Procesos de apoyo
– Administración de bienes en depósito	– Planificación	– Desarrollo humano y capacitación
– Control y Fiscalización	– Relaciones Internacionales	– Financiera
– Desarrollo alternativo preventivo	– Comunicación Social e imagen corporativa	– Administrativa
– Observatorio Nacional de Drogas	– Asesoría Jurídica	
– ASEPCO	– Auditoría interna	
– Casa de la Prevención		

El área más relevante para el programa SAVIA es [La Casa de la Prevención](#), responsable en materia de apoyo y monitoreo de los proyectos municipales. Dicha área se ha incrementado exponencialmente dentro de la estructura del CONSEP. El peso que ha ido adquiriendo ha sido fundamental, en cuanto a recursos económicos y humanos. El Programa SAVIA se inserta en la Casa de la Prevención y su aportación fue clave para el fortalecimiento de la **Red de Prevención Integral** constituida por los Puntos de Acción de Red (**PAR**), semejantes a los espacios de coordinación a nivel municipal que planteaba el modelo SAVIA. Actualmente hay 53 PAR en todo el país.

e) Existe un **Observatorio Nacional de Drogas (OED)** que proporciona información periódica sobre el fenómeno y apoya en la realización de los diagnósticos locales para la construcción de las propuestas.

El OED realiza encuestas nacionales dirigidas a estudiantes, a hogares y a universitarios. Son encuestas bianuales que utilizan una metodología cualitativa y cuantitativa. Además de estos estudios se realizan **diagnósticos locales en cada uno de los Cantones** que van a participar en los procesos de prevención.

Se está incorporando una metodología de trabajo que, desde el CONSEP, denominan sociocultural. Pretende observar y analizar la cuestión sociocultural del fenómeno drogas. Todas las regionales cuentan con técnicos/as de prevención, pero no hay profesionales del observatorio en los territorios.

El OED se ha potenciado, ha incrementado y diversificado sus recursos humanos (sociólogos, psicólogos, estadísticos). Antes de SAVIA contaba únicamente con un estadístico y un matemático.

A pesar de los procesos investigativos que se han dado, éstos tienen que asumirse más para la construcción de los proyectos locales. Los diagnósticos deberían de ser más reflejo para los diseños de los proyectos locales porque, a veces, se han tenido poco en cuenta y se han implementado proyectos buscando más la conveniencia y la facilidad. Así, se interviene sobre todo en el sistema educativo porque es más sencillo al tener una población cautiva.

Los datos del OED se obtienen desagregados a nivel provincial pero solamente en ciudades que sobrepasan una población de más de 50.000 habitantes en el caso de la encuesta a hogares y de más de 30.000 habitantes en la de estudiantes. Numerosas ciudades del país tienen un menor número de habitantes, por lo que se considera necesario poder apoyar la gestión local con estudios de investigación a nivel más micro.

Los datos están desagregados por sexos.

Los diagnósticos situacionales actualmente se hacen desde los PAR que facilitan la realización del proceso, pero el seguimiento y la supervisión se lleva desde el OED, que juega un papel clave para preparar dichos diagnósticos y procesar los datos.

Valoración

- *El CONSEP está conformado institucionalmente por diferentes Ministerios, pero éstos no asumen plenamente la responsabilidad de la política de drogas. Se desarrollaban actividades solo en las grandes ciudades y en cuatro regiones.*
- *El CONSEP no tiene la acogida ni el respaldo por parte de la instancia de Salud para la asistencia de las personas con problemas de consumo (drogodependientes), ni a nivel municipal, ni a nivel provincial, ni a nivel de coordinación del CONSEP con el Ministerio. El área asistencial está muy poco desarrollada, la red asistencial pública es muy precaria, se tiene todavía que estructurar, pero depende del M° de Salud, no depende del CONSEP.*
- *El M° de Salud está supervisando y acreditando a los centros privados para que cumplan con los criterios sobre el respeto a los derechos humanos y de género, pero todavía es un tema no resuelto. Se está realizando actualmente un estudio para la acreditación de los centros de tratamiento privados existentes en el país. Asimismo, hay demasiados centros asistenciales que no cumplen los requisitos de la perspectiva de la integración/reinserción social de las personas con problemas de drogas como parte esencial de un tratamiento.*
- *El CONSEP es una línea rectora que orienta la asistencia, pero la acción de la política asistencial la debe ejecutar el M° competente, en este caso M° de Salud. Ha transcurrido demasiado tiempo sin una estructuración, el proceso está siendo muy lento, por lo que se tiene que derivar y recurrir a clínicas privadas de dudosa profesionalidad. Existen clínicas privadas, pero no existe una línea estructural del Estado que asuma la atención de forma integral, por eso los centros son privados y los tratamientos son muy costosos, se perciben como un negocio.*

1.3. Recursos humanos

En cuanto a **recursos humanos**, el equipo del CONSEP realiza una labor de coordinación, de asistencia técnica, seguimiento y evaluación en los Cantones a nivel nacional y en los municipios, además del trabajo de acompañamiento de los proyectos y actividades propias que se impulsan desde CONSEP: campañas, capacitación, formación... Para ello se cuenta con apoyo de los/as técnicos en prevención de las 12 Direcciones regionales, quienes son responsables de asesorar y hasta elaborar los proyectos locales que gestionan los PAR. De promedio, cada técnico de las Direcciones regionales supervisa de 2 hasta 5 PAR, algunos hasta 7.

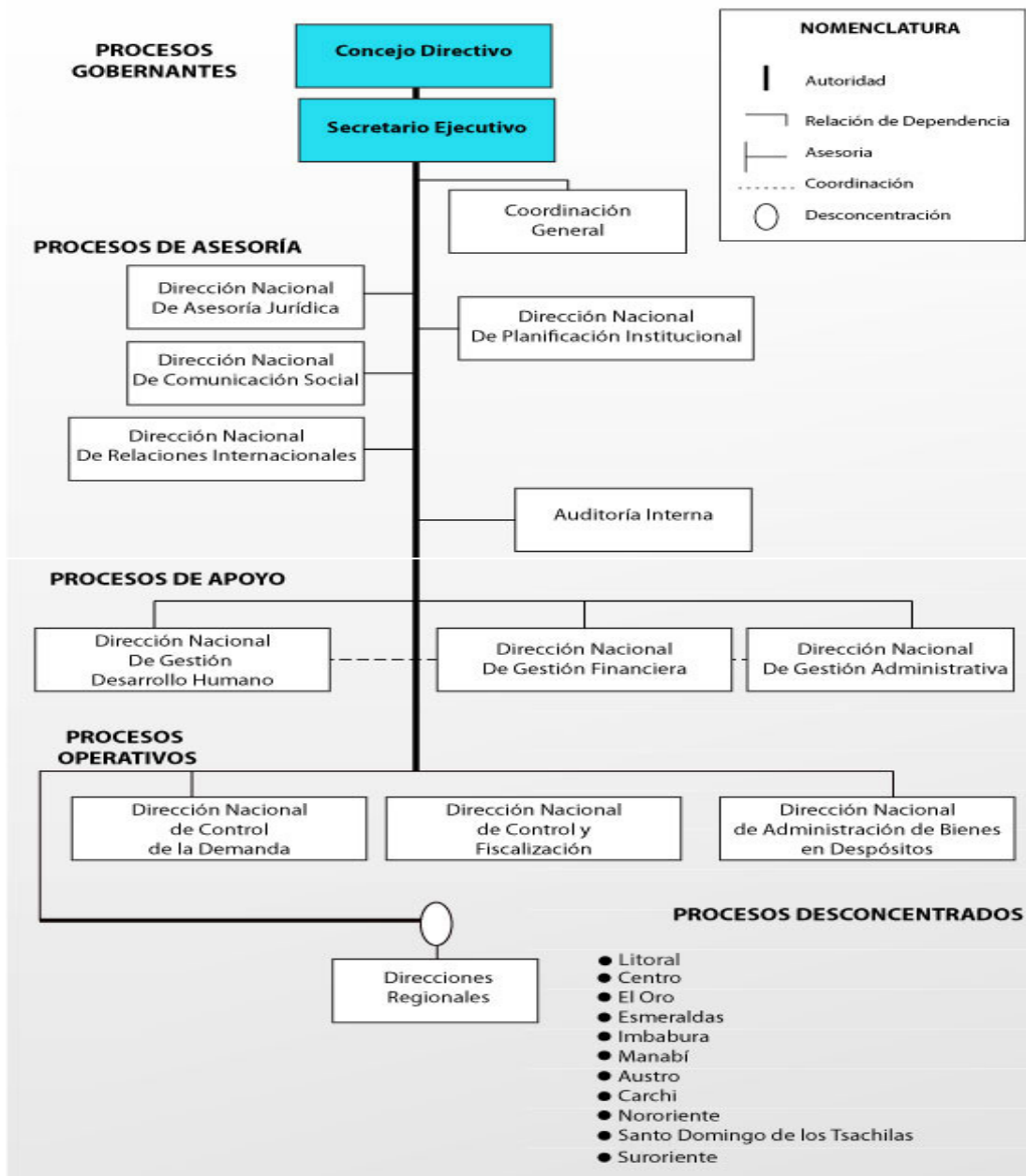
El Observatorio no cuenta con funcionarios en terreno, sólo en el nivel central y en un técnico funcionario en Guayaquil.

Para apoyar a los municipios que iban a participar en el Programa SAVIA, a saber 7 municipios, el CONSEP puso a disposición del Programa un **equipo de trabajo** a tiempo completo formado por 4 técnicos: 1 técnico del área de RDD, 1 técnico del OED, 1 técnico de Planificación, 1 técnico de la dirección financiera. Asimismo, se conformaron **4 equipos de formación** con participación de técnicos del CONSEP de las áreas de RDD, Planificación y OED. Además, se implicaron todos los técnicos de las oficinas regionales del CONSEP.

1.4. Mecanismos de coordinación inter-institucional

El **Consejo Directivo** tiene las funciones de formular el plan nacional que contenga las estrategias y programas para la prevención del uso indebido de sustancias sujetas a fiscalización, de su producción y comercialización, para la represión de la producción y tráfico ilícito y para la rehabilitación de las personas afectadas por su uso. El plan será sometido a la aprobación del Presidente de la República. Otra de sus funciones es vigilar el cumplimiento del plan, coordinar la ejecución de programas y actividades entre las entidades a las que corresponde aplicarlo y supervisar y evaluar su ejecución.

La **Secretaría Ejecutiva** es la representante legal del CONSEP, tendrá a su cargo la dirección técnica, la gestión administrativa y la coordinación con las demás instituciones encargadas del cumplimiento de la Ley de sustancias psicotrópicas y estupefacientes. El **Secretario Ejecutivo**, elegido por el Consejo Directivo, nombrará a los servidores del CONSEP y para designar directores departamentales, requerirá la autorización previa del Presidente del Consejo Directivo.



Ejerce la personería jurídica y la representación legal del CONSEP, así como su representación judicial y extrajudicial. Cumple con las delegaciones resueltas por el Consejo Directivo y dirige la gestión administrativa, técnica, operativa y financiera de la Secretaría Ejecutiva del CONSEP, de conformidad con la ley. Representa al CONSEP ante los organismos nacionales e internacionales. Coordina alianzas estratégicas, concertaciones y mecanismos de cooperación institucional, con entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, de acciones tendentes al cumplimiento de la misión del CONSEP. Presenta para aprobación del Consejo Directivo los proyectos de reglamentos internos y gestiona ante los organismos competentes la consecución de recursos financieros y de asistencia técnica.

El **Consejo Consultivo** es una instancia que colabora con la Secretaría Ejecutiva y los procesos institucionales con repercusión en la comunidad, a fin de dar a conocer y profundizar sobre tendencias nacionales e internacionales ante el fenómeno social de las drogas y, en ese sentido, fortalecer su actuación y presencia social. Además, de manera no vinculante, emite juicios y apreciaciones sobre cuestiones requeridas por la dinámica de la política de drogas.

En estos órganos de alta dirección no hay representación de los Gobiernos Regionales ni de la Sociedad Civil Organizada.

1.4.1. Mecanismos de coordinación inter-institucional existentes

1.4.1.1. *Inter-gubernamental (Ministerios)*

Todos los ministerios son parte del Consejo directivo del CONSEP y se intenta hacer un trabajo coordinado con todos ellos, pero los niveles de respuesta son diferentes. Así, la coordinación es más intensa con los M^o de Educación, M^o de Salud y M^o del Interior.

Las coordinaciones son frecuentes entre el personal técnico y no está estipulada su periodicidad. Se mantienen con la frecuencia necesaria en función de los temas que van surgiendo. De cara a la coordinación inter-sectorial, los actores principales con los que se alcanzan acuerdos en materia de prevención son:

- **Ministerio de Salud.** Existe una comisión interinstitucional desde el año 2012 —integrada por el Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos y la Secretaría Ejecutiva del CONSEP— para calificar a los centros de tratamiento previo a su funcionamiento, a partir de los requerimientos de estructura orgánica, física, profesional y para la regulación y acreditación de dichos centros. Las competencias en este ámbito están transferidas al Ministerio de Salud.
- **Ministerio de Educación** es el rector del sistema educativo nacional y, por tanto, si algún proyecto pretende implementarse en los centros educativos, se tiene que coordinar con él. Producto de la Reforma del Estado, se aprobó la nueva Ley Orgánica de Educación Intercultural, vigente desde el 31 de marzo del 2011. Esta Ley exige una nueva estructura del Ministerio e incluye la responsabilidad en prevención del uso indebido de drogas dentro de las funciones de la Dirección de Educación para la Democracia y el Buen Vivir.

El CONSEP proporciona apoyo en capacitación y materiales didácticos para el desarrollo transversal de actividades de prevención **en el aula** ya que, entre las líneas de acción definidas en el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas (2012-2013), figura incorporar dentro de los temas del “Buen Vivir” la prevención integral del uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, de manera progresiva en el Plan Educativo Institucional y en el Código de Convivencia de cada una de las instituciones del Sistema de Educación Nacional. La Coordinación entre la Secretaría Ejecutiva del

CONSEP y la Dirección de Educación para la Democracia y el Buen Vivir del Ministerio de Educación es fundamental para la certificación de Escuelas del Buen Vivir en el ámbito de prevención integral.

En el **ámbito comunitario-familiar** se han desarrollado acciones a través de la Secretaría Ejecutiva del CONSEP coordinadas con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, Dirección Nacional Antinarcoóticos y Dirección Nacional de Policía Especializada para Niños, Niñas y Adolescentes (DINAPEN).

- El **Ministerio de Inclusión Económica y Social** cuenta con cinco Centros de Participación e Inclusión Juvenil: dos en Quito, dos en Guayaquil y uno en Cuenca. Estos centros trabajan en la formación de participación ciudadana, micro emprendimientos y formulación de políticas. Dentro de sus programas de capacitación existe un módulo formativo en prevención coordinado por el CONSEP.
- Con el **Mº Interior**, las coordinaciones con el CONSEP se establecen siempre que hay una necesidad o existe un espacio de integración. Por ejemplo, el Mº Interior colabora con CONSEP prestando apoyo logístico para la capacitación de los policías y a los técnicos de la policía.
- El CONSEP también ha hecho esfuerzos para trabajar con la **SECOM** (Secretaría Nacional de Comunicación) con objeto de unificar el discurso que todas las autoridades de las distintas instancias involucradas en este tema mantengan ante los medios de comunicación social.

1.4.1.2. *Inter-administraciones:*

El CONSEP dispone de **Jefaturas Zonales** o Direcciones Regionales en 10 de las 22 provincias del país, lo cual ha facilitado el desarrollo del proyecto en el territorio nacional, compuestas por equipos multidisciplinarios: técnicos de reducción de la demanda, control de químicos y administración de bienes.

Se logró estructurar a nivel central un **Equipo Técnico Multisectorial**, el cual está conformado por diferentes profesionales representantes de Instituciones públicas y privadas del nivel central que desarrollan acciones referentes al área de prevención. Este Equipo Técnico Multisectorial se ha reunido en varias ocasiones para coordinar la ejecución del proceso en Ecuador y movilizar a las entidades locales desconcentradas o descentralizadas de sus instituciones hacia la intervención preventiva.

La **Red Nacional de Prevención Integral** (RNPI) se constituye en los años 2001-2002, es decir, estaba ya formada antes de la llegada del Programa SAVIA, pero era muy débil. El programa SAVIA ayuda a fortalecerla y consolidarla. Las condiciones de esta Red van adquiriendo fuerza a lo largo de la vigencia del programa ya desde sus inicios (2005), ya que se tenía previsto formar dicha red de prevención a nivel nacional. Se tenían las direcciones regionales conformadas, pero no estaban constituidos los PAR que conformarían tal Red. En el año 2007 se empezó a organizar la Red de Prevención junto con el Programa SAVIA. Fue por tanto una aportación clave del programa.

Con el nombre de **Red Nacional de Prevención Integral de Drogas (RED)** es implementada en el año 2012, y **constituye una estrategia** de intervención mediante la construcción de proyectos de gasto corriente direccionados a la comunidad en los ámbitos educativos, laborales y comunitarios, aplicando diagnósticos situacionales locales que establecen las problemáticas prioritarias que se van a abordar.

En La RED participa el propio CONSEP, ONG, municipios y entidades privadas que trabajan en prevención. Esta red se estructuraba a través los **Puntos de Acción de Red (PAR)** de núcleos provinciales y cantonales formados por representantes municipales (principalmente del área de participación comunitaria), organizaciones locales de carácter social y representantes de las delegaciones provinciales de los distintos ministerios relacionados con la materia.

Composición típica de un PAR

Cargo (nº personas)	Miembro
Presidente del PAR (1)	Alcalde (No siempre. La municipalidad está implicada en aprox. 15 de los 53 PAR)
Secretaría / Coordinación (1)	Especialista en prevención de la Dir. Regional más cercana
Delegados (entre 7 y 15 personas, aprox.)	Profesor/a del centro educativo, presidentes del barrio o líderes comunitarios, etc.

Esta estrategia ha sido fortalecida durante los últimos años, conformando los PAR en 53 cantones del país como organismos operativos de las acciones de prevención en el territorio.

Se asegura la participación de las Redes Locales sin que exista ninguna jerarquía y quedando la posibilidad de abrir núcleos en cualquier provincia. Los PAR definirán la política pública en el territorio en base a las evidencias de las características de su realidad local.

Por motivos de la falta de acceso a los fondos presupuestados, se dejó de trabajar en la consolidación de la RNPI, que nuevamente se ha retomado hace 3 años (2011).

Por otro lado, se crean estructuras locales de drogas (inicialmente Comités Locales de drogas, que posteriormente pasaron a denominarse PAR), que permiten articular la coordinación inter-administraciones y a la sociedad civil, con capacidad ejecutiva, diseñan y desarrollan los proyectos locales y que constituyen los PAR (Punto de Acción de Red) en cada localidad, que son los que operativizan la prevención en el terreno. Empiezan a constituir los Comités Locales a lo largo de los años 2003-2005.

Secuencia

- 1º) En un primer momento se conforman Comités Locales Municipales con la participación de Ministerios relacionados a la temática
- 2º) Generación de procesos de capacitación dirigidos a los actores locales" proyecto de descentralización.
- 3º) En paralelo existía, en estado incipiente y muy débil, una RNP.
- 4º) En 2009-2011 el país abandona SAVIA.
- 5º) Retoma en 2011 con la prioridad estratégica de fortalecer la Red y los PAR.
- 6º) En la actualidad los PAR son similares a los Comités, que dejan de existir.

En los municipios, los puntos de RED son referencia de esa articulación y coordinación interinstitucional a nivel municipal, siendo el CONSEP el que genera esa articulación en el territorio, movilizándolo a los actores locales de educación, la policía, etc. En todos los PAR existe una coordinación con representantes o funcionarios de los diferentes Ministerios, fundamentalmente con educación y salud. Tienen una estructura sólida. Los PAR están coordinados por un técnico de prevención del CONSEP con funciones de monitoreo del trabajo que se realiza en los PAR.

Las reuniones no están establecidas de antemano, se suelen reunir cada 3 o 6 meses, según las necesidades que vayan surgiendo, distribuyéndose el trabajo que se va generando y que depende de la programación que ellos hacen o que realiza el comité de cada punto de la red.

No se tiene definido un perfil de quiénes son los que van a constituir un PAR, depende de cada Cantón, de las personas que estén interesadas, que se sienten motivadas para trabajar en el PAR. Hay localidades en las que el alcalde no está interesado en participar, pero este hecho no significa que el proceso de constitución de un PAR en esa localidad no se lleve a cabo.

La Casa de la Prevención tiene un registro muy sistematizado de datos: con cuántos municipios se trabaja, con las instituciones públicas, con los ministerios, etc. *Grosso modo* las municipalidades estarán participando en 15 municipios de los 53 PAR que existen, y están comprometidos mediante la firma de Convenios y por una Ordenanza Municipal.

1.4.2. Con sociedad civil organizada:

Las ONG participan en los **Comités Locales o PAR**. Para su constitución se realiza una convocatoria a los representantes institucionales de las ONG de cada uno de los cantones para que se impliquen y participen en dichos PAR, aunque, en general, son las instituciones públicas las que tienen una mayor presencia y se integran junto a las instituciones privadas y todas las personas que se quieran ir sumando. La estructura es abierta.

1.5. Recursos financieros

Los recursos de financiamiento del Plan Nacional de Prevención provienen de los presupuestos de los Ministerios miembros del Consejo Directivo y de la Secretaría Ejecutiva del CONSEP.

Una vez aprobado el Plan, y con el propósito de obtener recursos adicionales de financiamiento, se elaborarán los programas y proyectos, los mismos que deberán ser presentados a la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo para obtener la respectiva prioridad y sean incorporados en el Plan Anual de Inversión.

Presupuesto del Plan Nacional de Prevención y Control de drogas, por Programas Nacionales (US\$)

Programas Nac.	Presupuesto de gasto corriente e inversión priorizado actualmente		Presupuesto de inversión requerido para cumplimiento metas		TOTAL
	2012	2013	2012	2013	
1. Prevención integral del uso y consumo	2.147.525	2.127.413	9.940.000	14.240.000	28.454.938
2. Atención, tratamiento y recuperación	2.568.663	2.487.622	8.784.000	12.720.000	26.560.285
3. Reintegración Social	401.461	487.333	552.960	907.440	2.349.194

El CONSEP cuenta para su funcionamiento con los siguientes bienes y recursos:

- Asignaciones en el Presupuesto General del Estado, que se han incrementado en los últimos años.
- Aportes de instituciones oficiales nacionales e internacionales.
- El producto de las multas impuestas por infracciones a esta Ley.
- Las donaciones, herencias y legados de personas privadas.

El presupuesto Anual del CONSEP, 2006-2009, se ha ido incrementando paulatinamente.

Ejercicio fiscal	Presupuesto (US\$)
2006	7.920.457
2007	14.037.500
2008	13.914.309
2009	14.473.376

1.5.1. Presupuesto programa Savia

Con el proyecto SAVIA Fase I, el presupuesto para prevención por parte del CONSEP era muy pequeño, la mayor parte se dedicaba a interdicción. El Programa SAVIA en su momento constituyó un inyección importante, no tanto por lo económico, como que daba cierta libertad (“no condiciones”) acerca del cómo aplicarlo a prevención. En los ejercicios presupuestarios para el 2007 y 2008 el CONSEP destina partidas cada vez más importantes para financiar la política de reducción de la demanda desde el ámbito local. Con SAVIA Fase I (2009-2011), se empezó a implicar a otros municipios y se estableció un porcentaje para la cofinanciación. Los fondos SAVIA suponían un 50%, el municipio y el CONSEP y/o el municipio aportaban su otro 50% para hacer efectivos los proyectos.

Para 2011 el CONSEP no había establecido la línea presupuestaria para atender la contraparte exigida en el Memorando de Entendimiento firmado en 2009 entre CICAD y CONSEP para la ejecución del programa en el que el CONSEP se compromete a aportar 30.000 \$.

De acuerdo a la reasignación de recursos del programa realizado en 2011, se dispusieron de 50.000\$ adicionales para el desarrollo del proceso de fortalecimiento institucional y planificación en el ámbito local de Ecuador. Asimismo, se acordó que el monto no utilizado (43.233\$) en dicho proceso pasaría a engrosar el fondo destinado a proyectos locales (60.000\$), hasta hacer un total de 103.233\$, a los que hay que sumar el aporte de 30.000\$ del CONSEP para el año 2011.

Los fondos recibidos para el desarrollo de los proyectos locales en el año 2011 fueron los siguientes:

Proyecto Local	CICAD/OEA	CONSEP
1. Santa Rosa	15.000\$	
2. Loja	15.000\$	
3. Tena	15.000\$	
4. Gualacedo	15.000\$	
5. Ambato	15.000\$	
6. Riobamba	15.000\$	
7. Bahía de Caráquez	13.000\$	1.767\$
8. Santo Domingo de Tsáchila		15.000\$

II. Política y marco programático en materia de drogas

2.1. Plan o estrategia nacional en materia de drogas.

De conformidad con los artículos 8 y 13 de la Ley de Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas de 2004, el país debe contar con un Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas aprobado por el Presidente de la República.

El Plan Nacional de Prevención de Drogas (PND) 2013-2017 es el tercer y último Plan aprobado, actualmente en vigor.

2.2. Consolidación del marco programático.

El Ecuador cuenta desde finales de 2003 con una **Política de Estado** en relación con la Lucha contra las Drogas, aprobada simultáneamente al **Plan Nacional de Prevención, Desarrollo Alternativo Preventivo y Control de Drogas**. Se han formulado tres PND: (2004 – 2008), (2009-2013) y (2013-2017) (2004 – 2008), elaborados por el CONSEP, a través de su Secretaría Ejecutiva.

El CONSEP también cuenta con un **Plan de Fortalecimiento Institucional**.

La conclusión del PND 2004-2008 generó la obligación de formular un nuevo PND innovador, puesto que surge en un nuevo marco institucional del Estado dado por la Constitución de la República del Ecuador del año 2008 y el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, y responde a principios y realidades nacionales e internacionales diferentes.

El PND 2012-2013 es coincidente con el período de ejecución del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013 en razón de la disposición constitucional que establece que dicho Plan es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos.

La formulación del PND 2012-2013 requirió de un proceso amplio de participación y progresivo involucramiento de diversos actores institucionales y sociales. Se recogió la visión y experiencia de las organizaciones sociales vinculadas con los ámbitos de salud, educación, justicia y derechos humanos, seguridad, defensa y desarrollo socioeconómico, además de otros aportes de especialistas. Se contó también con el aporte del Comité Consultivo del OND, integrado por representantes de la academia, de organismos de investigación y de instancias de protección, especialmente de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

La actualización del PND 2012-2013 se realizó en consenso con los representantes de cada uno de los Ministerios Gubernamentales que conforman el CONSEP para responder a las demandas ciudadanas de afrontar la temática de las drogas.

La construcción del PND se desarrolló mediante la ejecución de talleres donde se utilizó la metodología de mesas de trabajo dependiendo del accionar de cada una de las entidades participantes: Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Ministerio de Defensa, Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Relaciones Exteriores Comercio e Integración, Fiscalía General del Estado, Instituto de Altos Estudios Nacionales y la Secretaría Ejecutiva del CONSEP. En estos talleres se utilizó la información proporcionada por el Comité Consultivo del Observatorio Nacional de Drogas.

En la estrategia de drogas para el quinquenio se establece como una prioridad el Programa de Reducción de la Demanda de Drogas. En éste consta el subprograma de **Descentralización** de acciones a través de los organismos locales como una estrategia que permita mayor cobertura y efectividad de estas acciones.

El Ecuador viene afrontando tradicionalmente serias dificultades en la aplicación de su Plan Nacional Antidrogas. Su presupuesto se encuentra limitado por un Decreto de Austeridad Fiscal que restringe el gasto público y no destina recursos del Gobierno Central para desarrollar actividades del Plan Nacional.

2.3. Relevancia de SAVIA en la creación y renovación de las políticas de drogas.

Numerosos municipios estaban ya sensibilizados para trabajar el tema de las drogas y contaban con presupuesto para intervenir cuando se presenta el Programa SAVIA (2008). La llegada del programa favorece e incrementa dicho interés y la motivación para abordar el tema.

SAVIA comienza en el país en el año 2005 con la fase de descentralización, contribuyendo a fortalecer y consolidar un proceso ya iniciado y aporta fundamentalmente:

- La formación de recursos humanos en materia de drogas, que era muy deficitaria.
- Propuestas o proyectos locales
- Intercambio experiencias entre países andinos.

Por entonces se crea una Red de Prevención (RNP) a nivel nacional que a día de hoy cuenta con 53 puntos de red trabajando procesos de prevención que cuentan con Comités Locales de prevención y que continúan avanzando y profundizando. Se trata de un recorrido que la Red ha realizado conjuntamente con el proyecto de descentralización y SAVIA Fase I. Una de las dinámicas generadas fue la de ir sumando actores sociales y locales.

Asimismo, quedó de SAVIA “la semilla” de hacer un pequeño diagnóstico local, como base para diseñar los proyectos, es decir, elaborar una ‘línea base’ y cada vez más municipios solicitan diagnósticos locales, necesidad generada gracias al programa \$

Los municipios que desean trabajar en prevención pueden contar con el apoyo técnico en la gestión desde el CONSEP, siempre que se corresponsabilicen de incluir dentro de su estructura municipal un componente o una ordenanza sobre la temática.

Hay municipios que ya destinan presupuesto para drogas, inexistente en Ecuador en 2007-2008, a excepción de Quito por ser la capital.

SAVIA brindó un recursos financieros que permitió a los cantones despegar con una intervención operativa en los municipios. Con SAVIA se realizó un trabajo de prevención conjuntamente con los municipios, con los gobiernos locales. Los fondos SAVOA fueron, la mayor parte de ellos, a desarrollar acciones en prevención.

SAVIA permitió concretar las ideas que se tenía acerca de la constitución de una red de prevención: cómo hacer prevención, cómo ir ampliando la prevención a nivel de país, no sólo donde estaba el organismo de control, sino a nivel de país en su conjunto (local) y se fueron descentralizando las actividades de prevención. SAVIA no solo fue financiación, sino también conocimientos sobre metodologías.

2.4. Enfoque y abordaje en materia de drogas en la política o estrategia nacional.

Los Objetivos del *Plan Nacional del Buen Vivir* constituyen el marco de referencia para el Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas, en un trabajo coordinado de las entidades públicas y privadas inmersas en la temática de las drogas con la misión de alcanzar los objetivos.

Ecuador incorpora un posicionamiento internacional con un nuevo **enfoque** que sostiene y defiende un nuevo paradigma, una nueva posición ante el fenómeno drogas y su abordaje basado en tres **principios**: i) Fenómeno drogas como **fenómeno social**, ii) **Salud pública**, ii) **Derechos Humanos** y **Atención integral** con el sujeto de plenos derechos en el centro de la intervención. Se trata de un discurso nacional que se pretende posicionar frente al discurso prohibicionista y criminalizador procedente de USA, respetando la soberanía de los propios países en estos temas.

Art. 364 “Las adicciones son un problema de **salud pública**. Al Estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. **En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales**”.

En el apartado sobre los Enfoques transversales (3.1.3) del Plan Nacional de Prevención integral se señalan las siguientes perspectivas:

Ejes transversales	Principios orientadores de la política de drogas
Derechos	Asumir un enfoque de derechos es incorporar en la actuación, a que todos los seres humanos, sin ninguna excepción. El ejercicio de estos derechos por parte de los ciudadanos y ciudadanas debe ser promovido y garantizado por el Estado y la sociedad, sea desde su actuación colectiva o individual, acorde con las responsabilidades y obligaciones específicas que le son asignadas en el sistema jurídico internacional de derechos humanos.
Organización territorial	La coordinación entre las instituciones y el mejoramiento de la capacidad de éstas para ejecutar los programas previstos en el Plan, desde el nivel local en un proceso de agregación y encadenamiento hasta alcanzar el nivel nacional , posibilitará la implementación del Plan. Para ello será preciso que los gobiernos centrales y gobiernos autónomos descentralizados trabajen de común acuerdo hacia el fortalecimiento de la institucionalidad local, que incluya, si es el caso, la delegación, concurrencia y transferencia de funciones y atribuciones entre niveles territoriales, así como la adscripción a configuraciones regionales que se vayan gestando en función de lo dispuesto en la Constitución de la República.
Interculturalidad	El Estado ecuatoriano reconoce en el enfoque de derechos humanos la posibilidad de construir una nación intercultural, plurinacional, incluyente e integrada por una diversidad étnica de comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, afroecuatorianos y montubias, perteneciéndole a cada ciudadano todas las culturas
Equidad de género	El Plan se fundamenta en la investigación y en las acciones que se emprendan, con una comprensión diferente de hombres y mujeres y su nexa con la realidad de las drogas. Esto permitirá superar la generalización que oculta una realidad indiferenciada y que enfrenta la ética.
Equidad generacional	Los programas y proyectos del Plan deben tomar en cuenta el enfoque generacional, que parta y reparta desde sus actores, de la existencia de unas juventudes diversas (sea por condiciones y situaciones culturales, económicas, sociales e incluso políticas), que promuevan el reconocimiento y valoración de los mundos juveniles para la realización de los proyectos de vida particulares y colectivos.

Asimismo, entre sus líneas estratégicas (3.2) para que la política de drogas pueda cumplir con el objetivo planteado, se considera necesario contar con estrategias y líneas de acción gubernamentales en distintos ámbitos, entre las cuales se destaca: **“Centrar en el sujeto y no en las drogas las acciones de prevención, puesto que del sujeto parten las explicaciones más completas sobre las razones del usar, consumir, abandonar y enfrentar el consumo de drogas”**.

La perspectiva de la RDD se contempla en el Plan Nacional, haciendo hincapié fundamentalmente en la prevención universal y se señalan en la Capítulo V. Metas de Impacto.

Metas de Impacto en prevención universal

1. Evitar el inicio en el uso de drogas a edades más tempranas en el país, a partir de la intervención progresiva en la población objetivo de los cantones seleccionados.
2. Contener la tendencia al incremento del consumo de drogas, especialmente de alcohol y tabaco, en la población objetivo de los cantones seleccionados.

El alineamiento en este sentido se produce entre los objetivos del Programa y el PND vigente actualmente en el país y por la situación identificada por los beneficiarios del programa a nivel central. Asimismo, se intenta que los proyectos propuestos desde los PAR, contemplen una perspectiva de salud pública, de derechos humanos y de género. Es un discurso que está asumido desde el CONSEP, y que se transfiere a los municipios a través de sus técnicos de prevención en el territorio en la articulación de los proyectos locales por parte de estos técnicos de prevención.

Metas en impacto en Tratamiento, recuperación y reintegración social

3. Incrementar la cobertura del servicio para los pacientes que requieran tratamiento terapéutico relacionado al consumo de drogas e Incrementar el porcentaje de los pacientes con procesos de reinserción social y/o formación laboral. (Actualmente competencias delegadas al M^o de Salud Pública y en proceso de revisión y configuración de una red asistencial pública de calidad inexistente a día de hoy)

La intervención temprana y la detección precoz de casos, los protocolos de derivación y la prevención indicada son temas no resueltos y que se encuentran poco desarrollados, tanto a nivel estatal como municipal (ver recuadro abajo). El municipio interviene en el área de prevención pero no tiene competencias en el área asistencial.

Hasta el año 2011, las competencias del área asistencial eran del CONSEP, y había al menos algunos dispositivos de tratamiento ambulatorio, pero a partir de ese año los **centros de tratamiento pasan a depender del M^o de Salud Pública**. La política pública de atención no ha despegado y no se han elaborado protocolos de derivación. En la actualidad se está en el proceso de organizar y planificar toda la cuestión de acompañamiento terapéutico y la integración social, competencia del Ministerio de Salud Pública.

La respuesta sanitaria frente al uso ilícito de drogas en Ecuador (Jorge Vicente Paladines, CEDD-Ecuador)

El servicio público para el tratamiento de las dependencias actualmente es en su mayoría de orden privado, dentro de los cuales las congregaciones religiosas mantienen una fuerte presencia. Al no proteger que terceros no interfieran en el derecho a la salud, el estado del derecho de las personas en situación de dependencia, se estaría violando lo mencionado expresamente en los artículos 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, así como los 4 y 5 de la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros. Además, en este sentido se estaría socialmente retrocediendo a los años previos de la República, donde la religión mantenía la hegemonía de las casas de salud y la concomitante prestación del servicio.

Se ha percibido a través de las entrevistas realizadas que al menos el Estado ecuatoriano: no presta generalmente este servicio, no ha controlado históricamente los métodos o protocolos para el tratamiento y, finalmente, no ha controlado en retrospectiva a las comunidades terapéuticas privadas o particulares, donde un considerable número han funcionado sin permisos oficiales y en la total clandestinidad.

Para hacer frente al **histórico abandono del control estatal sobre las comunidades terapéuticas**, en su gran mayoría privadas o particulares, el Ministerio de Salud Pública expidió el Acuerdo Ministerial del 11 de Mayo de 2012 mediante el cual se creó el '*Reglamento para la regulación de los centros de recuperación para tratamiento a personas con adicciones o dependencias a sustancias psicoactivas*', clasificando a los centros en (Art. 5):

1. Centros de desintoxicación de precomunidad,
2. Comunidades terapéuticas,
3. Centros de recuperación integral.

Aunque el CONSEP haya expedido en 2008 un reglamento con similares intenciones (Resolución 028-CD), **ahora es el Ministerio de Salud Pública quien tiene la competencia** para ser el único ente u órgano estatal que aprueba los procedimientos y programas de las comunidades terapéuticas (Art. 3), estableciendo además una interesante apertura hacia la *accountability*, transparencia y rendición de cuentas mediante la implementación de veedurías (Arts. 36-40).

El control reglamentario de las comunidades terapéuticas en base a las directrices de la cartera de salud, sin duda, sintoniza con algunos derechos y garantías de las personas en situación de dependencia al tenor de la Constitución de la República.

Si bien la cartera de salud ha establecido requisitos para funcionamiento, no es menos cierto que también se legitima la oferta particular o privada, concebido como un negocio, al dejar el estado de prestar este servicio.

El estado debe recuperar el servicio de salud para el tratamiento de las dependencias mediante métodos y técnicas científicas que, asimismo, eviten la aparición de posiciones excesivamente arbitrarias. No cabe duda que sobre la prevención terciaria aún hay mucho por hacer, pues no sólo se trata de rescatar el servicio sino también a sus pacientes, más aún de procedimientos que son cuestionados universalmente.

2.5. Prioridad asignada al proceso de descentralización.

A partir de una evaluación de la situación del país se constató que las grandes ciudades (Quito, Guayaquil y Cuenca) eran las que tenían ya ciertos beneficios para poder desarrollar intervenciones preventivas y que la red requería operatividad en todo el territorio.

Las acciones de prevención eran dispersas y desconectadas: *“la gallina ciega, golpeando con palo...bueno, a lo mejor por acá nos sale un grupo de jóvenes, hacemos esta acción preventiva y ya”*. La descentralización favoreció organizar todas estas acciones preventivas dispersas

En Ecuador, debido a la **estructura centralizada** del Estado y al limitado avance del proceso de descentralización, ha sido muy importante la **sensibilización política** y el trabajo directo realizado con los alcaldes de cara a la asunción de competencias en la materia. También, ha jugado un papel importante la estructura institucional desconcentrada del CONSEP en muchos municipios. Ecuador cuenta para ello con una estructura institucional privilegiada: unidades desconcentradas del CONSEP en el territorio. Disponía de Jefaturas Zonales en 10 de las 22 provincias del país, lo cual facilitó el desarrollo del programa de descentralización.

Se ha cambiado la estrategia operativa centralizada y desconcentrada del CONSEP en el ámbito de la RDD por una visión más focalizada a la coordinación con las entidades locales, estrategia descentralizada y abierta a la participación de la comunidad, otorgando mayor relevancia a las estructuras locales e incrementando la capacitación de los actores sobre el terreno, promovido intensamente por parte del CONSEP la creación de los comités locales de consumo de drogas y el desarrollo de diagnósticos locales de consumo.

En los años 2003-2005, con el Proyecto de Descentralización, ya se celebraron reuniones con los alcaldes, equipos municipales e instituciones locales de algunos municipios para su implicación en el programa.

El proceso era el siguiente: el municipio, junto con el CONSEP, convocaban a una reunión de trabajo para implementar programas de prevención en la localidad y constituir un **Comité Local de Prevención** que se solía conformar con los actores locales con interés y motivación en trabajar el tema. (2005). La mayoría eran dinamizadores y/o líder sociales que trabajaban en el ámbito social, pero no tenían experiencia en drogas. Se trata, por tanto, de un objetivo estratégico con medidas concretas a nivel municipal. Se conformaron 7 Comités locales con SAVIA Fase I (2009)

Previamente, se llevó a cabo un proceso de sensibilización de los alcaldes con participación del Secretario Ejecutivo del CONSEP y coordinadores nacionales del programa.

Ecuador empezó un poco tarde este proceso, porque previamente se querían garantizar que las propuestas tuvieran visos de continuidad. Para ello, un requisito clave fue la promulgación de unas Ordenanzas y la firma de Convenios establecidos entre el CONSEP y la municipalidad en su globalidad que cuenta con autonomía suficiente en esta materia.

El Proyecto de Descentralización se desarrolla durante los años 2006-2008 y es su influencia ya que ayudó a fortalecer cuestiones que se tenían planificadas como CONSEP, dentro de lo que era la estrategia de conformación de una **Red Nacional de Prevención** que se estaba gestando y cuyo objetivos eran precisamente aterrizar las acciones preventivas en las localidades (municipios). El presupuesto para el 2007-2008 del CONSEP se incrementó significativamente para financiar esta política de RDD desde el ámbito local.

La descentralización, por tanto, se consideraba un objetivo estratégico clave dentro del área de prevención que es la que lidera el CONSEP.

El papel del área social de la **Asociación de Municipios de Ecuador (AME)** fue clave para apoyar todo el proceso de descentralización, motivando a los municipios para su participación en el programa Savia. Fue un apoyo estratégico fundamental en todo el proceso de implementación de la propuesta en el país (sensibilizando, difundiendo, motivando a los municipios a implicarse).

2.6. Papel de los municipios en la política/plan nacional.

El Plan Nacional de Prevención nombra a los municipios como actores clave en la política preventiva, al conformar Comités Municipales de Prevención para el diseño e implementación de proyectos preventivos.

En dicho Plan, en el Programa 1: Programa nacional de prevención integral del uso y consumo de alcohol, tabaco y otras drogas tiene como objetivo *"Implementar un Sistema Nacional de Prevención Integral (...) a través de la creación de una Red Nacional conformada por instituciones públicas, organismos privados y sociedad civil como herramienta operativa del Sistema..."*.

Uno de los Indicadores de progreso es *"Red Nacional de Prevención Integral de Drogas organizada y operando a nivel nacional"*. Para el logro de este Indicador se formulan 3 metas fundamentales:

- 1) Al 2013 se contará con una **Red Nacional de Prevención Integral de Drogas** conformada por gobiernos descentralizados autónomos, instituciones públicas, organismos privados y sociedad civil.
- 2) Hasta el 2013 se espera implementar **90 Puntos de Acción de Red** desarrollando proyectos de intervención preventiva integral, que dinamicen la política y consideren la realidad local. (A día de hoy se han constituido 53 PAR)
- 3) A partir del 2012 se contará con un sistema de intercambio de información en línea entre los Puntos de Acción de Red.

Para la consecución de estas metas se prevén unas líneas de Acción en las que los **municipios son referidos como actores clave**.

- Participación de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, líderes comunitarios, gobiernos escolares y estudiantiles en los Puntos de Acción de Red.
- Coordinar la incorporación de los Distritos del Ministerio de Educación como miembros de los Puntos de Acción de Red.
- Desarrollar Planes Locales de Prevención Integral de Drogas, basados en el diagnóstico inicial, que cuenten con el respaldo del Gobierno Autónomo Descentralizado. Estos Planes estarán alineados al Plan Nacional de Prevención Integral de Drogas.
- Establecer alianzas con gobiernos autónomos descentralizados para generación de normativa local y asignación de recursos.

La Unidad de prevención del CONSEP (La Casa de la Prevención) coordina, con el departamento legal del organismo, el desarrollo de un modelo de Ordenanza municipal que ha permitido la conformación de los Comités Municipales de Prevención. Con estas Ordenanzas Municipales, los municipios se comprometen a dar apoyo logístico y financiero a los Comités.

Estas Ordenanzas Municipales para la constitución e implicación de los Comités Locales en los territorios, se han formulado y firmado a raíz del programa SAVIA con objeto de garantizar un compromiso con visos de continuidad en los municipios, es decir, no al albur de los cambios de gobierno municipal político.

3.1. Origen de las relaciones del Programa SAVIA con el país (demanda/oferta)

Las primeras reuniones de coordinación con las autoridades ecuatorianas tuvieron lugar con ocasión de la presentación del programa en el “Seminario sobre el marco político, institucional y normativo sobre drogas en los países Andinos”, organizado por la DGPNSD en junio 2003 en Madrid.

Aunque Ecuador formaba parte del Proyecto Descentralización 2003-2005, no fue posible incorporar operativamente al CONSEP al proyecto hasta el 2004, año en que se definen los planes de trabajo específicos en el país. El programa demoró su puesta en funcionamiento debido al retraso en obtener una respuesta positiva del CONSEP respecto a la contrapartida nacional en equipo humano y coordinación para el proyecto. Ecuador no pudo ofrecer un equipo de trabajo mínimo y una planificación coherente hasta que, tras la participación de la delegación ecuatoriana del II Taller Regional Andino sobre Descentralización de políticas de drogas celebrado en noviembre de 2004, se celebró después un **taller de presentación del Proyecto Descentralización 2003-2005** en el que se elaboró el plan de acción a ser desarrollado en Ecuador, que se incorporaba con retraso al mismo. En ese taller participaron especialistas de Prevención del CONSEP de las 7 ciudades y 31 profesionales representantes de OGs y ONGs del nivel central

El ritmo de implementación en el país ha sido lento y los cambios, tanto en los responsables máximos de la institución, como al frente de los departamentos de Reducción de la Demanda y del OED — los dos más involucrados con el desarrollo del proyecto—, han abierto algunos periodos de cierta incertidumbre respecto a la ejecución programada. En el año 2009, el desarrollo del Programa en Ecuador sufrió grandes retrasos y parones debido al replanteamiento de su estructura institucional en materia de drogas. La coordinación inicialmente llevada a cabo por el CONSEP, dependiente de la Procuraduría General de la República, cambió en ese año desde la Unidad de Reducción de la Demanda a la Unidad de Planificación, posteriormente pasó al M° de Gobierno, después al Ministerio de Justicia, para regresar de nuevo al CONSEP. En este recorrido, que abarcó desde mediados de 2009 hasta finales de 2010, el proyecto estuvo parado y no pudieron desarrollarse ninguna de las actividades en el país.

En el año 2010, el administrador del Programa visita Ecuador para reactivar el programa y se incorpora Ecuador al programa de nuevo a finales del 2010.

A partir de este momento, se le da un nuevo impulso al Programa, organizando y convocando a un encuentro de alcaldes sobre la temática drogas al inicio del proceso, con una participación fundamental de AME. Se llevan a cabo dos encuentros en el año 2011 con el objetivo de sensibilizar a los mismos para su implicación en el Programa Savia.

3.2. Adecuación del Programa SAVIA al país/prioridades CND.

El CONSEP disponía de Jefaturas Zonales en 10 de las 22 provincias del país compuestas por equipos multidisciplinarios con la presencia de técnicos de reducción de la demanda, control de químicos y administración de bienes. Una de las prioridades del país era continuar con el fortalecimiento de estas unidades.

El CONSEP tenía un alineamiento fuerte y una adecuación con el Programa SAVIA en sus prioridades. Se contaba con una incipiente y débil **Red Nacional de Prevención** que se deseaba fortalecer y extender a través de la configuración de los PAR. Por lo tanto, el CONSEP manifestó su gran interés en desarrollar el Programa, en el marco del desarrollo del proceso de descentralización en el Ecuador a través de la constitución de Comités Locales que apoyaran la RNP ya en marcha.

3.3. Productos del Programa SAVIA para la actuación municipal en RDD:

En el siguiente cuadro se resumen los principales productos y actividades realizados en Ecuador tras su incorporación definitiva al Programa SAVIA en el año 2004 hasta la actualidad.

Tabla resumen de productos y actividades Programa SAVIA 2004 - 2013

Resultados del modelo lógico de SAVIA	Actividades y productos (Ecuador)	Alcance y observaciones	Periodo
Institucionalidad y estructura			
Incidencia y sensibilización a políticos y técnicos a nivel municipal	Varias reuniones de sensibilización con los Alcaldes	Objetivo incidencia política	Pry Descentralización (2006-2008)
	Firma de un convenio de cooperación con la Asociación de Municipios del Ecuador (AME)	Objetivo: proporcionar a las municipalidades asistencia especializada en el diseño y gestión de políticas, planes y proyectos	Junio 2009
	2 encuentros de alcaldes	Encuentros para sensibilizar y motivar a alcaldes en la conformación de los Comités Locales. La asistencia fue muy importante (s/d)	2011
Diagnósticos locales	14 diagnósticos locales	Incluye taller de capacitación de técnicos locales para el desarrollo de los diagnósticos situacionales. Labor liderada por el OND, que redacta los diagnósticos. Los técnicos del OND capacitan en talleres y supervisan y orientan todo el proceso. Los técnicos locales colaboran en la recogida de datos de tipo cualitativo.	Pryto. Descentraliz. Ampliación 2006-08
Espacios de concertación local	7 Comités Locales conformados (Comités locales de Prevención)	Seleccionados sobre la base de nº de habitantes, situación geográfica y desarrollo socioeconómico y carencia de intervenciones de prevención .	Periodo 2006-2008
Planes a nivel sub-nacional en materia de RDD	Una vez finalizados los diagnósticos, la elaboración de planes municipales son mencionados como una tarea a seguir fundamental (Inf. Final Descentraliz. 2003-05). No se reporta más sobre ellos en sucesivos periodos, tampoco en la Web SAVIA. En la visita al terreno, se constata la inexistencia de unos planes que enmarque y den cobertura a las actividades de cada proyecto local apoyado.		
Movilización de recursos locales			
Recursos municipales	Los 7 Comités Municipales	 cuentan con designación presupuestaria	2011-2012
	Cofinanciación de 7 proyectos en 7 municipios.	15.000\$USA aportados por CICAD/OEA para cada uno. Cofinanciación local: el CONSEP pone gran parte de la cofinanciación local. En años y municipios sucesivos, el aporte del Municipio ya logra alcanzar el 50%.	2013 hasta la actualidad
Coordinación interinstitucional			
-	-	-	-
Fortalecimiento de capacidades técnicas			
Taller capacitación para los miembros del equipo técnico interinstitucional	Una única sesión		Octubre 2005

Guías de orientación para actores locales	Guía del Ecuador. Implementación de estrategias de prevención a través de municipios (2008).	Diseñado por el CONSEP. Es un manual con contenidos preventivos, de capacitación, de formación, e inclusive la parte de cómo trabajar en la localidad. Ha servido para orientar el trabajo de los comités locales sobre drogas y de los actores locales que en ellos participa AECI/CICAD/OEA/CONSEP	Descentraliz. 2003-05
Proyectos demostrativos locales			
Proyectos locales	7 proyectos locales de prevención universal.	Estrategia de generación de alternativas de ocio la mayoría de ellos y estrategia de educación entre iguales (formación de promotores/ mediadores juveniles)	SAVIA Fase I

3.3.1. Diagnósticos.

Con el Proyecto Descentralización se logró hacer diagnósticos locales, es decir, contar con un estudio previo para fortalecer los proyectos. *“Ayudaron a dibujar el panorama de qué construir, sobre qué trabajar y cómo trabajar”.*

Se realizaron diagnósticos locales sobre consumo de drogas en 14 municipios. Se trata de un análisis situacional y conclusiones de 14 estudios realizados en Ecuador sobre la Percepción del Uso y Consumo de Drogas, realizados entre marzo y noviembre del 2009. El OED asumió el compromiso de coordinar y supervisar técnicamente la realización de los diagnósticos locales.

En los diagnósticos de los cantones se recogen los siguientes datos: Perfil geográfico, perfil histórico social, perfil económico, sector educacional, percepción territorial de la problemática de drogas (árbol de problemas), planteamiento de alternativas de intervención al uso de drogas ilícitas en el cantón.

El Objetivo general de los estudios era *“contar con información relevante para la implementación de políticas y planes locales que permitan diseñar programas, proyectos y actividades de promoción, prevención y rehabilitación en torno al uso y consumo de drogas que respondan a la realidad de la zona en estudio”.*

Los Objetivos específicos de los estudios fueron:

- Determinar los principales factores asociados que influyen directa e indirectamente en la problemática del uso y consumo de drogas en la zona en estudio.
- Conocer la percepción de líderes locales sobre la problemática del uso y consumo de drogas
- Construir participativamente y de manera concertada las principales alternativas de intervención a la problemática del consumo de drogas.
- Producir conocimiento para la acción, que contribuya a una adecuada toma de decisiones

Los 14 Cantones involucrados fueron: Zaruma, Santa Rosa, 24 de Mayo, Atacames, Santa Cruz de Galápagos, Gualaceo, Bahía Caráquez, Otavalo, Riobamba, Ambato, Loja, Cevallos, Catamayo, Francisco de Orellana.

Los criterios para la elección de los Cantones en los que llevar a cabo los diagnósticos fue por decisión del nivel central (CONSEP) que estudió y analizó las necesidades de cada uno de los Cantones de Ecuador para identificar los que iban a ser beneficiarios del programa. Se priorizaron aquellos Cantones que siempre habían mostrado interés por trabajar en prevención y habían estado al margen de propuestas preventivas.

Los diagnósticos se realizaron utilizando el modelo de la Guía elaborada por CICAD, pero que Ecuador ajustó a la realidad del país e introdujo algunas propuestas metodológicas. Se consultaron los datos epidemiológicos de las Encuestas Nacionales que elaboraba el OED, pero a nivel nacional, sin datos desagregados por provincias.

Estos estudios despertaron el interés por el trabajo, funcionando como una “bola de nieve” y que pusieron de manifiesto la problemática del alcohol y el tabaco como prioridades de consumo entre los jóvenes.

Se asume que para la construcción de los planes municipales sobre drogas se necesita una línea de investigación más clara. No bastan los diagnósticos locales realizado, que, por otra parte, no se han revisado ni actualizado. Sin embargo, han servido para que a nivel local se tome conciencia de que son necesarias líneas de investigación locales de las que partan los planes, responsables de los diagnósticos. Este procedimiento se contempla en el Plan Nacional de Prevención de Drogas 2013-2017.

3.3.2. Planes municipales

La idea inicial de los municipios era elaborar un plan que asumiera todo el contexto de la problemática del fenómeno de drogas a nivel municipal y del que desplegar proyectos específicos. Un plan contextual para unos 4 años para hacerlo coincidir con el tiempo de gobernabilidad de las localidades y las propuestas específicas de la Red de Prevención y de SAVIA. A partir del plan se iba a aterrizar en los proyectos concretos con las propuestas específicas de prevención.

Sin embargo, este prerequisite, la elaboración de un Plan Municipal de drogas, no llegó a concretarse. No se estructuraron tales planes, ni existen en la actualidad como tales, sino proyectos locales sin la dimensión de un plan, como sí fueron diseñados en Bolivia. En su lugar, se desarrollaron proyectos concretos dentro de la Red Prevención Integral.

En la actualidad Quito y Guayaquil cuentan con Planes Municipales de Prevención con todas las escuelas del municipio implicadas y se tienen intención de continuar con este proceso de planificación en el futuro. En estos casos, **no se incluye el área de asistencia dentro de un plan municipal, ya que esta estrategia de la RDD depende del M^o de Salud Pública, no del CONSEP.**

Un plan municipal, por tanto, no ha sido sostenido ni asumido, ni se asimiló en su real dimensión por escasa experiencia sobre los mismos y falta de recursos humanos capacitados a nivel local para su elaboración.

Las personas que conforman el PAR, elaboran los proyectos conjuntamente con los técnicos de prevención del CONSEP presentes en los territorios (Regionales del CONSEP). Esos proyectos son revisados y evaluados en la dirección nacional, haciéndoles aportaciones y sugerencias para una formulación correcta. Cuentan con la asistencia técnica del CONSEP y los técnicos de prevención en territorio, en cada uno de los PAR, están haciendo un seguimiento todo el proceso, supervisan y evalúan los proyectos.

3.3.3. Apoyo a proyectos municipales

El CONSEP decidió cerrar la convocatoria a un número limitado de municipios del país con los que había trabajado en el diagnóstico de la situación del consumo de drogas y en la conformación de los comités y planes locales.

En estos municipios se consolidó más la estructura de la Red Nacional de Prevención gracias al Programa SAVIA en 2008-2009. Al retomar el trabajo con Ecuador y se decide junto con los gestores del programa SAVIA y CONSEP hacer el trabajo en 7 municipios que ya tenían el diagnóstico realizado y

conformados Comités. Se redacta una Ordenanza municipal y a partir de ahí se empiezan a apoyar acciones de prevención en los mismos. Los 7 proyectos comenzaron a ejecutarse en los meses de septiembre y octubre de 2011.

Se implementan proyectos locales en los siguientes municipios y con las características que se recogen en el cuadro adjunto

Ciudad	Tipo de proyecto	Ámbito de intervención	Población beneficiaria	Institución responsable
Santa Rosa	Prevención Universal. Estrategia de alternativas de ocio saludable y formación a las familias	Comunitario, Educativo y familiar	Directa= 1250 personas Indirecta= 4.850 personas	Municipio del Cantón
Loja	Prevención Universal. Estrategia de alternativas de ocio saludable y formación a las familias	Educativo y familiar	Directa= 16 maestros, 240 niños/as, 480 familias	Municipio del cantón
Gualaceo	Prevención Universal. Estrategia de alternativas de ocio saludable y Educación entre iguales (mediadores juveniles)	Comunitario (campana) Educativo	1.800 alumnos (líderes), 200 docentes y 250 familias.	Municipio de Gualaceo
Ambato	Prevención Universal. Estrategia de alternativas de ocio saludable	Educativo (colegios del Cantón)	Directa= 200 adolescentes Indirecta= 3.000 estudiantes y 200 familias	G° autónomo descentralizado del Municipio, Dirección de Desarrollo Social, Casa de la Juventud
Bahía de Caráquez	Prevención Universal (Campana de sensibilización)	Comunitario y educativo y familiar	Directa= 829 estudiantes, 39 docentes, 1658 familias	Municipio del cantón
Riobamba	Prevención Universal. Estrategia de alternativas de ocio saludable y Educación entre iguales (mediadores juveniles)	Educativo (9 colegios de la ciudad)	Directa= 240 estudiantes (promotores juveniles). Indirecta=familias, resto de estudiantes y personal docente	G° autónomo descentralizado del Municipio, Patronato Municipal,
Santo Domingo de los Tsáchilas	Prevención Universal. Estrategia de alternativas de ocio saludable y Formación a padre/madres	Educativo	Directa= 1577 personas Indirecta= 13.000 personas	Gobierno Municipal de Santo Domingo

Los Comités municipales dan prioridad al trabajo dentro del sistema educativo, en concreto, la prevención universal con jóvenes, con familias y maestros.

Todos los proyectos siguen implementándose con fondos del CONSEP.

Valoración

- *Uno de los nudos críticos de todo el proceso iniciado con SAVIA es que no se consolidó en su real dimensión unos planes municipales, aspecto señalado por varios de los entrevistados.*

- Se está iniciando algunas experiencias, todavía muy incipientes, de prevención selectiva en el ámbito educativo, a nivel de los colegios, pero en relación a una prevención indicada hay muchas lagunas. No se cuenta con suficientes centros de atención públicos, ni con formación específica para los psicólogos clínicos que deberían atender a los colectivos de drogodependientes. PE3.3
- Los actores involucrados para trabajar en la temática de drogas en el área asistencial no tienen un nivel de calidad suficiente y tienen que salir fuera del país para especializarse, para poder llevar a cabo un tratamiento en condiciones: particularizado, enfocado en el individuo, específicamente tomando en cuenta el tipo de personalidad, el tipo de droga, el tiempo de consumo, con un enfoque de género y de DDHH y de respeto a la diversidad. Este aspecto es muy limitado en el país y se demanda formación al respecto, elemento que se considera más relevante que los recursos económicos.
- El Ministerio de Salud, que tiene las competencias, está dando los primeros pasos en este sentido, pero a día de hoy es muy deficitario. Hay centros que tienen psicólogos y psiquiatras, pero que sean exclusivamente para tratamiento, a nivel de país, habrá cerca de 7. Todavía no se tiene una red asistencial pública.

Valoración de los proyectos locales

Requisitos SAVIA	Valoración
Coherencia con políticas/programas de RDD.	
– Avalados por el CONSEP	Sí. El CONSEP es el ente seleccionador de los proyectos, elevando la propuesta a CICAD.
– Avalados y promovidos por los Comités Municipales de drogas	Si. Los CMD son conformados en los 7 proyectos como parte de las acciones. Estos proyectos se han diseñado en los PAR
– Emanan de los planes locales de drogas aprobados en cada municipio.	No existen planes municipales de drogas en los que se enmarcan los proyectos locales, pero si Comités Locales y Puntos de Acción de Red.
Participación local y cofinanciación	
– Son llevados a cabo en coordinación con otras políticas sociales del municipio y del resto de entidades públicas y privadas participantes en los comités locales de drogas.	Si. Los CMD están participados por instancias públicas del municipio, fundamentalmente de M° de Educación y Sanidad, privadas y ONG involucradas.
– El CONSEP y la entidad local realizan un aporte complementario de medios materiales, técnicos y humanos que facilitan su ejecución.	La financiación es triple: SAVIA, CONSEP y la Municipalidad. La cofinanciación nacional (CONSEP) está asegurada y parece estable.
– Existe un nivel de cofinanciación nacional/local suficientemente importante para que garantice su continuidad más allá del apoyo recibido del Programa SAVIA.	La continuidad pasa más por la cofinanciación nacional (CONSEP). A nivel local, la cofinanciación está garantizada por la firma de una Ordenanza Municipal que compromete a la corporación local como forma de garantizar su continuidad con los cambios de gobierno local
Calidad	
– Tienen un carácter demostrativo y multiplicador.	No tienen un carácter demostrativo ni multiplicador, son experiencias preventivas débiles.
– Se derivan de un diagnóstico adecuado del fenómeno de consumo de drogas en la localidad.	Se derivan del diagnóstico realizado en su momento, pero desde los PAR actualmente se realizan estudios ad hoc de la realidad del consumo en los municipios
– Experimentan sobre diversos modelos de intervención: i) Prevención escolar, familiar o comunitaria; ii) Mejora de la oferta local de actividades saludables alternativas al consumo de drogas; iii) Información, investigación o sensibilización	Los 7 proyectos son de Prevención Universal, basados en la estrategia de generación de alternativas de ocio saludable combinados con talleres de prevención escolar, familiar o comunitaria. También contemplan la mayor parte la formación de actores locales y mediadores juveniles

Requisitos SAVIA	Valoración
social; iv) Reducción la incidencia del consumo en colectivos marginados o de mayor riesgo; v) Tratamiento; vi) Actuaciones de mitigación o reducción de daños; vii) Integración social; viii) Desarrollo de redes locales, intermunicipales o transfronterizas; ix) Formación de actores locales	
– Incluyen la perspectiva de género y, aunque no sea explícito, tienen en cuenta los derechos humanos.	La perspectiva de Género no es considerada en los 7 proyectos, al menos de manera explícita. DDHH: sin información suficiente.
– Cuentan con la suficiente calidad técnica: grado de adecuación y de coherencia de objetivos, destinatarios, actividades, recursos, gestión y evaluación.	Sin información suficiente.
– Tienen un impacto social importante en la localidad.	Sin información suficiente.

3.3.4. Guías o manuales de referencia.

Producto: GUIA DEL EDUCADOR: Implementación de estrategias de prevención a través de municipios (2008). Diseñado por el CONSEP, es un manual con contenidos preventivos, de capacitación, de formación, e inclusive la parte de cómo trabajar en la localidad. Ha servido para orientar el trabajo de los comités locales sobre drogas y de los actores locales que en ellos participa AECI/CICAD/OEA/CONSEP.

La Guía se fue presentada en cada Cantón, en cada ciudad y se usaba, y usa actualmente, en el proceso de capacitación para explicar lo que se pretendía en la fase de planificación.

3.4. Apoyo del Programa SAVIA en generar estructuras/institucionalidad:

SAVIA apoyó la creación de unidades municipales en materia de drogas (Comités Locales) en 7 municipios en materia de prevención del consumo de drogas y su constitución es atribuible al programa.

En el año 2008, el SAVIA aterriza en el ámbito local con la idea de configurar un Comité Local constituido por las 5/6 personas realmente interesadas en el tema. Se trataba de generar de un núcleo pequeño de personas, interesadas, pero sin experiencia.

En cada ciudad, al mismo tiempo que la Red Nacional de Prevención que se estaba formando, se constituye un pequeño Comité en cada localidad que eran delegados, por ejemplo, maestros de educación; líderes comunitarios, etc.

Se constituyeron los Comités Locales de coordinación para el desarrollo de actividades de prevención. Los prerrequisitos son la firma de un convenio en el que se establecían claramente los recursos que aportaba el CONSEP (capacitación y asistencia técnica en el proceso). Por su parte el municipio se comprometía a crear, a través de una Ordenanza, el Comité Municipal de coordinación. La convocatoria fue muy amplia, pero al final resultaron 7 municipios realmente interesados (2009)

SAVIA contribuyó a dar estímulo y fue el detonante y el embrión de los Comités Locales, los actuales 53 puntos existentes como PAR. Contribuyó a la fortaleza de la actual Red de coordinación (RNP), se firmaron los convenios entre el CONSEP y los Comités locales y existe una Ordenanza Municipal que proporciona encuadre jurídico a la firma de estos Convenios.

La Asociación de Municipios de Ecuador (AME), desde el Área Social, realizó un acompañamiento de los Comités apoyando todo el proceso. En la actualidad los Comités reciben apoyo y coordinación desde el CONSEP, sobre todo capacitación técnica.

Se empiezan a configurar los puntos de acción de red con el proyecto SAVIA Fase I y se constituyeron 13 PAR. Eran pocos, porque no se contaba con suficiente presupuesto. Pero se fue fortaleciendo la red. De hecho, no han desaparecido ningún de los puntos de red iniciales, más bien al contrario, se han fortalecido, hasta los 53 puntos de red actuales (sostenibilidad).

3.5. Formación e intercambio de experiencias

3.5.1. Formación y capacitación

La formación y la capacitación de recursos humanos en las localidades en drogas fue uno de los aspectos clave impulsado por SAVIA. Previamente se llevó a cabo una valoración sobre las necesidades de capacitación de los agentes locales. En este sentido, los proyectos Descentralización Ampliación y SAVIA Fase I fueron 100% para fortalecer capacidades locales y a los espacios de coordinación en prevención (Comités Locales), capacitando a los miembros de los Comités en temas de drogas, ya que estaban constituidos por personas interesadas en la temática sin formación específica, tales como: maestros de educación; líderes comunitarios y con los mismos representantes institucionales (“tienen buena voluntad política, pero no tienen conocimientos”).

La capacitación se hizo con parte de los fondos de SAVIA a nivel local y se realizó la formación en el CONSEP (La casa de la Prevención) e iba dirigida a diferentes personas que trabajaban en el ámbito comunitario de las diferentes instituciones públicas.

Formación nacional	Fecha	Participantes
Taller de capacitación de técnicos locales para el desarrollo de los diagnósticos situacionales municipales sobre consumo de drogas. Capacitación específica en materia de investigación cualitativa sobre el consumo de drogas.	6 al 9 de Febrero 2007	Formadores: técnicos del OED. Destinatarios: 7 técnicos locales seleccionados por la Unidad de Prevención del CONSEP que coordinaron los estudios en 7 municipios en Ecuador (Quito, Guayaquil, Cuenca, Santo Domingo de los Colorados, Tulcán, Lago Agrio y Manta)
Taller de formulación de planes municipales de drogas	6 al 9 de Junio 2007	Formadores: técnica punto focal del Proyecto en Colombia. Destinatarios: técnicos locales y funcionarios de las Jefaturas Zonales del CONSEP.

Se realizan algunos otros eventos de capacitación con formadores de otros países, específicamente de lo que tiene que ver con drogas sintéticas y formación dirigida a técnicos de otros Ministerios para que pudieran replicar el curso en el trabajo con los municipios.

La demanda de capacitación por parte de este país es recurrente, no solo en prevención, área en la que la capacitación ha sido más intensa, sino sobre todo en el área asistencial *“necesitan cualquier cantidad de aporte, no sólo financiero, sino fundamentalmente técnico, para fortalecer la red de prevención creada”*.

A día de hoy se sostiene que la formación en el ámbito de las drogas es todavía muy escasa, no hay especialización en materia de drogas. *“No hay un diplomado, no hay una especialización, no hay ni una Maestría... es una cuestión de especialización”*.

Se están trabajando con las universidades para introducir el tema en algunas materias específicas en carreras afines, (como psicología por ejemplo en la Universidad de Loja) pero se necesita una formación más continua. Una reivindicación recurrente por parte de Ecuador, es la propuesta de realizar un postgrado para Ecuador durante el desarrollo del programa Savia 1 que no llegó a concretarse por falta de presupuesto.

3.5.2. Talleres y encuentros internacionales

El intercambio que se logró entre los países tuvo mucha fortaleza y en Ecuador se potencializó mucho el intercambio de las experiencias. Esta estrecha relación se dio sobre todo entre los países de la región andina: Colombia, Venezuela, Ecuador, Bolivia y Perú.

Por parte de Ecuador, participaron un total de **15 personas** en los seminarios y talleres internacionales.

Talleres y seminarios internacionales	Fecha	Participantes
Primer Encuentro Internacional (se concibe el proyecto Descentralización Ampliación)	2008	2 técnicos del CONSEP y 1 representante de Salud.
Encuentros internacionales Cartagena de Indias	Septiembre 2011	3 técnicos del CONSEP. Presentan stand con materiales generados por los proyectos en cada uno de los cantones. Se expone el Plan Preventivo de Ambato.
Taller sobre el desarrollo de políticas locales de integración social en el marco de las políticas nacionales sobre drogas	19 al 23 septiembre de 2011	1 especialista, Proyecto de Redes de Prevención Integral .CONSEP 1 especialista del área de Control de la Demanda 1 especialista Jefe de Prevención CONSEP
Seminario Iberoamericano SAVIA sobre programas locales, formación e inserción laboral de drogodependientes	13 al 16 noviembre de 2012	1 directora Nacional de Prevención del CONSEP 1 analista CONSEP (Jefatura Zonal de Tena)
Encuentro Subregional Andino sobre Políticas de Integración Social y Drogas	14 al 17 de octubre de 2013	2 representante de Ministerios: M ^o de Coordinación de Seguridad (Coordinador de seguridad Interna) y Desarrollo Social (funcionaria de la Dirección de la Juventud y Adolescencia) 2 CONSEP: Coordinadora del proceso de Acompañamiento Terapéutico Ambulatorio, y Especialista de la Dirección de Control de la Demanda/Coordinadora Nacional del Proceso de Integración Social del CONSEP

Se valoran muy positivamente los Encuentros Internacionales celebrados a los que han acudido, al permitirles compartir el trabajo realizado a nivel municipal en el país, así como favorecer el conocimiento de experiencias de implementación de políticas de drogas a nivel local de otros países del entorno y la posibilidad de concretar alguna cooperación bilateral.

IV. Gestión del Programa SAVIA

Los principales obstáculos a los que se enfrentó el proyecto en el país fueron: [EF1.2], [EF2.1] y [EF2.2]

- El programa demoró su puesta en funcionamiento debido al retraso en obtener una respuesta positiva del CONSEP respecto a la contrapartida nacional en equipo humano y coordinación para el proyecto, así como recursos económicos (cofinanciación). No se pudo ofrecer un equipo de trabajo mínimo y una planificación coherente hasta el año 2004.

- El ritmo de implementación ha sido lento y los cambios, tanto a la cabeza de la institución como al frente de los departamentos de Reducción de la Demanda y del OED, los dos más involucrados con el desarrollo del proyecto, han abierto algunos periodos de cierta incertidumbre respecto a la ejecución del programada.
- En 2009, el desarrollo del Programa sufrió grandes retrasos y parones debido al replanteamiento de su estructura institucional en materia de drogas. La coordinación inicialmente llevada a cabo por el CONSEP, dependiente de la Procuraduría General de la República, (2009) cambió desde la Unidad de Reducción de la Demanda a la Unidad de Planificación, pasó posteriormente al M° de Gobierno, después al Ministerio de Justicia, para regresar de nuevo al CONSEP. En este recorrido, que tomó desde mediados de 2009 hasta finales de 2010, el proyecto estuvo parado y no pudieron desarrollarse ninguna de las actividades en el país. En el año 2010, el administrador del programa visita Ecuador para reactivar el programa SAVIA y se incorpora Ecuador al programa de nuevo a finales del 2010.
- La escasa capacitación técnica de los actores locales dispuestos a implicarse en los Comités Locales Municipales.

Ecuador no firma el Convenio con CICAD-OEA para el desarrollo del Proyecto SAVIA Fase II (2011 a 2013). La falta de definición en la disponibilidad de fondos para el ejercicio 2012-2013 repercute en que no se firmen los Convenios que estaban pre-negociados con Ecuador. CICAD realiza un aporte adicional de 150.000\$ para el ejercicio 2012, sin embargo, los recortes previstos en el ejercicio presupuestario 2013 impidieron la firma del Convenio.

Se elimina definitivamente de SAVIA Fase II su Resultado nº 5 relativo al diseño y desarrollo de un postgrado sobre políticas de drogas que estaba previsto.

V. Consecución del propósito general de las intervenciones y otras cuestiones

Respecto a la valoración de en qué medida se cuenta con los **elementos básicos para estructurar las políticas de drogas a nivel municipal**, se toman como referencia los 7 municipios en los que SAVIA tuvo una intervención más directa.

Existencia de los elementos básicos para estructurar las políticas de drogas a nivel municipal [ÉC8.1]

Elementos política municipal drogas	Valoración
Cuentan con un Plan Municipal de Drogas.	En ninguno de los casos hay un Plan municipal propiamente dicho. Todos los municipios han emitido una Ordenanza y firmado un Convenio con el CONSEP, era y es un requisito previo
Existe un Consejo Municipal de Drogas o alguna institución homóloga.	Existen Comités Municipales de drogas y Puntos de Acción de Red a nivel municipal que conforman la Red Nacional de Prevención Integral
Cuentan con recursos económicos suficientes procedentes de fuentes estables de financiación, que han crecido antes y después del proyecto.	Recursos estables en los 7 proyectos. Facilitado apoyo logístico que continúa tras el programa
Cuentan con personal permanente y especializado.	Cuentan con apoyo de técnicos (12) de prevención en el terreno contratados por el CONSEP en aquellos municipios donde con un PAR (53). Cada técnico supervisa y monitorea entre 2 a 5 PAR de su zona.
Cuentan con indicadores desagregados que les proporciona información periódica sobre el fenómeno.	No se cuenta con indicadores desagregados por regiones ni municipios

Elementos política municipal drogas	Valoración
El marco legal y reglamentario existente permite y facilita su labor.	Si. Las Ordenanzas Municipales son requisito necesario y garantía de sostenibilidad de los Comités Locales y de los PAR
Participan en redes regionales, nacionales o internacionales	Si. Participan habitualmente de redes nacionales (RNP) coordinada por el CONSEP y también en Encuentros Internacionales.

La concatenación de las acciones y los productos no se llevaron a cabo con la articulación prevista en Ecuador. No se pudieron llevar a cabo los Planes Municipales de Drogas que deberían enmarcar los proyectos locales de prevención, por escasez de recursos humanos capacitados y recursos económicos limitados.

Asimismo, la lógica entre diagnóstico situacional local y el proyecto local se vio parcialmente interrumpida. En los 7 proyectos municipales diseñados previamente habían realizado un diagnóstico local. Pero se desarrollaron un número mayor de estos últimos (14) y solamente en 7 municipios se diseñaron e implementaron proyectos.

Al igual que en otros países que han participado en el Programa SAVIA, como por ejemplo Uruguay y Perú, se ha producido un desajuste entre los recursos financieros y técnicos con los que contaba el Programa y los objetivos locales y de país planteados que faciliten el desarrollo de una política descentralizada de RDD, tales como: conformación de estructuras locales y espacios de coordinación, asignación de recursos financieros dentro de los presupuestos de la administración sub-nacional, capacitación profesional, desarrollo de Planes municipales de RDD que engloben los proyectos locales de prevención, etc.

Resulta complicado la valoración de los **efectos en la salud** de usuarios o consumidores problemáticos, ya que los proyectos han hecho hincapié básicamente en un tipo de prevención; la prevención universal y recurriendo en la mayor parte de las intervenciones a la estrategia de generar alternativas de ocio y tiempo libre. Con relación a dicha estrategia, la evidencia científica ha demostrado, en numerosas investigaciones llevadas a cabo en el contexto europeo y norteamericano, que son eficaces si se desarrollan en grupos de jóvenes de mayor riesgo, es decir, en situación de mayor vulnerabilidad y/o exclusión social.⁵

Se detecta una carencia importante en el **área asistencial**. La red de centros de atención de drogas es muy precaria, está en manos de entidades privadas la mayor parte de ellos y con escasas garantías de contar con equipos multidisciplinarios de atención profesionalizados. Se está actualmente iniciando un proceso de supervisión para la acreditación de los mismos bajo el requisito de cumplimiento de unos estándares mínimos de calidad, tales como: personalización de los tratamientos, respeto a los derechos humanos, la no criminalización ni estigmatización de los usuarios, incluso espacios que cuenten con unas condiciones de salubridad mínimas. Asimismo, está en proceso de elaboración una Estrategia Nacional de Salud Mental quinquenal que incorporaría los criterios de validación de los centros asistenciales existentes e incorporaría la creación de una red de centros de tratamiento públicos a nivel país (17 centros residenciales para 2017).

⁵ -United Nations Office on Drug and Crime (UNODC). International Standards on Drug Use Prevention. Final draft (2013).

-Understanding Risk, protection and Substances Use Among High Risk Youth. The National Cross-Site Evaluation of High-Risk Programs. Center for Substance Abuse Prevention, Monograph Series n°2.

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Evidence briefing update. Drugs use prevention among young people: a review of reviews (2006)

- Drugs and vulnerable groups of young people. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008).

- National Institute on Drug Abuse. NIDA. Identification of Drug Abuse Prevention Programs. Literature Review. Selective Prevention. (2012)

VI. Contexto (influencia de variables externas ajenas al control del Programa SAVIA, elementos de riesgo y de oportunidad)

6.1. Voluntad política y valoración de las relaciones con la OEA y la CICAD.

La implicación de Ecuador en el programa Savia ha pasado por numerosos altibajos.

Primero, tardó en incorporarse al programa, porque el CONSEP no acababa de contar con un equipo humano sólido para la coordinación del programa, así como una planificación coherente.

CICAD-OEA se percibe como una entidad especializada y colaboradora, tanto como ente financiero como de asistencia técnica, sin rechazo inicial al liderazgo de EEUU en la organización. Se valoró especialmente que no se impusieran las metodologías, sino que lo que se aporta es la coordinación y el apoyo en procedimientos, respetando la autonomía de cada Estado y los procesos locales que eran, y son, lo más importantes, ya que Ecuador es un país muy diverso.

A medida que ha tomado cuerpo un discurso más activo en contra de los paradigmas duros de lucha contra las drogas y criminalización, y Ecuador ha articulado en el seno de UNASUR un discurso alternativo, las relaciones entre el país y la CICAD acabaron afectando al Programa SAVIA. La participación del CONSEP en el último Proyecto SAVIA Fase II, que incluso preveía un Resultado específico para el país de formación para profesionales en tratamiento, nunca se llegó a concretar. No es posible aclarar la fuente de esta exclusión de Ecuador del proyecto, que puede compartir razones políticas y de disparidad de criterios acerca del enfoque de la estrategia de lucha contra las drogas, pero también cuestiones de recorte de presupuesto en las subvenciones comprometidas por AECID, que llevó a eliminar el Resultado referido a formación, una prioridad para Ecuador.

6.2. Cambio de responsables/decisores en materia de drogas.

Los cambios continuos en los responsables del CONSEP y en los responsables de los Dpto. de RDD y del OED han dificultado el avance en las acciones prevista por el programa Savia. En concreto, en el año 2009, el desarrollo del programa en Ecuador sufrió grandes retrasos y parones debido al replanteamiento de su estructura institucional en materia de drogas. La coordinación inicialmente llevada a cabo por el CONSEP, dependiente de la Procuraduría General de la República, en 2009 cambió desde la Unidad de Reducción de la Demanda a la Unidad de Planificación, pasó posteriormente al Mº de Gobierno, después al Ministerio de Justicia, para regresar de nuevo al CONSEP. En este recorrido, que tomó desde mediados de 2009 hasta finales de 2010, el proyecto estuvo interrumpido y no pudieron desarrollarse ninguna de las actividades previstas en el país. En el año 2010, el administrador del programa visita Ecuador para reactivar el programa SAVIA y se incorpora Ecuador al programa de nuevo a finales del 2010.

8.3. Ficha-país Perú

COMUL	Comités Multisectoriales de Prevención del Consumo de Drogas
DAT	Dirección de Asuntos Técnicos
DEVIDA	Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas
DPM	Dirección de Promoción y Monitoreo
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
OPD	Observatorio Peruano de Drogas
PEI	Plan Estratégico Institucional
PPPT	Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento (responsable del Programa SAVIA)
RDD	Reducción de la demanda de drogas
ROF	Reglamento de organización y funciones

País: Perú

Población: 27,4 millones de habitantes, un tercio (9,3 mill.) en el Área Metropolitana de Lima (Provincias de Lima y Callao). (Censo 2007)

Organización político-administrativa del Perú

Organización Territorial	Organización Administrativa	Autoridad
26 Departamentos	Gobiernos Regionales	Presidente Regional
194 Provincias	Municipalidades provinciales	Alcalde Provincial
1.878 Distritos	Municipalidades distritales	Alcalde Distrital

I. Capacidad institucional de la CND (estructura organizativa y recursos)

1.1. Año creación / Origen

La Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas, **DEVIDA**, tiene su origen en la Comisión de Lucha contra el Consumo de Drogas - CONTRADROGAS creada en 1996. En el año 2002, es denominada DEVIDA y como "organismo público descentralizado" pasa a formar parte de la Presidencia del Consejo de Ministros.

Como país productor de hoja de coca, la constitución de DEVIDA estuvo fuertemente asociada a la promoción del desarrollo alternativo mediante el apoyo a la generación de empleo e ingresos lícitos que permitiesen elevar las condiciones de vida de la población campesina y la reducción progresiva de cultivos de hoja de coca destinados al tráfico ilícito de drogas.

Es esta línea de actuación, como veremos, la que ocupa la prioridad política, estratégica y presupuestaria, en correspondencia con la situación de un país, el Perú, que ha alcanzado la condición de primer país en extensión de cultivos de coca y como exportador de clorhidrato de cocaína del mundo.⁶

1.2. Estructura organizativa de la CND

⁶ Drug Enforcement Administration (DEA), 2011.

DEVIDA se define en torno a tres **áreas de actuación** como “ente rector que diseña y conduce la política nacional de lucha contra el tráfico ilícito de drogas, el consumo ilegal de drogas tóxicas, promoviendo el desarrollo integral y sostenible de las zonas cocaleras del país”. Es decir: control de la oferta e interdicción, prevención y tratamiento, y desarrollo integral y alternativo. Estos ejes de actuación se han mantenido constantes desde la 2002. En la actualidad, los tres ejes de actuación son denominados: *Desarrollo Alternativo Integral y Sostenible, Interdicción y Sanción y Prevención y Rehabilitación del consumo de drogas*.

La siguiente es una versión resumida de la **estructura organizativa** de DEVIDA:

- **Órganos de alta dirección.**- Son tres: el **Consejo Directivo**, el Presidente Ejecutivo y la Secretaría General. El Consejo Directivo es el órgano máximo de dirección, cuyo Presidente Ejecutivo actúa en representación del Presidente del Consejo de Ministros. El Consejo abarca a 11 Ministerios, delegándose generalmente la representación a nivel de Vice-ministro/a o Secretario General. En la actualidad, se reúne unas dos veces al año.
- **Órganos consultivos.**- La **Comisión Consultiva** está regulada normativamente pero no está conformada y operativa. Sus funciones y constitución están recogidas en el reglamento de organización y funciones (ROF) de DEVIDA, que no establece qué agentes la han de componer.
- **Órganos de línea.**-
 - Dirección de Asuntos Técnicos (DAT): a cargo de la formulación, actualización y evaluación de la Estrategia nacional y el plan estratégico institucional, coordinaciones y convenios interinstitucionales, diagnósticos, promoción de los planes regionales, elaboración de líneas de base e indicadores de los diferentes programas, entre otras funciones de carácter técnico. Conduce además el Observatorio peruano de drogas.
 - Dirección de Promoción y Monitoreo (DPM), encargado de promover, articular y monitorear la ejecución de proyectos y actividades que conforman los Planes Operativos. Tiene a su cargo las Oficinas zonales. En esta Dirección se ubica el **Programa Presupuestal de Prevención y Tratamiento (PPPT)**⁷ que tuvo a su cargo el Programa SAVIA. Su Secretaría Técnica mantiene la coordinación con CICAD y es responsable del Memorandum de Entendimiento entre ambas organizaciones para la ejecución del Programa SAVIA en el país.
 - Dirección de Desarrollo alternativo, integral y sostenible.
 - Dirección de Compromiso global, responsable, en coordinación con el Ministerio de Relaciones Exteriores, de fundamentar la posición peruana sobre el problema mundial de las drogas, de participar en redes y foros internacionales y de promover el apoyo de la comunidad internacional (financiamiento y cooperación internacional).
- **Órganos desconcentrados.**- **Oficinas zonales.** Creadas 3 Oficinas zonales a finales de los 90 en zonas productoras de coca en donde se ejecutan acciones de desarrollo alternativo (San Martín, San Juan del Oro y La Merced). En 2007, DEVIDA pasó a contar con 7 oficinas desconcentradas, manteniendo el mismo número hasta 2014. Con un total de 26 Departamentos, DEVIDA tiene una estructura insuficiente para, como veremos, acompañar el trabajo con los Gobiernos Regionales. En este ámbito del fortalecimiento de DEVIDA, el Programa SAVIA no parece haber influido .
- El **Observatorio Peruano de Drogas**, dependiente de la DAT, es creado en Julio de 2005 siguiendo en su momento DEVIDA las recomendaciones de la CICAD/OEA. En diciembre de ese año fue

⁷ A partir del año 2012, DEVIDA implementa Programas Presupuestales con Enfoque de Resultados de acuerdo a la metodología y directivas establecidas por el Ministerio de Economía y Finanzas.

modificado el ROF (Reglamento de Organización y Funciones) de DEVIDA para permitir que el OPD se incluyese en su estructura organizativa.⁸

Como tal, no ha existido una **unidad encargada de acompañar los procesos de descentralización**, uno de los supuestos de trabajo del Programa SAVIA, sino que la labor que DEVIDA realiza en materia de RDD con las autoridades regionales y municipales del país es repartida entre el personal de sede del PPPT y los/as especialistas en prevención de las oficinas zonales.

Durante la visita del equipo evaluador se concretó un nuevo ROF de DEVIDA que implicaba los siguientes cambios organizativos y de estrategia institucional:

- Se crea la **Dirección de Articulación Territorial**, al mismo nivel que la DAT y la DPM. De esta nueva Dirección dependerían los tres Programas Presupuestales principales: Control de la oferta e interdicción, Desarrollo integral y alternativo, y Prevención y tratamiento.
- La DAT refuerza su rol estratégico de planeación, asistencia técnica y evaluación de la Estrategia nacional y el plan estratégico institucional.
- La DPM probablemente asumirá un rol más operativo, quizá relacionado con el monitoreo y evaluación de los Programas Presupuestales.

Esta nueva Dirección de Articulación Territorial tiene visos de aglutinar las medidas que impulsen el proceso de descentralización. Con ella se trataría de fomentar los espacios formales de coordinación regional, liderados por los Gobiernos Regionales. El coordinador regional sería un representante de la presidencia de los Gobiernos Regionales y contaría con el apoyo técnico de un representante zonal de DEVIDA. Por otra parte, se trataría de incrementar el número de oficinas zonales, algunas de ellas de ámbito pluri-regional.

En cualquier caso, tanto esta nueva Dirección, como la propia DEVIDA como órgano rector, afrontarían serias dificultades para extender y asentar el proceso de descentralización de las políticas de RDD. Como tal, es francamente mejorable y está fuertemente condicionado por un marco político-administrativo que avanza en la transferencia de competencias a nivel normativo hacia los gobiernos regionales y municipales, pero que no es acompañada de la transferencia de recursos suficiente, ni por el canal adecuado (ver apartado 2.5); todo ello en un contexto político de configuración de un modelo de Estado en el que la incompleta y lenta apuesta descentralizadora no consigue auparse ante el histórico centralismo del país (ver apartado 4.1).

1.3. Recursos humanos

En cuanto a **recursos humanos**, el equipo del PPPT a cargo de las acciones de RDD son aproximadamente 25 personas que trabajan y que realizan una labor de coordinación, de asistencia técnica, seguimiento y evaluación en 13 regiones a nivel nacional (de 26 existentes) y en 31 municipios locales, además del trabajo de acompañamiento de los proyectos y actividades propias que se impulsan desde DEVIDA: campañas, capacitación, formación...

Desde el PPPT se realizan visitas a regiones en las que no existe oficina zonal (con unas 7 salidas al mes, aproximadamente) para tratar de complementar la cobertura geográfica de las oficinas desconcentradas de DEVIDA.

Por su parte, en estas oficinas trabajan 12 ingenieros vinculados sobre todo a los programas de desarrollo alternativo. Desde el año 2000, las oficinas desconcentradas empezaron a contar con una persona especializada en prevención.

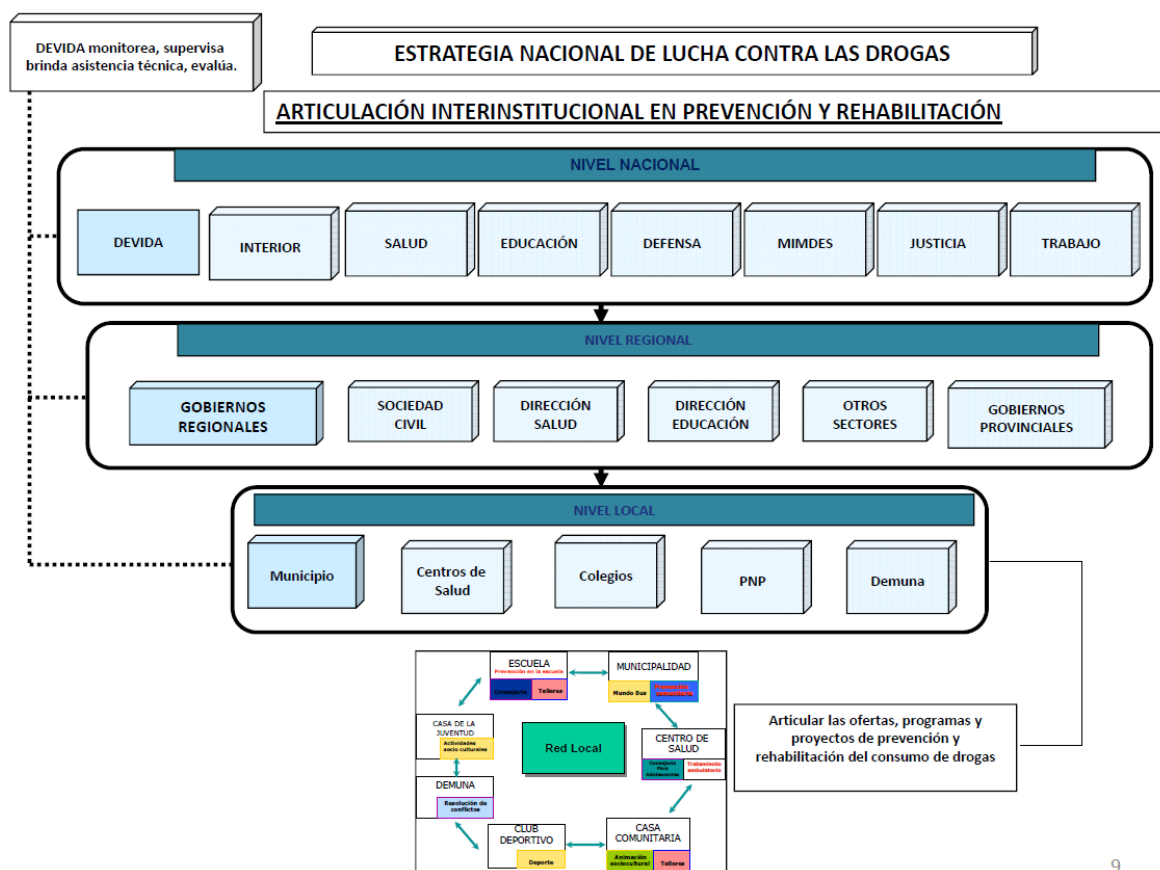
1.4. Mecanismos de coordinación inter-institucional

⁸ Fuente: Memoria de Gestión Institucional 2002-2006. DEVIDA. (pp.12 y 14).

Los principales espacios de **coordinación inter-institucional** serían el Consejo Directivo y el Comité Consultivo, este segundo no operativo. El primero funciona como espacio de información y toma de decisiones a nivel de Ministerios. En estos órganos de alta dirección no hay representación de los Gobiernos Regionales y de la Sociedad Civil Organizada. No obstante, durante el periodo 2002-2006, en el entonces Directorio de DEVIDA (precedente del Consejo Directivo) estaban representadas 2 alcaldías de la zona productora de coca y 3 miembros de la sociedad civil (2 representantes de productores de cultivo de coca y 1 representante del ámbito universitario de las zonas productoras de coca).

En aquel periodo 2002-2006, el Directorio se reunía de una manera más regular: 7 sesiones en 2003, 13 en 2004, 12 en 2005. En periodos posteriores, la secuencia fue la siguiente: 4 sesiones en 2007 y 2008, 7 sesiones en 2009, 5 en 2010 (2011, sin información), hasta llegar a las aproximadamente 2 reuniones anuales en la actualidad, según las entrevistas realizadas. Por su parte, el reglamento de organización y funciones de DEVIDA (ROF) estipula que el Consejo Directivo ha de reunirse al menos una vez al mes (Artículo 6).

En el marco de la nueva Estrategia nacional 2012-2016, el esquema de articulación interinstitucional en prevención y rehabilitación fue presentado en el Seminario Iberoamericano sobre Programas Locales de Formación e Inserción Laboral de personas drogodependientes (Cartagena de Indias, Colombia, noviembre 2012), y cuyo resumen se recoge en la siguiente gráfica.



De cara a la **coordinación inter-sectorial**, el actor principal con el que se alcanzan acuerdos en materia de prevención es el **Ministerio de Educación (MINEDU)**: inclusión en el marco curricular, tutorías de orientación, etc. El Plan Estratégico Institucional (PEI) de DEVIDA dedica uno de sus objetivos a fomentar las habilidades relacionadas con la prevención, trabajo en el que apoya al MINEDU en unas 350-400 escuelas de secundaria, principalmente del área urbana (225 a 300 mil estudiantes). Incluye

además otro objetivo relacionado con dinámicas extraescolares que aborden la prevención con familias de estudiantes.

Por su parte, en el ámbito del tratamiento y la rehabilitación, el actor principal para los acuerdos es el **Ministerio de Salud (MINSA)**, con quien –como veremos- el PEI de DEVIDA invita reiteradamente a coordinarse en este ámbito de actuación, articulándose con el Plan Nacional de Salud Mental. En este campo, DEVIDA reporta unos 8.000 usuarios atendidos con recursos del MINSA y/o de las regiones que asumen el ejercicio de esta competencia. La implementación de servicios de atención ambulatoria en adicciones descansa en una red a todas luces insuficiente de 17 servicios en el primer nivel y 6 servicios de atención en el segundo nivel.

1.5. Recursos financieros

El **presupuesto** de DEVIDA ha ido incrementándose en la última década, con un impulso sustancial en el periodo 2008-2010. Multiplicándose por 20, se pasa así en 2006 de unos 50.000US\$ a unos 300.000US\$ en 2007, hasta alcanzar el millón de dólares en 2013. A esto hay que añadir un reciente recorte de presupuesto en el 2014.

El reparto entre las áreas de DEVIDA se realiza internamente a partir de un techo presupuestario acordado con el Ministerio de Economía y Finanzas. Los indicadores de producción de coca conducen a una asignación interna mayor a otras áreas. Esto es, el área de prevención es la tercera y última en las prioridades presupuestarias. El PPPT es el que menos recursos económicos tiene asignados en el Pliego de DEVIDA. Por ejemplo, para 2014 el programa de desarrollo alternativo que trabaja en las zonas de cultivos ilícitos tenía asignados 120 millones de soles, superando con mucho al programa de prevención y rehabilitación, que tuvo 14 millones de soles asignados (8,5 veces menos). Por su parte, el presupuesto de DEVIDA para el área de control de la oferta e interdicción se encuentra en la línea del de prevención, pero en este caso es el Ministerio del Interior quien aporta la financiación sustancial.

En 2008, el 80% de la financiación correspondía a la cooperación internacional. En 2014, los números han dado la vuelta, siendo la parte gubernamental el 80% del total.

En general, tanto esa tendencia incremental en el presupuesto de DEVIDA, como el bajo peso relativo que tiene el eje de prevención y tratamiento respecto de los demás ejes de actuación, se corresponde también con la panorámica del global de gastos de las entidades del estado implicadas en la lucha contra las drogas, en la que está incluida DEVIDA (ver en Tabla siguiente la evolución del montante de gastos gubernamentales por años y estrategias de intervención). Este incremento de los gastos gubernamentales ha permitido compensar la reducción de la ayuda vía cooperación internacional.

Gastos gubernamentales directos – Periodo 2002 al 2010, por estrategias de intervención (Mill. US\$)

Estrategia	Años									TOTAL
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Desarrollo alternativo	1.0	3.0	6.3	6.0	6.7	4.9	12.5	5.5	16.9	62.8
Interdicción	8.8	16.4	14.2	12.0	14.2	22.5	46.5	75.2	74.2	284.0
Prevención y Tratamiento	1.1	0.5	0.6	1.4	2.2	3.3	9.7	4.1	11.8	34.7
Planeamiento Institucional	2.5	2.7	2.6	3.4	2.4	2.8	2.9	2.7	3.1	25.1
TOTAL GENERAL	13.4	22.6	23.7	22.8	25.6	33.5	71.6	87.5	105.9	406.6

Fuente : Estudio del costo social y económico del consumo de drogas en el Perú, pp. 56, DEVIDA

Por lo tanto, DEVIDA cuenta con recursos estables, aunque las prioridades en materia de seguridad y lucha contra la oferta de drogas en el país hacen que destine la mayor parte de los recursos a la interdicción y desarrollo alternativo. Asimismo, el aumento de la producción de hoja de coca en Perú ha

llevado a destinar aun mayor cantidad de recursos a estas áreas en detrimento de las áreas de prevención y tratamiento.

*

Como **resumen**, podríamos afirmar que el incremento de capacidades de DEVIDA ha estado sobre todo vinculado al incremento de **presupuesto** iniciado en 2006, lo que ha permitido a la organización y al PPPT en particular disponer de más **personal**. La participación en SAVIA, en todo caso, ha tenido un valor de *lobby* interno, en tanto que los compromisos adquiridos en los sucesivos Memorandum de Entendimiento con CICAD servían al PPPT como un elemento interno de presión para comprometer recursos que dieran respaldo nacional al compromiso internacional adquirido.

II. Política y marco programático en materia de drogas

2.1. Plan o estrategia nacional en materia de drogas

Coincidiendo con su constitución, DEVIDA lanza su primer **plan estratégico plurianual**, la Estrategia Nacional Contra las Drogas 2002-2006. Dado su carácter multisectorial, el Decreto Supremo de aprobación estableció que el financiamiento se efectuase a través de los distintos Ministerios en función de su ámbito de competencia, complementándose con los recursos de la cooperación internacional.

Lo más relevante de la siguiente Estrategia 2007-2011 fue que incorpora referencias a la descentralización que no estaban en la Estrategia anterior.

En la actualidad está en vigor la tercera Estrategia nacional para el periodo 2012-2016, que sucede a la anterior 2007-2011. En ella ha sido incluida una referencia a trabajar de manera coordinada con la sociedad civil, aspecto que no se visualizaba completamente en los anteriores documentos de política nacional.

El **objetivo principal** de la Estrategia nacional 2012-2016 se define primando la perspectiva de reducción de la producción (oferta), con mención a los productores de cultivos ilegales, sobre la perspectiva de los consumidores de drogas o de prevención del consumo (demanda).

Objetivo Estratégico General de la Estrategia nacional 2012-2016 (p.45)

Reducir drásticamente y sosteniblemente el tráfico ilícito y el consumo de drogas, y sus negativos efectos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales, incorporando a los productores de cultivos ilegales a la economía lícita.

Los indicadores son establecidos a nivel de los tres objetivos estratégicos, estando los relacionados con el objetivo de prevención y rehabilitación referidos a: a) la prevalencia del consumo de droga entre la población en general; y b) la prevalencia del consumo de droga entre la población escolar (secundaria). En ambos casos, se diferencia entre drogas legales e ilegales.

Por su parte, DEVIDA, en tanto entidad pública descentralizada, orienta su accionar a partir de un **Plan Estratégico Institucional** (PEI). En el PEI 2008-2011 destacaba la mención a la descentralización como uno de los Objetivos Estratégicos, cuyas medidas principales serían:

Objetivo Estratégico General 2: Descentralizar las acciones de lucha contra las drogas

- Objetivo Estratégico Parcial 2.1: Generar capacidades en los Gobiernos Regionales y Locales para la implementación de los Programas de Prevención, Desarrollo Alternativo y Cuidado del Medio Ambiente e Interdicción.
- Objetivo Estratégico Parcial 2.2: Transferir a los Gobiernos Regionales y Locales las funciones ejecutoras de los Programas de Prevención, Desarrollo Alternativo y Cuidado del Medio Ambiente

El PEI 2008-2009 fue actualizado en noviembre de 2009 dando lugar al documento Actualización del PEI 2008-2011, reduciéndose de 5 a 3 los objetivos principales. En esta actualización, el peso a las metas relacionadas con la descentralización de acciones de lucha contra la droga parece haber girado hacia una acción coordinada del Estado.

PEI 2008-2011	Actualización del PEI 2008-2011
1. Fortalecer a DEVIDA como ente rector del Sistema Nacional de Lucha contra las Drogas.	1. Avanzar en la conducción coordinada del Estado en torno a la lucha contra las drogas.
2. Descentralizar las acciones de lucha contra las drogas	2. Mejorar la eficacia de los programas y proyectos de lucha contra las drogas.
3. Conducir la Estrategia Nacional de Lucha contra las drogas 2007-2011.	3. Establecer en DEVIDA un modelo de gestión eficiente para la lucha contra las drogas
4. Generar conciencia en la población sobre la problemática de las drogas.	
5. Lograr un mayor compromiso de la comunidad internacional en la lucha contra las drogas.	

2.2. Consolidación del marco programático

Tanto la Estrategia nacional que afecta a todos los actores, como el PEI que guía a DEVIDA parecen mecanismos programáticos consolidados.

A partir de esta actualización del PEI 2008-2011, el equipo del PPPT ha ordenado su labor en torno a 8 resultados, con sus respectivos 8 programas/productos. Entre ellos: Prevención estudiantes (habilidades, nivel de secundaria y sobre todo en entornos urbanos); Prevención familias; Información a población general sobre riesgos del consumo; Atención a población consumidora dependiente; Violencia familiar/sexual asociada al consumo de drogas; y Comunidad organizada.

2.3. Relevancia de SAVIA en la creación y renovación de las políticas de drogas

Tanto las estructuras rectoras, como los documentos que rigen la política de drogas del país estaban ya conformados y precedieron a la implementación de los proyectos relacionados con el Programa SAVIA, incluido el primer proyecto de Descentralización 2003-2005. En aquel entonces, DEVIDA acababa de ser relanzada a partir del programa CONTRADROGAS ubicada a nivel de Presidencia de Consejo de Ministros y tenía su propia política de desconcentración a través de unas pocas oficinas zonales (ver apartado 1.1 y 1.2).

Tampoco parece haber tenido SAVIA un papel relevante en la renovación y actualización de dichas políticas nacionales, que seguía la mecánica marcada por el planeamiento nacional.

Es en la creación de ordenanzas en materia de prevención y rehabilitación a nivel de Gobiernos Regionales en donde SAVIA parece haber tenido un papel más relevante. Como veremos, el proyecto Descentralización – Ampliación (2005-2007) y su proyecto precedente (2003-2005) facilitaron una serie de encuentros inter-regionales (años 2005 y 2006) que, de alguna manera, permitieron poner en tema de la RDD en la agenda política regional (ver apartado 3.3.). Con todo, una vez más, el compromiso no llegó a nivel de movilización de recursos, faceta de la competencia regional que tampoco facilita la centralización de estas transferencias por parte del Estado.

2.4. Enfoque y abordaje en materia de drogas en la política o estrategia nacional

En cuanto al **enfoque de RDD**, según las responsables del PPPT, su eje tiene como objetivo estratégico disminuir el consumo de drogas a nivel nacional a través principalmente del desarrollo de la estrategia de

prevención y de rehabilitación en los diferentes ámbitos y espacios de interacción con la personas, con la comunidad, con la familia.

DEVIDA no tiene un componente o estrategia de manera explícita en relación a mitigación o **reducción de daño**.

Más recientemente, se ha venido trabajando de manera transversal y 'aterrizando' en un componente relacionado con el trabajo **comunitario** (ver más adelante las referencias al proyecto en Ventanilla, El Callao).

En la **Estrategia nacional 2012-2016**, el objetivo referido a RDD (denominado de Prevención y Rehabilitación) enfatiza la perspectiva de **prevención y factores protectores**, lo cual es positivo porque amplía la visión sobre las campañas preventivas generalizadas ⁹. Como veremos, esto no es del todo coherente con la estrategia seguida por los proyectos apoyados directamente a nivel local.

Objetivo Estratégico de Prevención y Rehabilitación (p.45)

Disminuir el consumo de drogas a nivel nacional a través de intervenciones preventivas y terapéuticas que fortalezcan el desarrollo personal y generen espacios protectores en la comunidad, familia y escuela, en un trabajo articulado entre los niveles de gobierno central, regional, local y la sociedad civil.

En un tercer y cuarto nivel, esta línea de prevención y rehabilitación se desagrega en 5 **Objetivos específicos** con sus respectivas Líneas de acción (pp.50-53). Dos de estos objetivos (el 2º y 3º) están referidos a prevención, y atención a personas consumidoras, mientras que el 1º plantea el propósito de articulación y alianzas inter-institucionales.

Objetivo específicos dedicados a:

1º) **articular** e integrar los tres niveles político-administrativos y con la sociedad civil. Líneas de acción: *alianzas estratégicas*.

2º) la **cobertura** de los programas de **prevención**. Líneas de acción: a) *ámbitos familiar*, b) *educativo*, c) *universitario*, d) *comunitario y laboral*.

3º) los programas de **atención a personas consumidoras y dependientes**, integrando dichos programas en el **Sistema de Salud**. Líneas de acción: a) *normatividad*, b) *oferta pública de servicios*, c) *acuerdos con servicios privados*, d) *intervención en consumo del alcohol y otras drogas asociados a la violencia familiar*, e) *a niños y menores*, f) *a adolescentes infractores* y g) *a población penitenciaria*, y –por último- h) *desarrollar estrategias de reinserción social* en los programas de *tratamiento y rehabilitación públicos y privados que faciliten la integración a la sociedad*.

4º) la **conciencia** sobre el riesgo de consumo de drogas y rechazo al tráfico de drogas. Líneas de acción: *campañas*, *servicios de información, orientación y escucha*, entre otras.

5º) un sistema de **información multisectorial** para la prevención y rehabilitación. Líneas de acción: *generación e intercambio de información de calidad; estudios e investigaciones, y su aplicación en los programas y políticas*.

Así, el propósito de **integración y reinserción** está integrado en "los programas de atención a personas consumidoras y dependientes, integrando dichos programas en el **Sistema de Salud**", recogido como la última de las ocho Líneas de acción de este objetivo. Por su parte, es en la explicación introductoria del eje de prevención y rehabilitación que se menciona la idea "procesos integrales" y de "optimizar su desempeño social", al tiempo que se indica el "respeto a los **derechos humanos**" en el marco de las actuaciones terapéuticas, enfoque de derechos que no es operativizado en los objetivos y líneas de acción subsiguientes.

Definición de los ejes principales: Prevención y rehabilitación del consumo de drogas (p.43)

⁹ Según evidencias empíricas, el consumo parece estar más relacionado con factores de cohesión social de una comunidad que con la concienciación acerca de los riesgos del consumo de droga. Es decir, "se suele observar menores niveles de consumos problemáticos allí en donde hay fuertes 'factores de protección', como estrechos vínculos familiares, una sólida cohesión comunitaria, igualdad económica y buenas oportunidades de educación y empleo". (Fuente: Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas, *Guía sobre políticas de drogas del IDPC, Resumen ejecutivo*, p.5. <https://dl.dropboxusercontent.com/u/64663568/misc/Executive-Summary-Spanish.pdf>)

(...) Respecto al tratamiento y rehabilitación, se consideran estos como procesos integrales que buscan restablecer en las personas el potencial físico y mental que ha sido afectado por la dependencia de las drogas, de modo tal que pueda optimizar su desempeño personal y social. Las estrategias e intervenciones se estructuran desde un enfoque biopsicosocial – espiritual para lo cual se utilizarán diversas estrategias y técnicas terapéuticas en el marco del respeto a los derechos humanos

El enfoque de **salud pública** está presente en objetivo específico 3 arriba resumido referido a la atención a personas consumidoras y dependientes. En todo caso, la estrategia choca con la realidad. Es claro que existe un déficit alarmante respecto a la cobertura de tratamiento y rehabilitación. La red pública que podría dar servicios se cifra en 177 centros ambulatorios y 3 centros hospitalarios con unidades de tratamiento. Se estima que existen entre 32 mil y 45 mil dependientes de drogas cocaínicas (IV Encuesta nacional, 2010), disponiendo el Estado en 2004 de unas 1.000 camas para la atención de todos los problemas de salud mental, de las cuales en 2011 solo 200 camas eran para la atención específica de drogas (ratio: 1 cama para cada 180 dependientes), y no existiendo ninguna para tratar a mujeres en caso de adicciones..

Por último, a pesar de este último dato, no hay una inclusión de un **enfoque de género** y sus medidas correspondientes en el ámbito de la RDD de la Estrategia nacional. Por el contrario, es el eje de Desarrollo Alternativo Integral Sostenible el que menciona la idea de “Considerar la perspectiva de género en las acciones de desarrollo e inclusión” (Línea de acción e) del Objetivo específico 3).

Ahora bien, a diferencia de la Estrategia nacional la **sensibilidad de las autoridades** ante el tema de las drogas [PE3.2.], de existir, es una preocupación en términos problemáticos, no de salud ni de derechos humanos o integración: se aborda generalmente desde un enfoque de seguridad ciudadana, o incluso punitivo, que concuerda con estudios recientes a nivel de país y de la región (ver recuadro). En algunas localizaciones visitadas, no parecían reunirse las condiciones de trabajo que el propio SAVIA se había marcado como objetivo en los primeros proyectos de Descentralización. Como veremos (ver apartado 3.3), avanzar a nivel de ejecución de proyectos locales sin darse estas condiciones de implicación y sensibilidad política merma la posibilidad de efectos mayores, de encaje en una estrategia de acción social mayor de la municipalidad y de sostenibilidad de la iniciativa misma, al incrementarse las posibilidades de no sostenerse la cofinanciación local y la disponibilidad de recursos a futuro.

América Latina tropieza en el camino a políticas de drogas basadas en la salud - James Bargent

Se ha logrado un consenso en América Latina acerca de que el consumo de drogas debería ser tratado como un problema de salud y no una cuestión penal. Pero, ¿esta retórica ha convertido en una realidad en el terreno?

Un informe realizado por el Consorcio de Investigación sobre Drogas y Legislación (CEDD) analiza los **enfoques estatales hacia consumo de drogas en América Latina**, encontrando que a pesar de los recientes cambios en la actitud del gobierno, las medidas punitivas adoptadas por el sistema de justicia penal siguen siendo la norma, incluso en países donde el consumo de drogas no es ilegal.

Según el CEDD, la **criminalización** estigmatiza a los consumidores de drogas y viola sus derechos fundamentales, como el derecho a la salud, la información, la autonomía personal y la autodeterminación. Tiene poco impacto en los niveles de consumo, mientras que consume apreciados recursos del Estado.

Sin embargo, la penalización sigue siendo el paradigma dominante en los países que el informe examina, donde las reformas legales y pide un nuevo enfoque han luchado para hacer un impacto en las calles, así como en las salas de los tribunales y las prisiones.

Perú

Tanto el Estado como la sociedad civil son extremadamente conservadores y restrictivos en la política de drogas, al tiempo que la policía y el poder judicial habitualmente toman una línea dura hacia el consumo de drogas, de acuerdo con la CEDD. El uso personal no es punible con arreglo al Código Penal, y se han introducido directrices legales que distinguen entre el uso y la oferta. Sin embargo, los umbrales son bajos y cualquier persona que los supere es tratada como un distribuidor o traficante. El informe señala que la policía

peruana menudo añade drogas a los usuarios para que superen el umbral, o piden sobornos a cambio. Según el CEDD, el gobierno evita la responsabilidad de la **prevención y el tratamiento, que se deja casi en su totalidad en manos privadas** apenas reguladas apenas.

Respecto al **Programa SAVIA**, hay una identificación de principios de **género** en la formulación del programa. Se desagregan datos y se ha asumido la no exclusión de las mujeres en ninguno de los programas, que no la implicación igualitaria. En algunos casos concretos, se han diseñado actividades específicas. Sin embargo, no hay una caracterización suficiente de la problemática en mujeres. Los ejecutores en terreno señalan atender menos mujeres porque estas se acercan menos al problema y una menos identificación de casos de consumo problemático en mujeres que en hombres. Este dato, si bien ha determinado la oferta de servicios (a razón de la demanda efectiva) no puede utilizarse como válido para todo el universo poblacional, y son necesarios más análisis al respecto.

El criterio de **derechos humanos** es menos claro, dado que el consumo de drogas, como señalábamos, es abordado especialmente desde un punto de vista de “una amenaza a la seguridad” de las comunidades. Asimismo se le considera esencialmente un problema juvenil. Esta generalización supone dos riesgos: la negación del ejercicio de derechos humanos y sociales a los adictos, y la criminalización de estos y de la juventud en general.

En resumen, respecto a las intervenciones locales que el proyecto apoyó, se echa de menos una visión más amplia y diferenciada del problema de las drogas en la que se aborden también los derechos del adicto y de los jóvenes. Y un análisis crítico de la relación con la comunidad.

2.5. Prioridad asignada al proceso de descentralización

En cuanto al proceso de **descentralización** entre los distintos niveles de la administración (central-regional-municipal/local), es necesario primero comentar cómo articula su presencia DEVIDA en las regiones y municipios.

DEVIDA ejecuta actuaciones directas de su PPPT a través de sus oficinas zonales. En 2008 actuaba en 9 regiones, 5 municipios del área de Lima y en otras 4 regiones del interior. En 2010, pasa a actuar 10, y en 2011 en 17 regiones. En la actualidad el PPPT actúa en 13 regiones de las 26 existentes y en 31 municipios. Esta presencia es parte de un proceso de **desconcentración**, esto es, de despliegue de los recursos de DEVIDA en otras zonas del país, tanto a través de las visitas de su personal de sede en Lima, como de la creación de las oficinas zonales o desconcentradas.

Entre los criterios/condiciones para apoyar a los municipios se prima: los datos de prevalencia del consumo y las brechas de cobertura y atención, pero es muy patente la necesidad de que exista una clara demanda de apoyo de la autoridad local ante DEVIDA y, con base esa voluntad política, también detentar una mínima capacidad de gestión.

En cuanto al proceso propiamente de **descentralización de las políticas de drogas** (esto es, el traslado de competencias, recursos y capacidades para la actuación de las entidades sub-nacionales en la lucha contra la droga de manera coordinada con DEVIDA y coherente con la Estrategia nacional), éste ha de interpretarse en el contexto político y legal del país a inicios del siglo XXI, un país que celebró las primeras elecciones regionales en 2002.

En el periodo 2003 a 2007, coincidiendo con los dos proyectos de descentralización de CICAD/AECID (el primero de ellos no incluido en los TdR de la evaluación), el país estaba inmerso en un proceso de **descentralización político-administrativa**, cuyo desarrollo normativo en relación con drogas y salud se resume en la siguiente tabla.

A. Ley de Bases de la Descentralización, N° 27783 (2003)

Desarrolla el Capítulo de la Constitución Política sobre Descentralización, que regula la estructura y organización del Estado en forma democrática, descentralizada y desconcentrada, correspondiente al Gobierno Nacional, Gobiernos Regionales y Gobiernos Locales.

B. Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, N° 27867 (2003). Funciones en materia de salud:

(i) Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.

(ii) Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud.

C. Ley Orgánica de Municipalidades, N° 27972 (mayo 2003). Dentro de las competencias y funciones específicas de los Gobiernos Locales, se incluye la prevención, rehabilitación y lucha contra el consumo de drogas:

(I) Promover programas de prevención y rehabilitación y conformar COMULS

(II) Organizar comités multisectoriales de prevención del consumo de drogas.

Concretamente el Artículo 73 numeral 7, establece en como materias de competencia municipal la “prevención, rehabilitación y lucha contra el consumo de drogas” a través de la promoción de “**programas de prevención y rehabilitación** en los casos de consumo de drogas y alcoholismo”. Además establece que “a iniciativa de la municipalidad se podrán **organizar comités multisectoriales de prevención del consumo de drogas**, con la participación de los vecinos, con la finalidad de diseñar, monitorear, supervisar, coordinar y ejecutar programas o proyectos de prevención del consumo de drogas y de conductas de riesgo en el ámbito local, pudiendo contar para ello con **la asistencia técnica de la Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA.**”

En ese sentido, podemos afirmar que se daban las **condiciones legales** que acompañarían el proceso de descentralización que SAVIA quería impulsar en sus primeros proyectos. [PE3.2] También existían tales condiciones a nivel de:

- a) Planeación estratégica de DEVIDA, como hemos visto en el apartado 2.1. El objetivo estratégico del PEI de DEVIDA referido a prevención y rehabilitación es el único de los tres que apela a la necesaria articulación entre los tres niveles de gobierno (central, regional y local) y la sociedad civil; no así los referidos a Control de la oferta y a Desarrollo alternativo);
- b) Estrategias nacionales, si bien en este caso, las referencias pasarían por crear un “sistema de prevención del consumo de drogas integrando al 100% de los gobiernos regionales, y articulando a los gobiernos locales, los organismos del estado y la sociedad civil”¹⁰, sistema que bien pudiera ser centralizado o descentralizado.

En todo caso, **ni las Estrategias ni las condiciones legales estuvieron acompañadas de las medidas y transferencias de recursos necesarios**, lastrando una descentralización efectiva (sobre estas condiciones del contexto político-institucional del país, ver apartado 4.1).

En último término, DEVIDA es un órgano **rector** que aspira a generar marcos normativos pero con unas **competencias y capacidad limitada frente a otras instituciones** (ministerios y gobiernos regionales), lo cual lleva a que centre su acción en la ejecución directa con algunos entes municipales

En cualquier caso, se **dieron pasos positivos** a destacar. Las relaciones de DEVIDA a nivel regional y municipal en materia de RDD han evolucionado de la siguiente forma:

2.5.1. Descentralización a nivel regional

En el marco de la política de descentralización de políticas sectoriales en el que estaba inmerso el país, durante el 2007 se promovió la inclusión de estrategias y acciones concertadas en favor de la lucha contra las drogas en los planes regionales y locales. Es así que en ese año, y con base a que por primera vez se conoce de manera individual la problemática del consumo de drogas en cada una de las regiones del país, se buscó el compromiso de diversas autoridades regionales para trabajar de manera

¹⁰ Tal y como refiere una de las siete metas generales de los tres objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional 2002-2007 (p.29)

conjunta y enfrentar el problema, principalmente en las regiones donde se registran los mayores niveles de consumo de drogas entre sus escolares.

En este contexto DEVIDA inició una serie de visitas a las regiones del país para sensibilizar y crear conciencia a nivel de autoridades regionales y locales, obteniendo como resultado la elaboración intersectorial de 5 Planes Regionales en Prevención y Tratamiento de drogas¹¹. En 2008, DEVIDA logra transferir recursos a 4 de estos 5 Gobiernos Regionales con el propósito de fortalecer las acciones programadas en los Planes. Asimismo, brinda asistencia técnica para el diseño de planes anuales y actividades de prevención y tratamiento a otros 5.

Este acercamiento regional, como veremos, es continuación de los encuentros inter-regionales realizados en 2005 durante la ejecución del proyecto de Descentralización 2003-2005 y replicados en 2006 en la segunda fase de dicho proyecto (Descentralización – Ampliación, 2005-2007), eventos que según el personal de DEVIDA tuvieron una gran influencia, por ser los primeros, en aproximar a DEVIDA y las entidades sub-nacionales (ver apartado 3.3.)

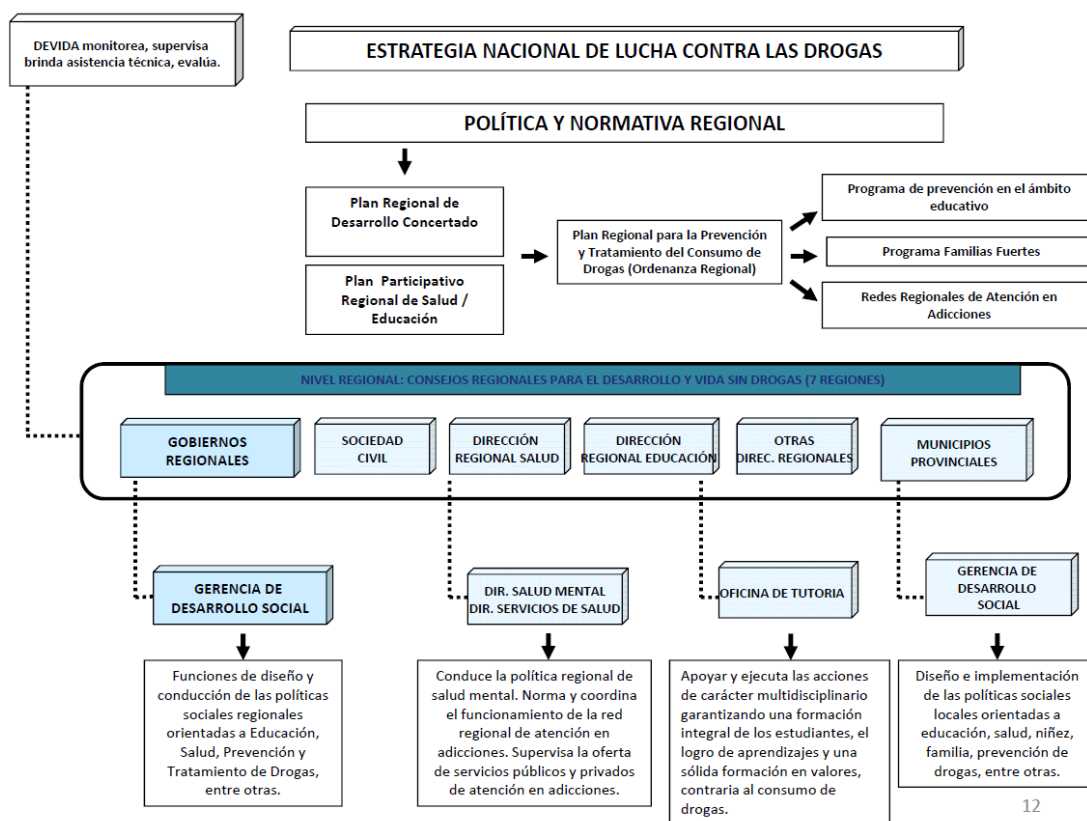
En la actualidad, hay conformados 8 Consejos Regionales de Prevención y Tratamiento (Ancash, Arequipa, Lambayeque, La Libertad, Huánuco, Ica, Puno y Tacna) de los 26 posibles, aproximadamente la mitad de ellos no operativos en la actualidad. En este nivel, se ha logrado en varias regiones contar con una Ordenanza regional pero, por lo general, no se ha producido el acompañamiento presupuestario correspondiente. **EC1.3.**

En la actualidad, DEVIDA trata de incidir en los órganos que pueden asumir cierta responsabilidad en materia de prevención y tratamiento de drogas. Se centra, sobre todo, en representantes de los Gobiernos Regionales en materia de salud y educación, siendo generalmente el punto focal la Gerencia de Asuntos sociales. La finalidad es ampliar los Consejos Regionales en Prevención y Tratamiento en el seno de los cuales habrían de acordarse planes regionales que coordinen las actuaciones en RDD de los múltiples actores y en concordancia con la Estrategia Nacional contra las Drogas, las Regulaciones Nacionales y los Convenios Internacionales.¹²

El esquema ideal de actuación regional estaría representado en la gráfica siguiente.

¹¹ Fuente: Memoria de Gestión Institucional 2009. DEVIDA. (p.10).

¹² A este respecto, hay que remarcar que frente al intento de los gobiernos regionales de Cusco y Huanuco de establecer zonas de cultivo legal de coca, en 2005 el Tribunal Constitucional declaró tales **Ordenanzas inconstitucionales**, estableciendo que la **competencia para regular** la política de lucha contra las drogas le corresponde al Poder Ejecutivo exclusivamente, y no a los Gobiernos Regionales.



2.5.2. Descentralización a nivel [municipal o local](#)

En el **nivel municipal o local** DEVIDA brinda soporte a los municipios pero también apoya y financia intervenciones municipales directas con la población. En el marco de la Ley Orgánica que regula las competencias municipalidades en materia de RDD (Artículo 73, inciso 7), actúa en 31 municipios brindando asistencia técnica e información, e impulsando la constitución de los Comités Multisectoriales en Prevención y Tratamiento (COMUL). DEVIDA ya venía trabajando en la conformación de COMUL desde 2002 y logra más tarde que esta figura se incorpore a la Ley Orgánica municipal. Por aquellos años, DEVIDA contaba con cooperación internacional adicional (**Programa de la Cooperación Belga**) para trabajar en el desarrollo de los COMUL (ver siguiente apartado 2.6). En la actualidad, hay 15 COMUL en Lima y 17 en el resto del país [EC1.3].

Por otra parte, DEVIDA también brinda apoyo técnico y financiero directo a los municipios para el desarrollo de proyectos locales, generalmente de prevención. Lo hace en 32 distritos, barrios o asentamientos humanos, proyectos con un enfoque sobre todo prevención general.

En este nivel municipal, en algunos casos se han producido avances en términos de Ordenanzas que den una cobertura normativa e impulso a las actividades de RDD (generalmente, prevención universal). Según las responsables de DEVIDA, son ejemplos muy puntuales que se dan en gobiernos locales con mejores condiciones y capacidades, es decir, Lima y aquellos municipios distritales que tienen mayor recaudación fiscal.

Con la firma de acuerdos con los municipios y la elaboración de Planes Operativos anuales, DEVIDA no solo realiza el acompañamiento técnico, sino también la transferencia de fondos a los municipios bajo una fórmula que exige cierta cofinanciación local. Las responsables de DEVIDA reconocen que este planteamiento de asumir la transferencia de fondos no puede ser extensiva ni aplicarse si la cobertura de DEVIDA se va ampliando cada vez más. Se reconoce que la competencia en materia de prevención y la conformación de COMUL está reconocida por ley a nivel municipal, pero que la pobre

movilización de recursos por las alcaldías conduce a DEVIDA a esta fórmula de financiación con cargo a su presupuesto.

Por lo tanto, si bien esta ley transfiere la competencia a los municipios, éstos no cuentan con una línea presupuestaria ajustada a todas las competencias que se les han transferido. En Perú el proceso de descentralización en esta materia instituye una relación directa entre DEVIDA y los municipios. En esta relación las regiones no juegan un papel relevante ni sirven de sistema de transmisión del poder, las competencias y los presupuestos en los diferentes niveles del Estado.

Así, una institución del nivel central como DEVIDA, se coordina o se espera que se coordine directamente con los municipios. Dadas las capacidades limitadas, tanto en materia de personal como presupuestarias, la institución no es capaz de coordinar políticas con todos los municipios del país, solo lo hace con aproximadamente 30 de ellos y más concentradamente en el área metropolitana de Lima (provincias de Lima y El Callao). Esta relación directa entre el nivel central institucional y los municipios resulta una forma de descentralización poco habitual y cuya capacidad institucional no ha sido probada.

Si bien el proceso de descentralización política que impulsaba el país tenía el propósito de fortalecer a los gobiernos locales, a día de hoy una dificultad sigue siendo la institucionalidad local. Orgánicamente, existe la estructura municipal que habría de asumir las competencias en materia de drogas, generalmente la Gerencia de Servicios Sociales y/o Salud. Pero no suelen reunirse las condiciones, que fueron resumidas en: a) otorgar prioridad a la temática de drogas; b) disponer de recursos formados; c) disponer o asignar presupuesto; e) contar con un modelo de intervención definida (no caer en el "activismo"). Un factor limitante añadido es la alta rotación de personal y funcionarios/as municipales

2.6. Complementariedad del Programa SAVIA con otras actuaciones

SAVIA complementa, si bien con un peso no demasiado significativo, el **plan de trabajo y otras actuaciones que DEVIDA** promueve en términos de prevención del consumo de drogas a nivel municipal. Como nota de la relevancia de las actuaciones de SAVIA a través de los 4 proyectos municipales apoyados hasta la fecha por un importe aproximado de menos de 80.000 US\$ (comentados más adelante), baste recordar que el PPPT actuó en 32 localidades (15 Lima Metropolitana y 17 en el resto del país), a los cuáles destinó en 2013 unos 2.1 millones de US\$ (6 millones de soles).¹³

En relación con **otras agencias de cooperación**, la principal complementariedad se produce con el programa de la cooperación belga. Su programa de prevención y rehabilitación culminó en 2012 su fase segunda, en la que invirtió unos 2,3 millones de euros.¹⁴

El programa belga prioriza dos de estos ejes: la prevención y la rehabilitación, a través de la generación de programas orientados a la protección de la población de los niños, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad al consumo de drogas; y al fortalecimiento y ampliación de la oferta de atención pública y privada de calidad, dirigida a las personas con problemas de abuso y dependencia.

El Programa se compone de 4 resultados: 1) Fortalecer las competencias del personal de DEVIDA para formular, ejecutar y evaluar las políticas y programas orientados a la prevención y tratamiento del consumo de drogas; 2) Fortalecer el Observatorio Peruano de Drogas (OPD) como referente en la gestión de información sobre la reducción de la demanda de drogas y tratamiento; 3) Diseñar y establecer sistemas locales de prevención y tratamiento en los ámbitos subnacionales, con el fin de

¹³ Ver <http://roissperu.wordpress.com/2013/04/26/devida-destinara-mas-de-seis-millones-de-soles-a-municipalidades-para-prevenir-el-consumo-de-drogas/>

¹⁴ Memoria del "Programa de prevención del consumo de drogas y rehabilitación de toxicómanos DEVIDA - CTB Fase II" disponible en http://www.devida.gob.pe/images/documentacion/CTB-Prevencion/Memoria_DEVIDA-CTB_FaseII.pdf.

validar las políticas y programas de DEVIDA; y 4) Fortalecer las políticas y programas de prevención y rehabilitación del consumo de drogas a nivel nacional.

El programa **focalizó** sus actuaciones en tres regiones, Ayacucho, La Libertad y El Callao, en las que ha contribuido al diseño de Planes Regionales.

2.7. Papel de los municipios en la política/plan nacional

En la confección de la Estrategia nacional 2012-2016 hay un apartado que establece la correspondencia entre cada uno de los Objetivos específicos de los 3 programas (Desarrollo alternativo, Control de oferta, y Prevención y rehabilitación) y las entidades del Estado responsables. Esto supuso una novedad respecto a la Estrategia 2007-2011. Si bien ésta ya apelaba al definir su carácter multisectorial a “incorporar de manera decisiva a los gobiernos regionales y municipales”, lo hacía especialmente en referencia a las zonas de cultivo ilícito.

En la Estrategias 2012-2016, más allá de ubicarlos bajo la categoría de “responsables” no figura qué papel principal desempeña cada uno de los actores, ni los órganos centrales del estado mencionados en cada objetivo, ni las entidades regionales y municipales.

Por su parte, DEVIDA es el único actor responsable del objetivo en materia de prevención y rehabilitación referido a “Establecer mecanismos que integren el nivel nacional, los gobiernos regionales y gobiernos locales y la sociedad civil para un trabajo articulado, permanente e institucionalizado de prevención y rehabilitación del consumo de drogas”, aclarado al pie de página que se realiza “con la participación de todos los niveles del gobierno”.

Por lo tanto, en general la Estrategias nacional, aun cuando llegan a mencionar a las entidades subnacionales (gobiernos regionales, gobiernos municipales y hasta mancomunidades), lo hace, sin aginar roles o indicar qué tipo de responsabilidades tienen, más allá del marco normativo legalmente aprobado (ver apartado 2.5).

Esta evaluación no ha podido conocer si se ha avanzado en **regular por ley las atribuciones y relaciones funcionales entre DEVIDA y el resto de entidades gubernamentales** del sistema de lucha contra las drogas, tal y como demandaba la Actualización de PEI 2008-2011 de DEVIDA.

III. Ejecución del Programa SAVIA, diseño, actividades y productos

3.1. Origen de las relaciones del Programa SAVIA con el país (demanda/oferta).

El origen de las relaciones del Programa SAVIA con las CND de cada uno de los países se remonta al trabajo desarrollado por CICAD en la región desde 1996. Más en concreto, y en el marco de la colaboración CICAD, AECID, Plan Nacional de Drogas de España, desde el año 1999 la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas de España y la AECI, a través de la Misión Observadora Permanente de España ante la OEA, cooperaban con la Secretaría Ejecutiva de la CICAD/OEA en el desarrollo de su programa de fortalecimiento institucional, enmarcado en la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de las Américas. Este apoyo se concretó a lo largo de 6 años (1999-2004) en varios proyectos relacionados con los sistemas nacionales de drogas en 12 países Iberoamericanos y en iniciativas regionales.

Siguiendo la estela del proyecto de *Fortalecimiento Institucional de las Comisiones Nacionales de Drogas*, financiado por la AECI desde 1999, el primer proyecto de *Descentralización 2003-2005* buscaba “fortalecer el papel de las CND de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela”. Asimismo, aquel proyecto pretendía “desarrollar estructuras institucionales y servicios a nivel municipal para el desarrollo de verdaderas estrategias y políticas municipales de drogas” (Documento formulación, febrero 2003).

Por lo tanto, con distintos énfasis, la estrategia de actuación del Programa SAVIA, es decir, el fortalecimiento de las CND y el consecuente desarrollo de las actuaciones municipales en RDD, acumula ya una secuencia de intervenciones de más de 10 años (2003-2014).

Por lo general, los responsables en CICAD del programa SAVIA planteaban cada uno de los proyectos en base a las relaciones y detección de necesidades de fases precedentes. Una vez confirmada la financiación por parte de AECID, la concreción de las medidas a adoptar en cada país se iba perfilando con cada uno de los países de manera bilateral hasta formalizar los acuerdos en un Memorandum de Entendimiento. Los talleres regionales tuvieron la particularidad de ser también eventos utilizados como espacio de actualización sobre la evolución de los proyectos y proyecto para preparar el siguiente al final de cada etapa. Un ejemplo de tal secuencia sería el siguiente:

Junio de 2003, Seminario sobre el marco político, institucional y normativo sobre drogas en los Países Andinos, organizado por la Delegación del Gobierno para el PND (España) en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. En este seminario se **expusieron los objetivos del proyecto Descentralización 2003-2005** a los delegados de las CND de los 5 países participantes.

Diciembre de 2006, III Taller Regional Andino sobre Descentralización celebrado en Cartagena de Indias, Colombia. Uno de los puntos a tratar fue la planificación conjunta de los siguientes años de ejecución del proyecto, **preparando una nueva propuesta para el periodo 2007-2009**.

Octubre-Noviembre de 2007, Taller Iberoamericano sobre políticas de drogas en el ámbito local. Uno de los puntos fue la **presentación del nuevo proyecto SAVIA (Salud y Vida en las Américas)** de apoyo al desarrollo de acciones locales para la reducción de la demanda de drogas (2007-2009).

Para el caso de Perú, el punto focal de los primeros proyectos del Programa SAVIA fue César Perea, por aquel entonces especialista en prevención de DEVIDA, al haber sido designado como asistente a los talleres regionales.

De cara a entender las distintas vías y momentos en la que los países podían sumarse al Programa SAVIA, los talleres a veces también fueron el escenario que propició sumar a países participantes. Así, el Taller Regional Andino (diciembre 2004) permitió incorporar operativamente al proyecto a las Comisiones Nacionales de Drogas de Ecuador (CONSEP) y de Bolivia (CONALTID) y definir los planes de trabajo específicos en ambos países. Hasta dicha fecha, si bien formaban parte del proyecto Descentralización 2003-2005, no había sido posible incorporarlos operativamente.

3.2. Adecuación del Programa SAVIA al país/prioridades CND

DEVIDA tenía una parcial incidencia en la adecuación del Programa SAVIA a sus prioridades. No la tenía en cuanto a las principales líneas de trabajo que conformaban cada uno de los proyectos desde 2003 hasta 2014, como tampoco la tuvo en el cambio de estrategia hacia la cofinanciación directa de proyectos locales iniciada con el primero proyecto SAVIA Fase I. Pero DEVIDA sí tenía margen para decidir qué actividades/productos realizar en cada momento, y cómo y dónde concentrar las actividades. Respecto a la asignación de los recursos económicos, la flexibilidad existía a partir de un techo presupuestario por país delimitado por formulación previa de CICAD y la aprobación de AECID, flexibilidad de DEVIDA que debía de contar con previa información al coordinador de SAVIA.

Las acciones y productos realizados a lo largo del Programa SAVIA no han sido decididos plenamente por el país, pero tampoco han sido impuestos desde la administración de SAVIA en CICAD. La fórmula identificada ha sido la de acordarlos en algún taller o visita del coordinador del Programa SAVIA.

Las primeras reuniones de coordinación con las autoridades peruanas tuvieron lugar en junio de 2003, en las que DEVIDA manifestó su gran interés en desarrollar el proyecto, en el marco del desarrollo del

proceso de descentralización en el Perú y a la luz del mandato contenido en la recién estrenada (mayo 2003) Ley de municipalidades (ver apartado 2.5).

Después del I Taller Regional de noviembre de 2003, DEVIDA inició ya una serie de contactos con los gobiernos locales y acciones destinadas a sensibilizar a los responsables políticos municipales y distritales. El administrador de CICAD responsable del proyecto fue invitado a presentarlo en un encuentro con los alcaldes distritales de la Región Metropolitana de Lima, organizado por DEVIDA y ONUDD-Perú, en mayo de 2004. En ese entonces se establecieron ya reuniones de coordinación igualmente con los responsables del anteriormente citado proyecto de la Cooperación Belga, que destinaba una partida presupuestaria importante para el fortalecimiento de los comités municipales de prevención del consumo.

La participación de la CND de Perú era, por lo tanto, capital para adecuada ejecución del Programa SAVIA. La participación de los diferentes agentes y niveles institucionales afectados por el Programa se producía como consecuencia de las necesidades de ejecución del proyecto y como parte de las acciones establecidas en él. Tales actores, principalmente los Gobiernos Regionales y Municipales, eran informados de las intenciones del Programa SAVIA y consultados sobre su interés de sumarse a su propósito, pero en ningún caso ha sido detectado un procedimiento de participación a nivel de toma de decisiones en diferentes aspectos de la gestión de SAVIA, esto es, su diseño, planificación y seguimiento.

Con diferencia, el actor que menor consideración ha tenido en el diseño y ejecución del Programa SAVIA en Perú ha sido la sociedad civil organizada. Ni a nivel central, ni a nivel de las localidades en las que se cofinanciaron proyectos (4 en total), las ONG jugaron un papel relevante. Por extensión, el involucramiento de agentes locales y de titulares de derechos no formó parte del ciclo de gestión del proyecto, más allá de la participación de miembros de los COMUL en algunas acciones implementadas por los proyectos municipales.

3.3. Productos del Programa SAVIA para la actuación municipal en RDD

La tabla siguiente resume los principales productos y actividades —detalladas en este apartado 3.3. y en el 3.4. siguiente— realizadas en Perú a lo largo de la secuencia de proyectos que conformaron el Programa SAVIA desde 2003 hasta la actualidad (incluido el primer proyecto de Descentralización). Son relacionados con cada uno de los resultados o componentes que conforman el modelo lógico del Programa SAVIA, lo que permite visualizar el peso e influencia tanto en los distintos ámbitos de actuación de SAVIA.

Tabla resumen de productos y actividades Programa SAVIA 2003 - 2013

Resultados del modelo lógico de SAVIA	Actividades y productos (Perú)	Alcance y observaciones	Periodo
Institucionalidad y estructura			
Incidencia y sensibilización a políticos y técnicos del nivel sub-nacional	4 eventos inter-regionales	120 representantes	Oct.-Nov. 2005.
	1 evento inter-regional	Tacna (s/d)	Julio 2006
Diagnósticos locales	20 diagnósticos locales	8 Lima Metropolitana y 12 interior país	s/f, En el periodo del Pryto. Descentralización Ampliación 2006-08
Espacios de concertación local	8 Consejos Regionales	Nota 1: Labor propia de DEVIDA y/o la Coop. Belga. No claridad respecto a la influencia SAVIA. No financió ninguna actividad específica a este nivel, aunque reporta 12 nuevos COMUL en 2006-08.	
	12 COMUL conformados (aprox.)		
Planes a nivel sub-nacional	6 Planes Regiones	Varios COMUL ahora inoperativos	

Resultados del modelo lógico de SAVIA	Actividades y productos (Perú)	Alcance y observaciones	Periodo
en materia de RDD	Planes Municipales (sin datos). Tras los diagnósticos, los planes municipales son mencionados como una tarea a seguir (Inf. Final Descentraliz. 2003-05). No se reporta más sobre ellos en sucesivos periodos, tampoco en la Web SAVIA. En visita evaluación, la referencia a planes municipales se asimila al Plan Operativo Anual (POA) que dan cobertura a actividades de cada proyecto local apoyado.		
Movilización de recursos locales			
Recursos regionales	4 Planes regionales con designación presupuestaria	Ver arriba <u>Nota 1.</u>	2011-2012
Recursos municipales	Cofinanciación de 4 municipios en 4 proyectos.	15% en 3 proyectos (25.000 US\$) y 50% en 1 proyecto (39.000 US\$)	2013 hasta la actualidad
Fortalecimiento de capacidades técnicas			
Formación actores locales	Cursos de 2 días a promotores comunitarios	> 250 personas de 11 ciudades, varias miembro de los COMUL	Descentralización Ampliación 2006-08
	Curso de 4 meses (virtual)	53 personas que aprueban curso virtual (inscritos 1008)	SAVIA Fase II
Guías de orientación para actores locales	Guía para diagnóstico situacional del consumo droga	Insumo importante para la elaboración de la Guía para el resto de países SAVIA	Descentraliz. 2003-05
	Materiales de divulgación con contenidos de prevención	No desarrollada la Guía. Elaborados y distribuidos rotafolios.	Descentraliz. 2003-05
Proyectos demostrativos locales			
Proyectos locales	3 proyectos de prevención jóvenes (ocio alternativo y sensibilización)	3.340 beneficiarios directos	SAVIA Fase I
	1 proyecto de prevención y atención a población en riesgo.	Beneficiarios directos: s/d. Indirectos: 260 familias.	SAVIA Fase II
Intercambio de experiencias y cooperación horizontal			
Intercambio experiencias	4 talleres o seminarios internacionales	12 asistentes (3 DEVIDA, 4 Ministerios, 3 Municipios y 2 ONG)	Descentraliz. 2005-07 y SAVIA Fases I y II
	1 visita técnica a España	2 asistentes , DEVIDA	
Pasantías (coop. horizontal)	1 visita técnica a Chile, 5 días	3 especialistas de DEVIDA	SAVIA Fase II
	Difusión experiencia Chile y Uruguay en taller con 34 asistentes peruanos	2 participantes de CND de Uruguay y Chile	SAVIA Fase II

La influencia más destacada del Programa SAVIA se produce en la secuencia de los dos proyectos de Descentralización (Descentralización y Descentralización Ampliación) del periodo 2003 a 2008. Ambos supusieron un impulso a las acciones de desconcentración y descentralización que DEVIDA estaba contemplando por entonces.

Durante el periodo 2003-2008, con los recursos de los proyectos de Descentralización del Programa SAVIA se pusieron en marcha las siguientes iniciativas y productos:

1. Desarrollo de 4 **eventos interregionales** de dos días cada uno, que permitieron conocer el estado de situación de las acciones de RDD en cada uno de los Departamentos del Perú (2005). No fueron, con todo, los primeros encuentros regionales. Entre 1999 y el 2001 se desarrollaron 5 Encuentros Regionales y 2 Encuentros Nacionales Multisectoriales, que trataban de fortalecer la implementación de los Comités Multisectoriales de Prevención del Consumo de Drogas como instancias de concertación.¹⁵

Sedes	Fechas / 2005	Regiones y participantes
Tarapoto	5 y 6 Oct.	San Martín, Huánuco, Amazonas, Loreto, Ucayali. 27 personas.
Chiclayo	20 y 21 Oct.	Lambayeque, La Libertad, Ancash, Piura, Tumbes, Cajamarca. 32 personas.
Ayacucho	8 y 9 Nov.	Ayacucho, Junín, Huancavelica, Ica, Pasco. (No Apurímac). 29 personas.
Arequipa	24 y 25 Nov.	Arequipa, Cusco, Madre de Dios, Puno, Moquegua, Tacna. 32 personas.

En estos encuentros han participado unas 120 personas representantes de Gobiernos Regionales, Direcciones Regionales de Salud y de Educación, representantes de algunos COMUL y gobiernos locales. En promedio acudieron unas **4 personas por región**, salvo la localidad anfitriona que aportaba unos 13 asistentes.

Las conclusiones de los 4 encuentros inter-regionales siguen, a la luz de la visita de evaluación, marcando retos en el trabajo de DEVIDA, con la excepción parcial de la conclusión nº 3.

Resumen de las conclusiones de los 4 encuentros inter-regionales (Perú, 2006)

1. No existe **compromiso y decisión política de los Gobiernos Regionales** para abordar el consumo de drogas, reflejado en la inexistencia de programas impulsados a ese nivel.
2. Poca predisposición de las instituciones públicas y privadas para una labor articulada, multisectorial e interdisciplinaria. Los esfuerzos son **mayormente unilaterales y desperdigados**.
3. **Inexistencia de encuestas, estudios o diagnósticos regionales o locales** relacionados al consumo de drogas. El desconocimiento de la magnitud del problema conduce a que sea soslayado, a la indiferencia de la comunidad frente al mismo, pero también de las instituciones llamadas a enfrentarlo.
4. En regiones donde las instituciones se han agrupado en **Comités Multisectoriales**, sus representantes perciben que el problema del consumo de las drogas ha sido evidenciado y es motivo de mayor preocupación por parte de las instituciones, como también de la comunidad.
5. Percepción de las regiones acerca de que los **recursos que se destinan al abordaje del problema del consumo de las drogas es insuficiente**. Esperan que desde el órgano rector DEVIDA se realicen las coordinaciones necesarias ante la **cooperación internacional** para lograr mayores recursos, no sólo para el tema de desarrollo alternativo, sino también para prevención y tratamiento. Se espera que Gobiernos Regionales y Locales asuman un rol importante en gestionar recursos ante la cooperación internacional.
6. Representantes de las Regiones consideran que se deberían destinar recursos de los **presupuestos participativos regionales y locales**. Así mismo promover el establecimiento de **alianzas estratégicas con la empresa privada**, que salvo contados casos se ha mantenido al margen.
7. Marcada necesidad de **capacitación destinada a los profesionales y técnicos** en aspectos referidos a reducción de la demanda de drogas, a fin mejorar sus intervenciones preventivas.
8. Lograr la activa **participación de la comunidad**, no sólo como receptora de programas de prevención, sino como actora a través de la formación de agentes comunitarios de prevención.
9. La **participación de los Gobiernos Regionales y Locales**, además de en aspectos financieros, en la emisión de **Ordenanzas** formalizando los COMUL de Prevención del Consumo de Drogas distritales y provinciales o Consejos Regionales de Lucha contra las Drogas, sin desestimar la alternativa de insertar el tema en **instancias multisectoriales ya constituidas**, como Consejos Regionales de Salud, Mesas de Lucha contra la Pobreza, Foros de Salud, Consejo Regionales de Seguridad Ciudadana.

¹⁵ Fue esta experiencia, como se ha dicho, la que permitió a DEVIDA la inclusión de la competencia sobre acciones de prevención que se asigna a los Gobiernos Locales en su ley Orgánica (Artículo 73, numeral 7).

2. Elaboración de 20 **diagnósticos situacionales** del consumo de drogas (8 en Lima Metropolitana y 12 en el interior del país), utilizando una metodología elaborada por DEVIDA en el marco del Programa SAVIA (2006).

Diagnósticos situacionales (Perú)

Lima metropolitana		Interior del país		
Municipio / Distrito	COMUL	Municipio	COMUL	Consejo Regional
Puente Piedra	Sí	Cajamarca	Sí	No
La Victoria	Sí	Ayacucho	No	No
Breña	No	Pucallpa	Sí	No
Miraflores	Sí	Moquegua	Sí	No
Villa El Salvador	No	Arequipa	Sí	Sí
Comas	No	Puno	No	En proceso
Los Olivos	No	Cusco	No	No
Cercado (Lima)	No	Iquitos	Sí	No
		Huánuco	s/d	s/d
		Huaraz	s/d	s/d
		Ica	s/d	s/d
		Tumbes	s/d	s/d

Independientemente de la calidad final de los mismos, no en todas las zonas se daban las condiciones para que los diagnósticos cumplieran su función, esto es, brindar a los COMUL de Prevención del Consumo de Drogas información sistematizada sobre las características del consumo de drogas y problemas asociados, y sensibilizar a las autoridades regionales o locales sobre la necesidad de abordar estos problemas.

3. La conformación de **Comités Multisectoriales** (COMUL), línea en la que DEVIDA venía trabajando desde 2002. Antes del inicio del Programa SAVIA había 27 constituidos en todo el país (12 en Lima y 15 en capitales provinciales), aunque no todos coordinados por los municipios, sino por los entes responsables de salud o educación. Con el primer proyecto del Programa SAVIA se amplió la cobertura a otros 13 comités, 5 en Lima y 8 en provincias, haciendo un total de 40. En la actualidad, hay 15 COMUL en Lima y 17 en el resto del país, si bien no todos están funcionando o han evolucionado más allá de su constitución. De los tres distritos municipales visitados por el equipo evaluador (Villa El Salvador, La Punta y Ventanilla), el COMUL estaba conformado en los tres pero sólo operativo en uno de ellos (Ventanilla).

En esta etapa también se reporta que se han constituido 8 los **Consejos Regionales** de Lucha contra las Drogas (Ancash, Arequipa, Lambayeque, Tacna, La Libertad, Huánuco, Ica y Puno), y que en 6 regiones existe ya un **Plan Regional** de Prevención y Tratamiento (Arequipa, Junín, Tacna, Tumbes, La Libertad y Lambayeque). Además, en estos 4 últimos ya se dispone de **partidas presupuestarias** regionales para su implementación, aunque no se informa de su cuantía. Al respecto de estos avances —al igual que las actividades de formación de promotores y la constitución de los COMUL—, no está clara la influencia de SAVIA, por cuanto en los reportes finales de los primeros proyectos del Programa SAVIA daban cuenta también de la labor alcanzada por DEVIDA conforme a su plan de trabajo y recursos propios, al tiempo que se solapaba con las actuaciones del programa de la cooperación belga.

Durante esta primera etapa que aglutina los dos primeros proyectos de Descentralización, se reporta por último la tarea pendiente de desarrollar los **planes locales** de los comités multisectoriales, actividad pendiente recogida en el Informe final del proyecto de Descentralización 2003-2005 y de la que **no se reportan avances en sucesivos proyectos del Programa SAVIA**.

Por su parte, el proyecto posterior (SAVIA Fase I) prevé para Perú, al margen de la participación en eventos y talleres internacionales, la **identificación y co-financiación de proyectos locales en RDD**.

Para entender la aplicación efectiva del [modelo lógico del Programa SAVIA](#), es de suma importancia apuntar que, en el tránsito de los primeros proyectos de Descentralización al denominado Proyecto SAVIA Fase I, **se deja de apoyar** con actividades específicas —al menos para Perú— las acciones destinadas a:

- a) **crear institucionalidad y estructura** (Consejos Regionales, COMUL);
- b) incidir en la **sensibilización de los agentes políticos y responsables sectoriales a nivel regional y municipal**, más allá de la puntualmente realizada para la puesta en marcha de los proyectos co-financiados;
- c) buscar, como continuación de lo anterior, la **movilización de los presupuestos regionales y locales** (participativos) para el apoyo de los programas de drogas; o en general, sensibilizar a los responsables políticos sub-nacionales sobre la necesidad de **acompañar las medidas (Ordenanzas) con los recursos económicos** necesarios.
- c) **fortalecer capacidades técnicas** (formación, guías) desde una perspectiva nacional, esto es, exceptuando la participación de algunos miembros de DEVIDA y otros invitados/as peruanos/as en eventos internacionales organizados por SAVIA y/o la CICAD.

El proyecto SAVIA Fase I se destinó por lo tanto al apoyo a tres pequeños [proyectos municipales](#). Este proyecto sucede cuando el Pliego de DEVIDA no estaba organizado en base a un marco por resultados, por lo que SAVIA no tuvo en aquel momento un **anclaje estratégico-institucional** tan claro en respuesta a las preguntas: ¿a qué contribuirían tales proyectos en la estrategia de DEVIDA?, ¿qué modelo y áreas de actuación interesan desarrollar? Bajo el prisma de SAVIA que decía querer implementar “proyectos demostrativos”, esta oportunidad no fue del todo aprovechada ni se dio en las circunstancias institucionales óptimas.

A esto hay que añadir circunstancias sobrevenidas. El Gobierno central, a través de los fondos asignados a DEVIDA, realizaba transferencias directas a gobiernos regionales y locales para la cofinanciación de la política de prevención. La falta de aprobación del presupuesto en DEVIDA durante 2009 impidió el avance del proyecto y originó un retraso hasta que pudo concretarse la contrapartida nacional que SAVIA exigía. Finalmente, al consignar los fondos de transferencia a los gobiernos regionales de Junín y de San Martín para el desarrollo de políticas de prevención durante el 2010 como fondos de contrapartida, se pudo avanzar en los proyectos.

Por el retraso acumulado, en Perú **no se abrió una convocatoria pública** de proyectos. Se optó por dividir los 30.000 US\$ liberados por SAVIA en lotes de 10.000 US\$. Según el Memorando de Entendimiento entre CICAD y DEVIDA, esta última estaba obligada a aportar, al menos, una cantidad similar. La cofinanciación era concebida como un “fondo semilla” que buscaba generar el **compromiso del municipio** con las acciones que pudieran emprenderse durante ese año o, en ocasiones, un semestre. En términos monetarios, esta **cofinanciación municipal** rondó el 15 al 20%, generalmente concretándose en la contratación del coordinador/a local y/o en facilitar locales.

Los tres proyectos apoyados fueron realizados en:

- Distrito de la Banda de Shilcayo (Provincia San Martín, Región San Martín), el primero seleccionado, junto con otra intervención en el Municipio de Satipo (Región de Junín). Tras las elecciones locales de 2010, el proyecto en este segundo municipio se interrumpe y se identifican los dos siguientes municipios.
- Distrito de Juanjui (Provincia de Mariscal Cáceres, Región San Martín)

- Distrito de Chanchamayo (Provincia de Chanchamayo , Región Junín)

Los **criterios** utilizados fueron: a) ser zonas de producción de coca; y b) existencia de oficinas zonales de DEVIDA con un especialista en prevención.

La **temática** principal era actividades de ocio alternativo a menores y adolescentes, y campañas en centros escolares y población en general (ej. marchas, el día sin drogas). En Chanchamayo estaba destinado a jóvenes en 5 centros educativos, mientras que en los dos proyectos de San Martín, las actividades estaban dirigidas a jóvenes de toda la comunidad.

Una vez acordados los términos legales de la colaboración de los municipios con DEVIDA, hubo un retraso considerable en la **transferencia** de fondos, sobre todo ante la necesidad de que el Ministerio de Economía autorizase la apertura de una cuenta exclusiva.

Ficha resumen de los tres proyectos apoyados con SAVIA Fase I

1. Municipio Distrital de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, San Martín		
Objetivo: Promover estilos de vida saludable	Beneficiarios directos: 180 adolescentes escolarizados y de las organizaciones juveniles. 90 padres y madres de familia.	Responsable: Concejo de Participación de la Juventud del Distrito
Actividades: Actividades recreativas y talleres de desarrollo de habilidades artístico culturales, talleres de desarrollo personal, festivales deportivos y artístico-culturales		
2. Municipio de La Merced, Chanchamayo, Junín		
Objetivo: Prevenir el consumo de droga en jóvenes y adolescentes	Beneficiarios directos: 360 jóvenes y adolescentes escolarizados.	Responsable: Gerencia de Desarrollo Social, Municipalidad Provincial.
Actividades: Conformación de la Red de Adolescentes y Jóvenes del distrito; desarrollar talleres en Organización, Oratoria y Liderazgo, Técnicas de Comunicación, Deberes y Derechos de los jóvenes; capacitar a los integrantes de las organizaciones juveniles que se integran a la Red; campeonato deportivo; encuentro de las Redes a nivel provincial "Revalorando nuestras Danzas Regionales"; campaña de sensibilización (feria informativa, trote de motivación); actividades de tiempo libre.		
3. Municipio Distrital de Juanjuí Juy, Mariscal Cáceres, San Martín		
Objetivo: Promover estilos de vida saludable contribuyendo a prevenir y disminuir el consumo de drogas en la población escolar (secundaria)	Beneficiarios directos: 2.800 jóvenes escolarizados.	Responsable: Gerencia de Servicios y Programas Sociales, Municipalidad Provincial.
Actividades: Reuniones de sensibilización a los padres y madres de familia; sesiones de video fórum a estudiantes (futuros promotores); formación de promotores escolares de prevención del consumo de drogas; acciones de información y concientización sobre el problema del consumo de drogas; jornadas de buen uso del tiempo libre; desarrollo de habilidades artísticas, culturales y comunicativas; campaña comunicacional sobre factores protectores contra el consumo de droga y promoción de estilos de vida saludable.		

Las propuestas estaban poco articuladas, entre otras cuestiones, porque con los retrasos acumulados se formularon con cierta prisa y para 6 meses. En la práctica la **ejecución** de los proyectos acabó prolongándose hasta casi 2 años con dificultades para en su ejecución (rotación de personal, procesos administrativos lentos, e incluso la detección por DEVIDA de algún intento de desvío de fondos) y para poder cerrarlas, tanto técnica como financieramente.

Por casi las mismas razones, la **sostenibilidad** de los tres proyectos no está garantizada. Por un lado, al descansar la responsabilidad en gestores locales, se ve muy afectada por la rotación en los cuadros municipales, calificada de "escandalosa" por parte de responsables de DEVIDA. Por otro lado, la cofinanciación local solo se movilizó durante el proyecto como respuesta ante la cofinanciación externa y el Memorando con DEVIDA, pero no con posterioridad. En todo caso, la continuidad pasa en dos de los

casos, por la cesión de un espacio municipal, o parte de él, (casa juvenil, casa cultura) para seguir realizando actividades culturales que, en esencia, no siempre están ligadas a la prevención en consumo de drogas.

Por último, el proyecto SAVIA Fase II ha jugado un papel relevante a la hora de pilotar el octavo resultado del PEI de DEVIDA relativo al enfoque de “Comunidad Organizada” (ver apartado 2.2). La cara más visible es el **proyecto municipal** en Ventanilla (El Callao) basado en un enfoque de “integración social”, aunque lo más correcto sería decir de cohesión y promoción comunitaria. En este sentido, desde DEVIDA se reconoce que SAVIA Fase II permitió establecer un modelo de intervención, el de Comunidad organizada, que fue extendido más tarde a una treintena de municipios, algo que no confirmó del todo las visitas del equipo evaluador a los otros dos municipios del área de Lima.

En tanto que esta línea de actuación, “Comunidad Organizada”, ya estaba recogida en su PEI, existía un interés original de DEVIDA, que coincide con la oportunidad que brinda SAVIA Fase II para cofinanciar proyectos locales. El propósito era generar “un modelo” que fuera socializado (presentado al resto de municipios), asumiendo DEVIDA el compromiso de replicarlo y aportar con ello la financiación propia correspondiente.

Bajo esta idea de “integración social”, se reconoce que el proyecto SAVIA Fase II, al establecer una línea de base y esbozar un **modelo de intervención**, aportó insumos para definir un programa de intervención delimitado territorialmente (municipio).

El proyecto se ejecuta en **Pesquero III**, uno de los más de 300 asentamientos humanos de Ventanilla, un municipio de casi 300.000 habitantes. El **origen** del proyecto está vinculado a la presencia de un líder religioso. Como se comentó en otro apartado, la iniciativa de intervenir en Ventanilla fue presentada ante el COMUL, sin que recibiera el impulso necesario. Es la relación con el alcalde la que concreta el apoyo de la Municipalidad para trabajar con jóvenes con consumos problemáticos y/o en la calle, llegándose a concretar con el aporte de 20.000 soles para sueldos, una camioneta y un local.

La **Oficina de RDD de Ventanilla** trabaja en: prevención en las escuelas, asistencia a familias (contando con hasta 80 mujeres que, en parte, como servicio de *serenazgo*, también son “brigadas de prevención”) y, una vez concretado el apoyo de SAVIA, en el proyecto Pesquero III. Ha logrado también conformar un COMUL en 3 de los 5 ‘conos’ en los que se divide Ventanilla.

Ficha resumen de los tres proyectos apoyados con SAVIA Fase I

1. Municipio Distrital de la Ventanilla, El Callao		
Objetivo: Mejorar la calidad de vida y fortalecer y empoderar a pobladores	Beneficiarios directos: (n/d). Población de asentamiento: 648 personas (175 familias)	Responsable: Gerencia de Protección y Familia. Oficina de RDD
Actividades: Elaboración de un diagnóstico de línea de base a cargo de un consultor de la Universidad Cayetano.		

En cuanto a **recursos financieros**, el Memorando de Entendimiento preveía el aporte de 39.000US\$ por parte de SAVIA y otro tanto (50%) por parte de DEVIDA/Municipio.

Una vez que se decide junto con SAVIA y DEVIDA que la zona de intervención sería Pesquero III, los fondos se dedicaron, en primer término, a la realización de un único **producto**: un estudio de línea de base. La **utilidad** de esta línea de base está en entredicho. Las psicólogas de la Oficina de Ventanilla aplicaron más tarde un modelo diagnóstico (ECO²) como parte de un proceso de *investigación-acción* que permitió un conocimiento de primera mano de la realidad de los jóvenes en riesgo o con consumos problemáticos, al tiempo que la necesaria vinculación afectiva entre el personal de la Oficina y los jóvenes del asentamiento

Con el aporte del Municipio y la labor a la que está encomendada la Oficina de RDD, en Pesquero III también se ha logrado acondicionar un local comunitario como espacio de reuniones y actividades culturales. El Memorando de Entendimiento entre DEVIDA y el Municipio adjunta de hecho un proyecto y su Marco Lógico en torno a este espacio y las actividades que a partir de él se puedan desarrollar para jóvenes y familias.

Resumen.- Por lo tanto, si bien el proyecto de Ventanilla es la experiencia más exitosa de las realizadas, con carácter general, los **4 proyectos aprobados por el Programa SAVIA en Perú** distan de haberse desarrollado en las condiciones y bajo los requisitos que el propio Programa establecía (ver Tabla siguiente). Con diferencia, el último proyecto en Ventanilla es que mejores **condiciones** ha reunido, en particular:

- a) El apoyo político, que precedía a SAVIA y se concretó en la creación de una Oficina de Prevención y Lucha contra las Drogas encargada después de la gestión técnica y financiera del proyecto.
- b) Junto a esto, la cercanía del área de intervención a la sede nacional de DEVIDA facilitó un acompañamiento técnico más cercano.
- c) La concentración de recursos financieros en una única intervención.
- d) La acotación del proyecto a un barrio/asentamiento pequeño (unas 175 familias).
- e) La realización de un diagnóstico previo (modelo ECO²) que aportase elementos de información acerca de la realidad de la zona en cuanto al consumo y micro-tráfico de drogas.

Requisitos para apoyo y cofinanciación de proyectos locales (Programa SAVIA)

Requisitos SAVIA	Valoración
Coherencia con políticas/programas de RDD.	
– Están avalados por la CND correspondiente	Sí. DEVIDA es el ente seleccionador de los proyectos, elevando la propuesta a CICAD.
– Están avalados y promovidos por las Comisiones Locales de Drogas (CLD) del municipio (iniciativas concretas canalizadas a través de las CLD).	No. Los COMUL son conformados en 2 de los 4 proyectos como parte de las acciones. En otro no existía y en un cuarto no se relacionó con el proyecto.
– Emanan de los planes locales de drogas aprobados en cada municipio.	No existen planes municipales de drogas. Hay referencias al tema de drogas en algún Plan de Seguridad Ciudadana (Ventanilla). El plan que da cobertura a los proyectos es el Plan Operativo Anual (POA) confeccionado para identificar las actividades objeto de cofinanciación por DEVIDA y SAVIA, como exige el Memorando de Entendimiento entre DEVIDA y el Municipio.
Participación local y cofinanciación	
– Son llevados a cabo en coordinación con otras políticas sociales del municipio y del resto de entidades públicas y privadas participantes en los comités locales de drogas.	No. Los COMUL no han estado operativos en los proyectos impulsados. Paradójicamente, el proyecto de Ventanilla fue inicialmente presentado en el COMUL pero no recibió apoyo, encontrándose éste directamente en la relación existente entre el promotor del proyecto y el alcalde. No implicación de otras áreas y entidades públicas o privadas. Si bien el personal está concienciado, es compleja y lenta la derivación de consumos problemáticos al sector salud.
– La CND correspondiente y la entidad local (región o municipio) realizan un aporte complementario de medios materiales, técnicos y humanos que facilitan su ejecución.	La financiación es triple: SAVIA, DEVIDA y la Municipalidad. La cofinanciación nacional (DEVIDA) está asegurada y parece estable. La cofinanciación local (Municipio) fue de alrededor del 15% de tres proyectos del interior (25.000 US\$) y del 50% en el proyecto de Ventanilla (39.000US\$), liberados por DEVIDA al

Requisitos SAVIA	Valoración
	Municipio con cargo a su PPPT
– Existe un nivel de cofinanciación nacional/local suficientemente importante para que garantice su continuidad más allá del apoyo recibido del Programa SAVIA.	La continuidad pasa más por la cofinanciación nacional (DEVIDA). A nivel local, la cofinanciación está supeditada, primero, a la voluntad/sensibilidad política, y segundo, a la estabilidad de los cargos electos. Sólo Ventanilla reunía las condiciones para la continuidad.
Calidad	
– Tienen un carácter demostrativo y multiplicador.	El proyecto Ventanilla parece reunir tales requisitos. Los otros tres anteriores, no.
– Se derivan de un diagnóstico adecuado del fenómeno de consumo de drogas en la localidad.	El proyecto de Ventanilla incluyó un diagnóstico investigación-específico (ECO ²), además de una línea de base.
– Experimentan sobre diversos modelos de intervención: i) Prevención escolar, familiar o comunitaria; ii) Mejora de la oferta local de actividades saludables alternativas al consumo de drogas; iii) Información, investigación o sensibilización social; iv) Reducción la incidencia del consumo en colectivos marginados o de mayor riesgo; v) Tratamiento; vi) Actuaciones de mitigación o reducción de daños; vii) Integración social; viii) Desarrollo de redes locales, intermunicipales o transfronterizas; ix) Formación de actores locales.	3 proyectos de prevención escolar, familiar o comunitaria. 1 proyecto (Ventanilla) de mejora de la oferta local de actividades saludables alternativas al consumo de drogas y, en parte, reducción la incidencia del consumo en colectivos marginados o de mayor riesgo.
– Incluyen la perspectiva de género y, aunque no sea explícito, tienen en cuenta los derechos humanos.	Género: no considerado en 3 proyectos. Presente el diagnóstico (datos) y como enfoque (discurso de profesionales) en el proyecto de Ventanilla pero no como práctica en las actividades. DDHH: sin información suficiente.
– Cuentan con la suficiente calidad técnica: grado de adecuación y de coherencia de objetivos, destinatarios, actividades, recursos, gestión y evaluación.	Sin información suficiente. La impresión general derivada de distintos indicios es que el proyecto de Ventanilla cuanta, con diferencia, con mayores recursos humanos y mejores pautas de gestión, así como un modelo de intervención más coherente; si bien el Marco Lógico es inconsistente.
– Tienen un impacto social importante en la localidad.	Parece más claro en el proyecto de Ventanilla (650 personas en el asentamiento humano de Pesquero III), por estar pivotando alrededor de un 'centro comunitario' propio.

3.4. Apoyo del Programa SAVIA en generar estructuras/institucionalidad

Una de los problemas que justificaron el Programa SAVIA fue “el hecho de que gran parte de las actuaciones llevadas a cabo por los gobiernos y por el resto de actores sociales que trabajan en reducción de la demanda se concentran en las áreas metropolitanas de las ciudades capitales de cada país, dejando sin cobertura a departamentos y zonas urbanas y rurales lejanas de la capital”.

Ya en los primeros años de ejecución, se señalaba que “la única debilidad que ha dificultado de alguna medida el trabajo en Perú en provincias ha sido la falta de unidades desconcentradas de DEVIDA que, en el caso de otros países como Ecuador y Venezuela, han facilitado el desarrollo de los trabajos con una presencia continua en las zonas de intervención. Las dimensiones del país y las dificultades para los desplazamientos internos desde Lima hacia algunas regiones son elementos a tener en cuenta a la hora de valorar el esfuerzo de DEVIDA en el marco del presente proyecto.”

Recordemos que el Artículo 7 de la ley que reguló las competencias municipales (2003) exige a DEVIDA fortalecer y ampliar su estrategia de **promoción de los COMUL** y su ámbito de intervención **a todo el territorio nacional** para orientar y facilitar el abordaje local de los problemas de consumo de drogas (Informe final, Proyecto Descentralización 2003-2005).

Como hemos visto, esta es una empresa a largo plazo que avanza lentamente por las dos vías planteadas: a) *desconcentración*, con una DEVIDA con 7 oficinas zonales que no logran atender el amplio territorio nacional (26 regiones); b) *descentralización*, con un paquete legal descentralizador lanzado en 2003 que una década después no está siendo acompañado de la transferencia de los recursos financieros, en el contexto de un proceso de descentralización político-administrativa como país que afronta problemas para consolidar el marco de gobernabilidad regional y municipal necesario para asumir las actuaciones en RDD.

El programa SAVIA fue creado adaptándose a los modelos de descentralización previamente existentes en los países. Bajo el modelo de descentralización peruano no es claro que el Programa puede influir en la mejora o el fortalecimiento del proceso de descentralización, y solo de forma muy limitada a aumentar los municipios en los que actúa DEVIDA en materia de prevención.

En términos concretos, como se ha detallado en el apartado 3.3 anterior, fueron los dos primeros proyectos de Descentralización los que han podido contribuir en cierta medida a generar institucionalidad local que SAVIA establecía como condiciones para la adecuada realización de programas locales de RDD [EC2.1] Como tal, SAVIA no impulsó la creación de **unidades u oficinas sub-nacionales** destinadas a manejar la temática de drogas o sus programas de RDD. La única Oficina municipal dedicada al tema de RDD en el ámbito de actuación de SAVIA es la del Municipio de Ventanilla. Con trabajo social anterior por parte de un equipo local, fue oficializada en febrero de 2012, antes de la intervención de SAVIA¹⁶ y fruto de la labor de incidencia del que sería después su jefe. En su estabilidad, ha influido la continuidad del alcalde que la apoyó, si bien de alguna manera el apoyo de DEVIDA y SAVIA es un refuerzo a la visibilidad y credibilidad interna de la labor que se venía realizando ante las autoridades locales.

SAVIA sí ha podido influir en la creación de **espacios de concertación**, como los COMUL o Consejos Regionales, sobre todo a partir de dos vías, una más concreta y otra más intangible. La más concreta fue la realización de los 5 encuentros inter-regionales mencionados de 2005 (4) y 2006 (1) con cargo al proyecto de Descentralización 2005-07, lo que en parte habría allanado el camino para que DEVIDA incidiese en la creación de Consejos Regionales y COMUL. En todo caso, tales efectos se solapan con los atribuibles al apoyo directo de la cooperación belga. Aunque los primeros proyectos de SAVIA sí recogían resultados relacionados con la creación de estructuras locales (Comisiones, Oficinas, etc.), SAVIA no financió directamente a DEVIDA para acompañarla en tales tareas, como sí hizo la Cooperación Belga.

Una segunda vía más intangible de generación de institucionalidad local fue que la misma incorporación de DEVIDA al Programa SAVIA llevaba implícita un interés por el proceso de descentralización, por lo que SAVIA supuso un aliento más para avanzar en ese camino y la firma de los Memorandos entre CICAD y DEVIDA una palanca interna en la organización para trasladar jerárquicamente la importancia de tal labor. En esa línea, también las visitas del administrador del proyecto en CICAD, la presentación de los componentes de SAVIA a las autoridades de DEVIDA y la participación en los eventos internacionales, de alguna manera reforzaban el plan de trabajo descentralizador de la organización.

En cualquier caso, en el universo de trabajo de DEVIDA (transcendiendo la atribución o no a SAVIA), los COMUL representan distintas realidades. Su composición no es homogénea y está supeditada a la voluntad de los autores locales, no participando representantes municipales en todos los casos. Aun logrando el paso formal de su constitución, no en todos los casos son espacios que dinamicen actuaciones coordinadas en RDD, no cuentan con financiación cierta o estable. La participación de la sociedad civil es discrecional y, en general, los COMUL son más estratégicos cuando: a) están

¹⁶ La visita del administrador de SAVIA a Ventanilla como lugar seleccionable para implementar el proyecto local de Perú se produce 5 meses después (junio 2012) y el Memorando de Entendimiento entre DEVIDA y el Municipio de Ventanilla se fragua en septiembre de 2012 (firmado en diciembre de 2012).

fuertemente **avalados** por las autoridades locales (ej. Gerencia Social) y engarzan sus actuaciones en la labor social o de promoción comunitaria que las entidades locales promueven; b) pivotan alrededor de una intervención o campañas financiadas por DEVIDA, en una especie de **conformación de abajo a arriba**, de manera que del COMUL no se derivan planes de actuación, sino que el impulso a un determinado proyecto empieza a forjar algunos espacios de coordinación y apoyo logístico entre las entidades y organizaciones locales para ponerlo en marcha.

3.5. Formación e intercambio de experiencias

Las **acciones formativas** destacables y atribuibles a SAVIA fueron dos, bastante alejadas en el tiempo entre sí.

- a) El proyecto Descentralización 2003-2005 financió cursos de **formación de promotores comunales** de prevención en 11 ciudades del país, bajo la idea de “formación de formadores” (2006). Todas contaban con COMUL, salvo una. La formación no se puede atribuir claramente a SAVIA porque fue ejecutada en coordinación con el programa de la Cooperación Belga. La formación duraba 4 días (24 horas) y alcanzó a más de 350 jóvenes (promedio, 33 asistentes por taller). El informe elaborado no da cuenta de las competencias adquiridas, ni otros indicadores previstos en la evaluación, ni ha sido posible durante el trabajo de campo contactar con las personas destinatarias.
- a) El proyecto SAVIA Fase II financió un **curso virtual** de 4 meses de duración, 4 módulos temáticos, 1 componente presencial de intercambio de experiencias de los 20 mejores alumnos/as con el propósito, también, de evaluar el curso. La puntuación/valoración del curso fue de 21,4 sobre 23.

Esta actividad fue cofinanciada, aportando DEVIDA 20.000US\$ sobre un total de 73.000US\$.

Esta actividad cuenta con un informe bien elaborado y fundamentado (ver extracto del resumen ejecutivo en recuadro siguiente), lo que refuerza la idea de que una DEVIDA que externalice puntualmente servicios que apoyen y agreguen valor añadido a las acciones que SAVIA promueve, de manera que no sobrecargue al equipo local de DEVIDA y, al tiempo, les permita aprovechar al máximo tal experiencia de formación de la red de agentes que interactúan en la RDD y con los que ha de relacionarse.

Ficha resumen del curso virtual 2013-2014

Fechas: 23 de septiembre de 2013 a 23 de marzo de 2014

Matriculados: 108 (57% mujeres). Todos los inscritos fueron aceptados y becados. El 60% de provincias, mayoritariamente de las regiones de Amazonas, Lambayeque, Puno y Tacna. Casi la mitad provenientes de Gobiernos locales o del sector Salud.

Deserciones: 47 (45%, similar en hombre y mujeres), más 2 personas que no iniciaron el curso. El porcentaje más alto se da entre participantes del sector salud (deserción del 70%, 16 de las 23 inscripciones)

Terminan formación: 59 (55% de matriculados). Terminan un 61% de mujeres inscritas y un 46% de hombres; y el 100% del personal de DEVIDA inscrito (6 personas).

Aprueban formación (beneficiarios directos): 53 participantes (90% de los que terminan la formación). Puntuación promedio de 14,7 sobre 20, y participación promedio en las actividades calificadas del 88%.

Dificultades:

- Dedicar sólo parte del fin de semana a revisar el material y desarrollar las actividades.
- Deficiencias en el análisis de información y en la producción de textos.
- Los plazos de entrega de actividades tuvieron que ampliarse porque más del 15% de los participantes activos no cumplían a tiempo con las actividades.
- Los foros no cumplieron el objetivo de intercambio de opiniones; la mayor parte ingresaba a última hora.

- El corte de las actividades por fiestas fue un factor que aumentó el número de deserciones.

Aprendizajes:

- El número de deserciones podría reducirse mediante un proceso de selección más apropiado a la complejidad de curso.
- El curso logró los objetivos planteados, sin embargo es necesario ajustar algunas actividades calificadas, profundizar algunos temas para obtener mejores resultados, y diseñar herramientas de comunicación y consulta en tiempo real.

No se reporta información sobre cuántas **personas estaban trabajando o no al inicio del curso** y cuántas están trabajando en la actualidad, pasados unos meses, por lo que no es posible dar cuenta ni de un indicador de la evaluación, ni del indicador de nivel de Propósito previsto en el proyecto SAVIA Fase II.¹⁷

No se ha realizado una evaluación ad hoc sobre la **mejora de capacidades** o adquisición de competencias. Los parámetros evaluados que informarían de manera aproximada al respecto serían: a) la afirmación de “he mejorado mis conocimientos sobre el tema” es puntuada 0,91 sobre 1; y b) la afirmación de “he mejorado mi preparación para la práctica profesional” es de 0,89 sobre 1.

En todo caso, la evaluación del primero de los 4 módulos, dedicado a RDD, apunta elementos interesantes para **valorar de las capacidades profesionales a nivel local** que SAVIA pretende promover. Entre otras cosas, se apunta en tal evaluación de objetivos cumplidos que:

- Incorporados conocimientos básicos sobre el contexto general de las drogas, tanto en el ámbito nacional como internacional, y de los efectos que se generan en la población en situación de vulnerabilidad.
- Logrado interiorizar conceptos que les permite reflexionar y analizar la situación y necesidades institucionales y vincularlas con las necesidades de orientación de las políticas de RDD (intervenciones locales o globales).
- Identifican las normas internacionales en RDD, pero ha resultado difícil vincularlas con el ámbito local.
- Ha resultado aún más difícil analizar la transformación que han sufrido las políticas sobre drogas en el Perú. Confundían una orientación punitiva con reducción de daños o riesgo entre otras alineaciones políticas.
- Evaluadas adecuadamente las experiencias concretas en RDD, pero la mayoría no llega a identificar las políticas influyentes en las experiencias que se analizaban.
- Se logra vincular normativa políticas, con prácticas y con labor institucional. Consolidados conocimientos que posibilitan definir políticas de acuerdo a ámbitos de intervención: prevención de demanda y oferta, tratamiento y rehabilitación, y comunicación; y analizar políticas en cuanto a su potencial y limitaciones en la RDD.
- Percepción sobre tráfico de drogas está relacionada al narcotráfico. Insistir en micro-comercialización en zonas urbanas, más vinculado a las acciones de prevención de drogas en la comunidad.

En los 5 **seminarios internacionales o visitas técnicas** celebrados a lo largo del Programa SAVIA han participado **14 profesionales peruanos** (ver Tabla).

Año	Título	Asistentes
-----	--------	------------

¹⁷ El indicador, sin línea de base, establecía que “El 50% de profesionales y actores locales formados en materia de consumo de drogas, en los 4 países participantes, **trabajan** en programas locales de reducción de la demanda de drogas al final del proyecto.”

2009	Taller sobre la calidad de las políticas locales de reducción del consumo de drogas en Iberoamérica	3 (1 especialista DEVIDA y 2 representantes municipios Surquillo y La Victoria)
2011	Visita a España para conocer implementación de políticas de RDD a nivel autonómico y municipal	2 (2 especialistas DEVIDA)
2011	Taller sobre el Desarrollo de Políticas Locales de Integración Social en el Marco de las Políticas Nacionales sobre Drogas	No asistencia.
2012	Seminario Iberoamericano sobre Programas Locales de Formación e Inserción Laboral de personas drogodependientes	2 (1 Secretaria PPPT y jefe Oficina RDD del municipio de Ventanilla)
2013	Encuentro Subregional Andino sobre Políticas de Integración Social y Drogas	7 (1 especialista DEVIDA, 4 de Ministerios, 2 de ONG: Cedro y Anda ROISS)

Salvo en los dos primeros eventos, a los que asistió un mismo especialista de DEVIDA, en ninguno de los eventos se ha repetido la persona asistente.

Hay que apuntar, además, que los talleres o seminarios internacionales combinaban ponencias magistrales o temáticas, con la presentación de modelos o experiencias nacionales y, en algún caso, municipales. A este respecto, no es correcto calificarlas como experiencias exitosas o buenas prácticas por cuanto su éxito no ha sido demostrado o evaluado.

No hay reportes acerca de la valoración de tales eventos. En todo caso, son **bien valorados** por los asistentes, más como espacio para el intercambio que como generador de nuevos discursos. Se apunta que deberían: a) transitar a promocionar más la cooperación horizontal y generar alianzas binacionales; y b) invitar a los niveles regionales y municipales.

Las **pasantías** realizadas son tres. Sobre la primera, el informe confeccionado no es claro al respecto de su objetivo y beneficiarios, por lo que se detallan las otras dos realizadas.

- **Pasantía nº 2.** Bajo el título de *Taller de Integración socio laboral: Construyendo una propuesta país*, se celebraron en Lima unas jornadas de 3 días a las que asistieron **34 persona**, la mayoría del ámbito de las ONG y centros de atención terapéutica, y con baja participación de representantes de Ministerios (5 asistentes de 4 Ministerios) o de otros organismos del Estado (9, la mayoría del Instituto Nacional Penitenciario, INPE). A nivel de municipal, asistieron 4 personas de Lima y Ventanilla.

Esta actividad figura bajo el componente de Intercambio de buenas prácticas y cooperación horizontal de SAVIA porque a él asistieron dos representantes de las CND de Uruguay (JND) y Chile (SENDA), lo que clasificaría esta actividad, de alguna manera, bajo el componente de intercambio de experiencias.

- **Pasantía nº 3.** 5 días en noviembre de 2013. 3 especialistas de DEVIDA. en coordinación con la Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol – SENDA de la República de Chile, con reuniones en Santiago de Chile y visitas a Valparaíso, Los Andes y Concepción, pasantía sobre la que se confecciona un completo y detallado informe. 15 contactos establecidos

Estas experiencias son muy bien valoradas y SAVIA es una plataforma muy importante para efectuarlas. Los contactos, en parte, se han intensificado y siguen manteniendo a entre DEVIDA y SENDA.

En **resumen**, en lo que respecta a los **talleres y seminarios internacionales y el intercambio horizontal** (incluidas pasantías) son destacados dos principales efectos: a) el conocer y compartir experiencias con

otros países; b) las posibilidades de concretar alguna cooperación bilateral, como fue el caso de Perú y Chile para profundizar en el abordaje de la integración social que impulsaba este último.

El escenario de futuro recomendado para estos espacios sería el transitar hacia la construcción de propuestas conjuntas, por ejemplo en integración social.

Por último, en relación con las **guías o manuales de referencia**, Perú ha producido dos con cargo a SAVIA, siendo el segundo el más relevante:

- Elaboración y distribución de **materiales de divulgación** (rotafolios) con contenidos de prevención del consumo de drogas (en 2005, proyecto de Descentralización 2003-05).
- **Guía para el diagnóstico situacional del consumo de drogas**, y que más tarde sería un insumo capital para SAVIA, una vez revisado por CICAD, adaptado al diagnóstico local, y presentado y difundido entre el resto de países.

La guía de elaboración de diagnósticos municipales elaborada por CICAD es conocida a nivel de equipo central de DEVIDA, pero no entre los profesionales de los municipios o personal técnico de los proyectos locales en marcha. Sí ha sido utilizada y ampliamente referenciada por DEVIDA la guía original para diagnósticos Perú elaboró en un inicio.

III. Gestión del Programa SAVIA

La gestión de SAVIA implicaba la gestión de **unos proyectos dentro de otros en tres niveles** que aportaron complejidad, lentitud y ciertas dosis de flexibilidad respecto de lo inicialmente programado. En un **primer nivel**, estaba el proyecto SAVIA acordado entre CICAD y AECID. En él se trazaban las líneas de actuación y resultados y actividades a realizar con carácter general y por país, con datos y compromisos concretos de los productos y alcances a lograr.

Como tal era un **proyecto marco** producto de la estrategia de fortalecimiento de CICAD para con las CND de los países de la región y, en parte, un traslado de la experiencia descentralizadora del Plan Nacional sobre Drogas español. Este primer nivel de proyecto, en líneas generales, recogía la identificación de actividades de interés de las CND fruto del intercambio de CICAD y visitas del administrador de SAVIA en etapas precedentes. En el mejor de los casos, las acciones o, en un segundo nivel, los proyectos nacionales a ejecutar eran perfilados aprovechando los encuentros regionales y el intercambio entre CICAD y los países. Tal es el caso del proyecto de Descentralización – Ampliación, compuesto en realidad por cuatro proyectos nacionales con sus respectivos resultados, actividades e indicadores. En otras ocasiones, el proyecto era trazado en sus aspectos fundamentales por CICAD y, una vez aprobada la subvención por parte de AECID, era posteriormente presentado a los países en todos sus detalles, renovando entonces la invitación a participar en él y acordando los puntos de compromiso en la ejecución nacional que se trasladaban a un Memorando de Entendimiento entre cada país y la CICAD. Como tal, este Memorando de Entendimiento era la concreción del **segundo nivel**, el **proyecto país**.

Cuando, además, SAVIA inicia la cofinanciación de proyectos locales en RDD, entramos en un **tercer nivel** de gestión, el **proyecto municipal**, que implica la identificación de municipios y autoridades locales con las que acordar un plan de actividades (POA), trasladarlo a un Memorando de Entendimiento entre DEVIDA y el municipio que fije las responsabilidades técnicas y financieras de las partes y los plazos y condiciones de ejecución.

Es este esquema de gestión tiene como ventajas la adaptación a los contextos nacionales y locales, y el avanzar siempre sobre la base de los acuerdos y la apropiación local. Demanda, por otro lado:

- Un conocimiento por adelantado de las condiciones (políticas, legales y burocráticas) de ejecución a nivel país y municipal.
- Unos tiempos más largos que cubran con holgura los pasos a dar hasta alcanzar los acuerdos formales y de gestión financiera y administrativa que han de darse en la cadena de los tres proyectos: el SAVIA regional, el SAVIA en Perú, y el proyecto municipal de SAVIA en cada localidad seleccionada.
- El sostenimiento de los compromisos iniciales, desde el nivel central (DEVIDA y apoyo político del Presidente del Consejo y el Secretario General), hasta el nivel de los municipios de intervención directa. Los primeros son, en principio más fácil de sostener una vez que DEVIDA acepta participar en SAVIA. Los segundos no son conocidos de antemano, y por lo mismo, conllevan más riesgos, ya que son identificados durante la fase de ejecución de SAVIA.

Todos estos factores influyeron en la eficiencia de SAVIA en Perú. Así, los principales obstáculos a los que se enfrentó el proyecto en el país fueron:

- Atender los requerimientos burocráticos y administrativos para la gestión de los proyectos locales (ej. autorización del Ministerio de Economía para la apertura de una cuenta exclusiva en el municipio, firma de los Memorando de Entendimiento por los órganos de gobierno locales).
- La alta rotación de las personas de referencia en los municipios, tanto personal técnico, como autoridades.
- Puntualmente, el PPPT de DEVIDA en 2009 no recibió la asignación presupuestaria que permitiese cofinanciar el compromiso adquirido con SAVIA, por lo que hubo que esperar a la aprobación del presupuesto del 2010 para firmar el Memorando e iniciar las actividades relacionadas con la identificación y puesta en marcha de proyectos locales (de ahí que no se hiciese un convocatoria pública para seleccionarlos).
- La transferencia de fondos al último proyecto de Ventanilla fue también lenta. La demora de 9 meses (septiembre 2012 a mayo 2013) no permitió el pago de las nóminas a las especialistas en prevención.

Tanto para el caso de Perú, como a nivel regional, todos los proyectos que componen SAVIA tuvieron una duración mayor a la estimada, prolongándose más de un tercio sobre lo previsto (de dos años iniciales a tres o más). Esto no impidió que en ocasiones existieran remantes de fondos sin ejecutar que fueron aplicándose en proyectos posteriores.

Algunos de estos factores terminaron por afectar al tiempo y forma en que las actividades y productos deberían ser realizados (ver Tabla abajo). Con una **buena valoración** encontraríamos las mesas o **talleres regionales**, las acciones de **formación**, y los **diagnósticos** locales, estos últimos como producto, no como efecto que debería provocar: apoyar: la formulación de planes y programas locales.

Por su parte, los **proyectos locales fueron de menos** (SAVIA Fase I) **a más** (SAVIA Fase II) por la concentración de recursos de 3 a una única localidad, y por disponer de más tiempo de preparación y de selección de los municipios adecuados. Es decir, se cumplían mejor los requisitos de “entrada” de SAVIA.

Por último, el **desempeño más bajo** correspondería a la conformación **espacios de coordinación sub-nacionales** (consejos regionales y COMUL municipales), en donde SAVIA no ha podido influir de una manera clara. El caso de las **estructuras** (unidades y oficinas) y los **Planes municipales** previstos en SAVIA, **no desarrollados** bajo la idea inicial, es una muestra de esa débil entrada en los municipios, algo que SAVIA no podía imponer por sí mismo cuando la propia DEVIDA no tenía dentro de su estrategia la elaboración de Planes municipales y ejecuta su labor en base a programas transfiriendo directamente fondos a los municipios.

Tabla valoración estimada de eficiencia de los productos y actividades Programa SAVIA 2003 – 2013

Actividades y productos (Perú)	Valoración (ejecución en tiempo y forma)
5 eventos inter-regionales	Ejecutados en el periodo previsto y con convocatoria muy positiva (todas las regiones salvo una). Representatividad de asistentes mejorable.
20 diagnósticos locales	En tiempo. Calidad variable. Utilidad no comprobada en todos los casos visitados.
8 Consejos Regionales	No claridad respecto a la influencia SAVIA. (Iniciativa de DEVIDA o Coop. Belga)
12 COMUL conformados (aprox.)	No claridad respecto a la influencia SAVIA. (Iniciativa de DEVIDA o Coop. Belga). Varios COMUL conformados pero inoperativos
6 Planes Regiones	No claridad respecto a la influencia SAVIA. (Iniciativa de DEVIDA o Coop. Belga). 4 de los 6 consignan presupuesto para prevención.
Planes Municipales.	Cantidad: sin datos. No elaborados como tales. Se asimilan al Plan Operativo Anual (POA) que da cobertura a actividades de cada proyecto local apoyado.
Cursos (promotores comunitarios 2 días y virtual 4 meses)	Ejecutados en tiempo. Calidad bien valorada en curso virtual, con aspectos de mejora (más tiempo destinado a módulo RDD) pero satisfactorio para asistentes.
4 Proyectos locales	Ejecución más prolongada de lo previsto (3 del interior del país). Prevención general: calidad en efecto en RDD dudosa. Retrasos en provisión fondos Ventanilla. Prevención general y selectiva: calidad en efecto RDD más alta.

Por último, a nivel de los proyectos locales ejecutados (4), si bien la cofinanciación de los tres primeros no fue tan alta como la esperada y, por lo general, se traducían en el pago del responsable del proyecto y aportes en especie (un local para actividades), siempre fueron con cargo a los recursos del municipio y no aportando fondos de otras cooperaciones externas. Lo mismo puede decirse en el caso del cuarto proyecto de Ventanilla, en este caso, además con más recursos, tanto económicos, como humanos y físicos.

IV. Consecución del propósito general de las intervenciones y otras cuestiones

La mayoría de elementos comentados hasta aquí conformaban el modelo que permitía, según SAVIA, sustentar las políticas municipales de drogas a nivel municipal. La valoración realizada en los apartados anteriores sirve, por lo tanto, para dar una impresión general respecto, que es resumida en la Tabla siguiente. Se toman como referencia los 4 municipios en los que SAVIA tuvo una intervención más directa.

Existencia de los elementos básicos para estructurar las políticas de drogas a nivel municipal.

Elementos política municipal drogas	Valoración
Cuentan con un Plan Municipal de Drogas.	En ninguno de los casos hay un Plan municipal propiamente dicho. Algunos municipios han emitido Ordenanzas. Todos en los que ha habido proyecto local, tienen un POA.
Existe un Consejo Municipal de Drogas o alguna institución homóloga.	COMUL en 2 de los 4 municipios de intervención. Uno de ellos no funcional al proyecto.
Cuentan con recursos económicos suficientes procedentes de fuentes estables de financiación, que han crecido antes y después del proyecto.	Recursos estables en 1 de los 4 proyectos (Ventanilla) y 1 más con apoyo logístico que continúa tras el proyecto (Banda de Shilcayo)
Cuentan con personal permanente y especializado.	1 de los 4, personal existente antes de SAVIA y que participa en formación y recibe asesoría de DEVIDA

Cuentan con indicadores desagregados que les proporciona información periódica sobre el fenómeno.	1 de los 4. Ventanilla hizo línea de base y, más útil, un proceso de investigación-acción acotado al barrio de intervención.
El marco legal y reglamentario existente permite y facilita su labor.	1 de los 4.
Participan en redes regionales, nacionales o internacionales	1 representante de Ventanilla participó en un taller internacional de SAVIA

A lo anterior habría que añadir dos puntos más. El primero tiene que ver con la concatenación de las acciones y los productos. SAVIA, por su envergadura como proyecto país no estaba en condiciones de garantizar una línea de actuación continuada y con una **trazabilidad** clara (mismas zonas y localidades, mismos actores) entre cada uno de los proyectos que componía el secuencia SAVIA. Así, la **lógica del modelo** se va quebrando al hacerse los diagnósticos en unas zonas, las acciones formativas en otras localidades (o parcialmente algunas de las anteriores) y no relacionadas con la aplicación de los diagnóstico a la conformación de políticas y programas municipales o, como en el caso de la formación virtual, abierta a nivel nacional y sin criterios de selección.

El ejemplo más claro de esta ruptura del modelo lógico es la constatación de que ninguno de los 3 **proyectos** locales iniciados a mediados de 2011 fue realizado en alguna de las 20 localidades en las que se había elaborado un **diagnóstico** situacional. Y que el proyecto impulsado en 2013 en Ventanilla, el diagnóstico había sido realizado un lustro antes (2006) y no fue rescatado por el equipo gestor del proyecto municipal que se dotó de su propia investigación.

Detrás de tal situación está la evidente **desproporción entre recursos financieros y técnicos con los que contaba el Programa SAVIA y los objetivos regionales y de país planteados** con intención de atender todos los **elementos** que contribuían al despliegue **de una política descentralizada** de RDD: factores a nivel sensibilidad política de las autoridades, de conformación de estructuras locales y espacios de coordinación, de asignación de recursos financieros dentro de los presupuestos de la administración sub-nacional, de capacitación profesional y de desarrollo de programas municipales, de RDD. Distribuidos los recursos de SAVIA entre varios países, una decena de años y todos y cada uno de esos elementos, es fácil concluir que impacto depende sobre todo de qué acompañamiento asuma DEVIDA a cada uno de las actividades que, discrecionalmente, SAVIA iba impulsando.

A partir de ahí, hablar de **efectos en la salud** de usuarios o consumidores problemáticos es difícil de estimar y sólo se puede hacer aproximaciones puntuales. No parece claro en los tres proyectos locales de SAVIA Fase I, volcados en la prevención general y campañas en centros educativos, ni se reporta sobre ello en la ficha de sistematización de las experiencias. En el caso de Ventanilla, por actuar de manera más selectiva, en ocasiones se detectan casos que es necesario derivar a los centros ambulatorios en coordinación con las autoridades sanitarias.

En este aspecto, son varios los aspectos a mejorar, tanto procedimentales, como de coordinación, pero sobre todo estructurales. La cobertura sanitaria pública, como se ha comentado (ver apartados 1.4. Ministerio de Salud y 2.4. Enfoque de salud pública) es claramente insuficiente y los centros privados no dispensan las mejores condiciones. Están actualmente iniciándose un proceso de acreditación si superan unos estándares fijados por el MINSA. La demanda, por otro lado, se cifra en casi 700.000 personas con signos de dependencia al alcohol y otras drogas. En 2012 se atendieron a cerca de 9.000 en 96 módulos de atención en adicciones, y un diagnóstico de 2010 de los centros de atención identificó a más de 11.000 personas en tratamiento en un total de 222 comunidades terapéuticas, lo que en total no alcanza el 3% de cobertura.

V. Contexto (influencia de variables externas ajenas al control del Programa SAVIA, elementos de riesgo y de oportunidad)

5.1. Voluntad política y valoración de las relaciones con la OEA y la CICAD

Dos son los principales factores contextuales que han influido en el Programa SAVIA para el caso peruano. En primer lugar, desde un inicio, **DEVIDA ha sido un aliado estable y comprometido** con el programa gracias a las estrechas relaciones con CICAD. En varios aspectos, como la guía de diagnóstico peruana, hizo una contribución significativa al conjunto del Programa y, a pesar de las dificultades y demoras, supo sacar adelante los compromisos de gestión adquiridos. Esta implicación de DEVIDA ha sido un elemento positivo que ha favorecido la buena marcha del programa o, al menos, evitado algunos riesgos mayores.

En todo caso, CICAD es visto como un socio para la asesoría técnica y espacios de discusión sobre la política regional de lucha contra las drogas, no como un gestor de proyectos. Es significativo que de las Memorias anuales revisadas de la última década, la mención a CICAD se asocia a los eventos hemisféricos y recomendaciones del MEM, y que solo existan dos menciones a SAVIA en los apartados dedicados a la Cooperación Internacional, en donde sí aparecen casi anualmente citados estadounidenses, belgas, alemanes y la Comisión Europea.

Con los años, habrá que estar atentos a cómo afecta la alianza con Ecuador y el resto de países de UNASUR a esta buena asociación con CICAD, y con SAVIA por extensión, por lo que supone de un discurso, sino enfrentado, al menos alternativa al que se asocia a CICAD, no tanto técnicamente, como de trasfondo político en la lucha contra las drogas.

En segundo lugar, habría que mencionar un elemento capital del contexto político del país que pesó mucho en la apuesta descentralizadora de SAVIA, en parte ya comentado en apartados anteriores (ver punto 2.5.). Nos referimos al proceso de descentralización político-administrativa del país. A lo ya comentado, podrían añadirse algunas conclusiones del último informe anual *Evaluación del proceso de descentralización* de la Comisión de Descentralización, Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado (ver recuadro).

Evaluación del proceso de descentralización (Informe anual 2013-2014)

Respecto del proceso de descentralización hay **dos posturas que han estado enfrentadas durante estos 12 años**, lo que es una de las características de todo proceso de descentralización en tanto hay dos fuerzas enfrentadas, las fuerzas centrípetas que buscan centralizar el poder y las decisiones y las fuerzas centrifugas que plantean todo lo contrario. Desde el gobierno anterior hasta el actual estas fuerzas han estado en pugna constante notándose que hoy existe un **claro avance de las fuerzas centralistas**,

En esa orientación y relacionado al marco normativo, es que se formularon proyectos de ley que fueron dictaminados relacionados a **modificaciones a la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y a la Ley Orgánica de Municipalidades**, los mismos que están **pendientes desde hace dos años** para su debate y aprobación en el pleno del Congreso de la República.

Estos dictámenes resuelven muchos de los problemas que hoy muestran la evidencia en la gestión de los gobiernos descentralizados y al mismo tiempo, la debilidad en la conducción de la descentralización del gobierno central. (...).

No solo están fallando los gobiernos regionales en su gestión, ni son los únicos responsables de esta situación, sino, también, parte de esta responsabilidad es compartida por las instituciones del **gobierno nacional que no cumplieron con sus competencias y funciones que le asignó la ley en materia de descentralización**.

Las bases de la descentralización señalaron principios y criterios fundamentales del proceso, uno de ellos consagró a la provisión como determinante en la asignación y transferencia de competencias, lo que significaba que **toda transferencia o delegación de competencias debiera ir acompañada de recursos financieros vinculados a los servicios** para asegurar su continuidad y eficiencia. Al respecto, no nos hemos limitado a verificar el avance porcentual del número de competencias transferidas, sino que nos hemos aproximado a la determinación de una "deuda por transferencias" que se tiene a los gobiernos regionales. La constatación central es que **no se ha cumplido con este principio y, por tanto, se afectó la calidad de los servicios a los ciudadanos**. (...)

Recentralización presupuestal

- El **gobierno nacional incrementa sus recursos**; mientras el de los **gobiernos locales se reducen**.
- El **presupuesto para gastos de capital del gobierno nacional crece** mientras cae el de los **gobiernos regionales y locales**.
- El **gobierno nacional muestra niveles bajos de ejecución** de recursos en actividades y proyectos en comparación con los gobiernos regionales.
- **Recentralización presupuestal** con programas presupuestales [*como el PPPT de SAVIA*] con enfoque en resultados.

5.2. Cambio de responsables/decisores en materia de drogas

La relación de DEVIDA con SAVIA no estuvo afectada por el cambio de persona de referencia, elevándose ésta incluso de un especialista en prevención, que había asistido a los dos primeros eventos regionales, a la Secretaría ejecutiva del PPPT.

8.4. Ficha-país Uruguay

ACJ	ASOCIACIÓN CRISTIANA DE JÓVENES
ANEP	ADMINISTRACION NACIONAL DE EDUCACIÓN PÚBLICA
ASSE	ADMINISTRACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DEL ESTADO
BPS	BANCO DE PREVISION SOCIAL
COPOLAD	PROGRAMA DE COOPERACIÓN ENTRE AMERICA LATINA Y UNION EUROPEA
FLACSO	FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
INAU	INSTITUTO NACIONAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
INEFOP	INSTITUTO NACIONAL DE EMPLEO Y FORMACIÓN PROFESIONAL
INJU	INSTITUTO NACIONAL DE LA JUVENTUD
IRCCA	INSTITUTO DE REGULACIÓN Y CONTROL DEL CANNABIS
JDD	JUNTAS DEPARTAMENTALES DE DROGAS
JND	JUNTA NACIONAL DE DROGAS
MEC	MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CULTURA
MIDES	MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
MINSAL	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
MTSS	MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
ODU	OBSERVATORIO URUGUAYO DE DROGAS
RENADRO	RED NACIONAL DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DE DROGODEPENDENCIAS
RIOD	RED IBEROAMERICANA DE ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN EN DROGAS
SNA	SECRETARIA NACIONAL DE ANTILAVADOS DE ACTIVOS
SND	SECRETARIA NACIONAL DE DROGAS
UTU	UNIVERSIDAD DEL TRABAJO DEL URUGUAY / CONSEJO DE EDUCACIÓN TÉCNICO PROFESIONAL

I. Capacidad institucional de la JUNTA NACIONAL DE DROGAS (estructura organizativa y recursos)

1.1. Año creación

En el año 1999, se declara de interés nacional la política pública de prevención, tratamiento y rehabilitación del uso abusivo de drogas y la represión del narcotráfico y sus delitos conexos. Se cambia de nombre a la Junta Nacional de Prevención y Represión del Tráfico Ilícito de Drogas por Junta Nacional de Drogas (JND). Se nombran sus miembros permanentes y se crea la Secretaría Nacional de Drogas, (SND) y las dependencias que la integran. (Decreto 346/999 de 28 de octubre de 1999)

1.2. Estructura organizativa de la JND

La JND se configura como un organismo dependiente de la Presidencia de la República de carácter interministerial, encargado de definir las líneas políticas en las distintas áreas en lo que respecta a la reducción de la demanda, control de la oferta y lavado de activos, sistematización de estudios, información e investigación, tratamiento y rehabilitación, comunicación, debate público y académico.

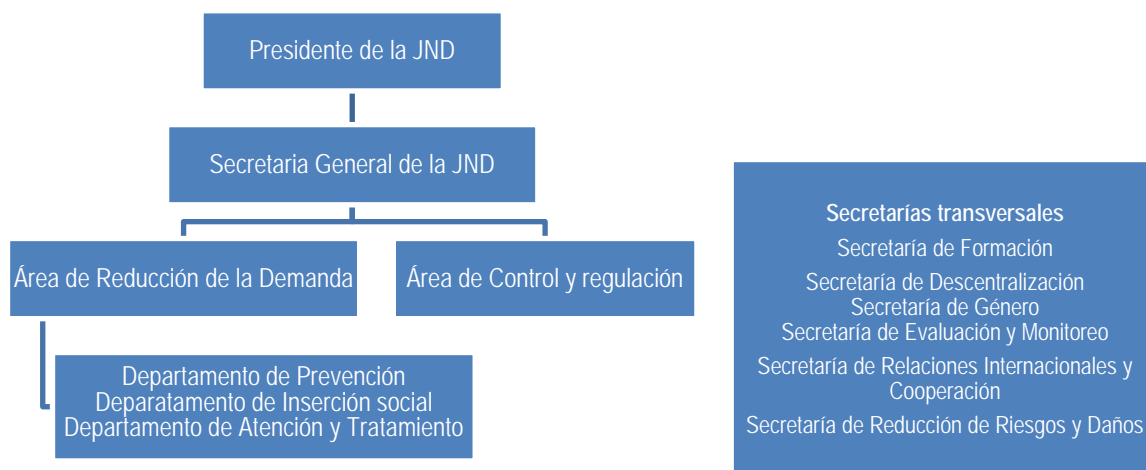
Es presidida por el Prosecretario de la Presidencia e integrada con el Secretario General de la Secretaría Nacional de Drogas (SND) y el Secretario General de la Secretaría Nacional Anti lavado de Activos (SNAA). Son componentes de la JND los Subsecretarios del Ministerio del Interior; Ministerio de Relaciones Exteriores; Ministerio de Economía y Finanzas; Ministerio de Defensa Nacional; Ministerio de Educación y Cultura (MEC); Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Ministerio de Salud Pública; Ministerio de Turismo y Deporte; Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)

Se trabaja intensamente sobre todo con los Mº de Salud Pública, MIDES, Mº Interior y Mº de Defensa (estos dos últimos en relación al control de la oferta), Mº de Relaciones Exteriores. El Mº de Salud Pública es clave en la política de drogas en Uruguay ya que la Estrategia Nacional contempla como principio orientador fundamental la perspectiva de la salud pública.

Se coordinan actuaciones de **forma intensa** también con algunos organismos autónomos, aunque no forman parte de la JND, como son: INAU (Instituto del Niño y Adolescente de Uruguay) dependiente del MIDES, con Enseñanza y ASSE (Administración de los Servicios Sanitarios del Estado) y ANEP (Administración Nacional de Educación Pública).

Además, forman parte de la JND: el Observatorio Uruguayo de Droga, un representante del Instituto de Regulación y Control del cannabis y la Coordinadora Ejecutiva de la RENADRO (Red Nacional Atención y Tratamiento de Drogodependencias)¹⁸.

Estructura organizativa de la JND (Áreas relevantes para el Programa Savia).



El programa Savia se empieza a coordinar desde la **Secretaría de Descentralización** (área responsable en materia de descentralización y apoyo a los departamentos) y en 2011 pasa al **Área de Reducción de la Demanda**, asumiendo el monitoreo técnico. Sin embargo, los trabajos vinculados al fortalecimiento de las JDD se mantienen en la Secretaría de Descentralización, que se vincula directamente con el territorio sin tener al Área de RDD como intermediario. En la actualidad, ambas unidades trabajan de manera coordinada en estos ámbitos.

¹⁸ "Comité Técnico del Fideicomiso del Consorcio Interinstitucional para las Políticas Sanitarias en materia de Drogas" Consorcio público que se pone en marcha en el 2014, integrado por Mº de Salud Pública, ASSE, MIDES e INAU. Articulan los recursos para el desarrollo de la Red Nacional de Drogas de Tratamiento (RENADRO). Su función es el desarrollo de los dispositivos de Atención y Tratamiento e incorpora el desarrollo de los dispositivos de base comunitaria (equipos de trabajo en territorio). Se cuenta con esta Red, complementaria de los centros de tratamiento que son más de carácter sociosanitario. Ambas redes de dispositivos se integran dentro de la RENADRO, junto a los dispositivos de inserción social entendidos como parte del tratamiento de drogodependencias en la política de drogas del país.

1.3. Recursos humanos

La Junta Nacional de Drogas cuenta en la actualidad con una plantilla de en torno a 50 profesionales, de los cuales más de 10 pertenecen al área de Reducción de la Demanda, que se ha fortalecido exponencialmente desde 2005.

La llegada de la nueva Secretaría de la JND (finales 2010), supuso cambios en la estructuración de los Departamentos y de las Secretarías. Por ejemplo, se crea la **Secretaría de Descentralización** que asume la coordinación del Programa Savia. Antes de esa fecha existía como temática de intervención, pero no contaba con un responsable. Así, esta unidad proporciona una cierta coordinación con los Departamentos y su existencia contribuyó a que el conjunto de técnicos de los departamentos empezaran a visualizar y tomaran conciencia de las expectativas sobre el interior del país de la nueva administración y favoreció una actuación más integrada [*“antes se acudía a los departamentos casi como grupos evangelizadores”*].

Según las declaraciones recogidas, la **Secretaría de descentralización** asumió mucha responsabilidad con un equipo de RRHH insuficiente y sin dedicación exclusiva. El programa Savia generó mucho trabajo administrativo y no se contaba con suficientes recursos humanos para cubrir todas las necesidades que iban surgiendo. *“La relación con 18 Departamentos era como tener 18 oficinas dependientes que hacían demandas de todo tipo”: de información, de coordinación, de visitas, etc.* Al no existir una capacidad real de ejecutar adecuadamente el proyecto, se convirtió en un proceso de debilitamiento y un desgaste de los funcionarios que lo tenían que ejecutar *“estábamos literalmente desbordados”*.

El equipo de Recursos Humanos ha sido muy fluctuante en la Secretaría de Descentralización (fueron 3 personas, después dos, luego una persona solamente (durante un año o año y medio), y de nuevo volvieron a ser dos técnicos). Sin embargo, es valorable que se contara a lo largo de todo el proceso con recursos humanos mantenidos, aunque deficitarios en términos cuantitativos.

En el **Área de Reducción de la Demanda de Drogas** se integran tres departamentos: **Departamento de Prevención**, Departamento de Inserción Social y Departamento de Atención y Tratamiento. Uno de los Departamentos clave y que cuenta con un mayor peso específico dentro del Área de RDD es el de Prevención, que ha ido creciendo en la medida que se necesitaba un equipo mayor para abordar cada uno de los lineamientos de la Estrategia Nacional sobre Drogas cuya prioridad es la prevención. Los diferentes técnicos de este departamento se responsabilizan de un punto de la Estrategia Nacional de Drogas en prevención:

- intervención en el ámbito de la Educación formal (equipo de 3 personas).
- intervención en el ámbito de la Educación no formal y ámbito de Comunidad y Juventud que es un área transversal (1 persona).
- intervención en el ámbito de alternativas a través del deporte (“Por el deporte”), programa que se articula con Habilidades de Vida. (1 persona).
- Intervención en el ámbito de la prevención familiar y prevención laboral (una persona). En el primero de ellos se desarrollan dos programas: uno de prevención universal y otro de prevención selectiva y en el ámbito laboral, una línea de trabajo coordinada con los Sindicatos y empresarios.
- Intervención a través de programas selectivos de reducción de daños y riesgos en eventos masivos y encuentros de ocio y corredor turístico en los meses de verano. (Programa “Consumo cuidado” programa de reducción de riesgos en eventos festivos (equipo de 1 persona).
- Intervención a través de la Red RENADRO (Red Nacional de Atención en Drogas), que también está vinculada con Prevención.

El Departamento de Prevención no cuenta con un equipo técnico específico para Prevención Indicada e Intervención temprana. La intervención mayoritaria se concentra en la prevención universal.

Es en el Departamento de Prevención donde se lleva a cabo el análisis de los proyectos que se han financiado con SAVIA, con objeto de valorar su calidad técnica y se encarga también de su monitoreo, manteniendo sucesivas reuniones con las JDD y las Organizaciones Sociales que los desarrollan. Los proyectos son asignados a un técnico asociado al área del proyecto, quien los supervisa en el terreno. La Secretaría de Evaluación proporciona el instrumento para el seguimiento.

Se cuenta con otros **Departamentos para Tratamiento y Rehabilitación y Reinserción social**, cada uno de ellos con dos personas. No consta que se hayan elaborado protocolos para derivación de casos detectados de consumos problemáticos en las intervenciones preventivas, sobre todo porque las intervenciones preventivas selectivas no son muy numerosas (actualmente el proyecto Aleros (Montevideo) y el "Programa con sumo cuidado" en espacios de ocio). En algunos casos los proyectos se implementan en zonas de mayor vulnerabilidad y/o riesgo social, por ejemplo en el Departamento de Canelones.

En la JND existe también un **Observatorio Nacional de Drogas (OUD)** que proporciona información periódica sobre el fenómeno del consumo de drogas: datos epidemiológicos sobre frecuencia y prevalencia de consumos, edades de inicio en el consumo de las diferentes sustancias, coberturas e identificación de usos problemáticos de drogas, indicadores de control de la oferta, así como de tratamiento. Es decir, toda la información útil para la fijación de las políticas de drogas.

Las estadísticas existentes se mantienen y actualizan con la periodicidad prevista. Asimismo, se realizan investigaciones específicas puntuales de acuerdo a algunas problemáticas. La desagregación por sexo sólo se comienza a hacer en los últimos años.

Las encuestas periódicas son la Encuesta a hogares (cada 4/5 años) y la encuesta estudiantes (cada 2 años). En general, sólo permiten una desagregación territorial entre los departamentos de Montevideo y su zona metropolitana y el resto del país en el interior, fundamentalmente por razones de coste. Es posible trabajar con la Encuesta a hogares a nivel regional o departamental, pero el margen de error se amplía demasiado, así que se recurre a las proyecciones de los datos nacionales.

Además, los representantes del OUD manifiestan que el incremento del gasto no redundaría en grandes hallazgos, puesto que el país es bastante homogéneo, con la excepción de los departamentos fronterizos.

1.4. Recursos financieros

La mayor parte del presupuesto uruguayo en este ámbito se encuentra integrado en la ejecución presupuestal de los diferentes Ministerios u organismos prestadores y la JND no cuenta con esa información. De manera adicional, la Junta dispone de un rubro central que es el que maneja directamente y del que nos proporciona información.

La evolución de ese rubro muestra que el presupuesto de la JND ha crecido exponencialmente desde el año 2008, con un volumen que en 2013 multiplicaba por más de 16 veces el presupuesto inicial. Este crecimiento se concreta en crecimientos presupuestarios que, de periodo a periodo, multiplican los recursos anteriores en aproximadamente 2,5 veces. Eso ocurrió entre 2009 y 2008 (multiplicó por 2,6), entre 2011 y 2010 (por 2,5) y, finalmente, entre 2013 y 2012 (multiplicó por 2,4). Los presupuestos de 2014 son idénticos a los de 2013 y eso supone que considerando el periodo completo se llega a ese incremento exponencial que se mencionaba al comienzo de este párrafo.

Año	Presupuesto (pesos uruguayos)
2008	3.197.000
2009	8.370.000
2010	8.370.000
2011	21.864.801
2012	21.864.801
2013	51.864.801

Fuente. Junta Nacional de Drogas

Se ha optado por incluir la información en pesos uruguayos, para que las variaciones experimentadas por el cambio de divisa no distorsionasen la evolución. Simplemente con el fin de entender el orden de magnitud de que se trata, este presupuesto pasó de 409.341 US\$ en 2008 a aproximadamente 2.430.000 US\$ en 2013.

Por otra parte, en 2004 se realizó un Estudio de Costos Humanos y Sociales del Consumo Problemático de Drogas en el marco de un programa con la CICAD, que mostró que en aquel momento sólo un 36% del presupuesto se dedicaba a reducción de la demanda, siendo el resto del presupuesto para el control de oferta. Aunque no se han realizado estudios posteriores, la JND facilita el dato de que en 2013 el 51% del presupuesto se destinaba a financiar las actuaciones de control de la oferta de drogas, lo que significa que, proporcionalmente, las actuaciones de demanda suponen en la actualidad 13 puntos porcentuales más de su presupuesto.

1.5. Mecanismos de coordinación interinstitucional

▪ Inter-gubernamental (Ministerios):

La JND como espacio de articulación institucional está apoyada en un aparato técnico (Secretaría Nacional de Drogas). Conformada por los Ministerios (ver esquema inicial) a nivel de Subsecretario. Sus funciones son enmarcar y liderar la política de drogas con los Ministerios que la integran, articulando estos organismos. Su funcionamiento es en pleno, pero se mantienen reuniones para temas específicos que sean competencia de cada Ministerio. Se reúne con bastante asiduidad (3-4 veces por año), si bien la periodicidad es variable en función de cada momento político y dependiendo de las temáticas a tratar en cada momento participan unos u otros Ministerios.

▪ Inter-administraciones:

Las estructuras de gobierno de Uruguay están muy centralizadas. Hasta el año 2010 sólo existían dos niveles de la Administración: nivel nacional central (poder ejecutivo y Ministerios) y el departamental, segundo nivel de la Administración, representado por las Intendencias. En el año 2010 se promulga la Ley de Descentralización que crea en el país el tercer nivel de gobierno (municipalidades), aún muy débil, en proceso de creación y sin presupuesto propio.

La estructura política y técnica de de la JND en el territorio se sustenta en las Juntas Departamentales de Drogas (JDD), que se empezaron a constituir en torno a 2007, pero se crearon formalmente en el año 2010 mediante Decreto 84/2010 de 25 de febrero, que crea también las Juntas Locales de Drogas (JLD), de escaso recorrido hasta el momento¹⁹. Las delegaciones departamentales de los Ministerios que

¹⁹ Hay pocas experiencias de Juntas Locales, que no tienen una relación jerárquica con las JDD en los departamentos en que se han constituido.

forman parte de la Junta Nacional son, junto con las Intendencias, quienes integran las Juntas Departamentales con carácter de invitados y se otorga a la Secretaría Nacional de Drogas el rol de coordinar el proceso de consolidación de las JDDs.

El Decreto 387/2012 de 4 de diciembre modifica el anterior, corrigiendo el marco jurídico de las JDD y de las JLD. A partir de este momento los representantes ministeriales en el territorio, designados por sus respectivas instituciones pasan a conformarse como miembros plenos de las Juntas. Bajo este marco jurídico se está interviniendo en la actualidad.

Las JDDs no dependen de la JND, sino que se constituyen como un **espacio de articulación territorial** interinstitucional, espacio de encuentro y coordinación de las políticas de drogas a nivel sub-nacional. Tampoco son mini-secretarías técnicas, sino **órganos políticos de decisión**. En la práctica, sin embargo, no siempre resulta fácil una separación completa entre lo político y lo técnico.

La coordinación de las JDD corre a cargo de un referente institucional, que suele ser funcionario del Gobierno departamental, habitualmente el Director o Directora del Ministerio de Salud, del de Desarrollo Social u otro Director/a departamental del área social. La coordinación es rotativa cada dos años.

Los gobiernos departamentales (Intendencia) son elegidos democráticamente por la ciudadanía y son, por tanto, gobiernos autónomos. Eso significa que la JND no tiene competencias para dar mandatos a los gobiernos departamentales. Son más bien las Intendencias quienes tienen las competencias en todos los ámbitos en el marco de su territorio, incluido el ámbito de las drogas.

Estas competencias quedan reflejadas en la Estrategia Nacional sobre Drogas (2011-2015), en donde se sostiene que **los gobiernos departamentales son los actores clave en la política de drogas**. Sin embargo, se produce un cruce entre el eje territorial (JDD) y el eje sectorial (Política de Drogas), ya que en lo referente al componente sectorial, los Ministerios son los que tienen mayor competencia. En este sentido, las políticas nacionales están por encima de los gobiernos departamentales.

Las JDD muestran un diferente nivel de desarrollo según el Departamento de que se trate. También las situaciones de coordinación inter-administraciones son muy dispares: hay JDDs que trabajan coordinadamente con las Intendencias y Departamentos donde la Intendencia tiene su propia oficina y sus técnicos intervienen en paralelo a la JDD, manteniéndose al margen de la JDD.

Las JDD en general mantienen reuniones mensuales, aunque algunas se reúnen con mayor frecuencia para tratar temas específicos. Todas las instituciones que participan cooperan con recursos ya que las JDDs, como tales, **no cuentan con presupuesto propio**, con todas las dificultades que esto implica de gestión, coordinación, logro de consensos, etc.

Además la JND convoca un encuentro anual de JDDs, de carácter nacional o por regiones, para coordinar y debatir sobre la política de drogas y el plan de actuación de la JND. Estos encuentros anuales se viene celebrando desde el año 2002, se han celebrado cerca de 12/14 encuentros de este tipo en cada momento con las Juntas ya existentes.

Según las declaraciones recogidas, el programa SAVIA fue un apoyo fundamental para el acompañamiento al proceso de fortalecimiento de las JDDs que, además de sus escasos recursos económicos, contaban con una limitada capacidad técnica. SAVIA proporcionó apoyo presupuestal a su funcionamiento (cierto que pequeño: 5.000 US\$ por parte de la CICAD y aproximadamente otro tanto de la JND), pero relevante ya que era inexistente antes de su llegada. Esta financiación les permitió contar con una capacidad operativa que se ha mantenido e incrementado hasta la actualidad.

Actualmente existen 19 Juntas Departamentales, con la creación de la Junta del Departamento de Montevideo en 2008.

▪ Con sociedad civil organizada

Las ONG en la mayor parte de los Departamentos **no tienen una presencia** formal en las JDD, si bien, como se verá más adelante, frecuentemente han sido las responsables de la implementación de los proyectos locales diseñados por las JDD en el marco de SAVIA. Las ONG no han participado en este diseño aunque en ocasiones se pide a algunas ONG prestigiosas del departamento que aporten ideas y sugerencias para posibles proyectos locales o se han apoyado algunas iniciativas que ya se habían puesto en marcha por parte de alguna de ellas.

Sin embargo, el procedimiento típico y más extendido es que la JDD diseñe un proyecto y después se busque una organización ejecutora. En general, se selecciona una ONG con la que se haya trabajado anteriormente a nivel local, que sea conocida y con un prestigio que incremente la garantía de calidad. Pero algunos de los proyectos aprobados en SAVIA también han sido ejecutados por alguna otra vía:

- Por el propio equipo de las instituciones representadas en la JDD, ya sea de la Intendencia, de un Ministerio, ya sea un equipo interinstitucional. Ejemplos de alguna de estas opciones se han encontrado en los Departamentos de Canelones y de Colonia.
- Mediante pequeñas convocatorias lanzadas por las JDD hacia las ONG locales que tengan ideas de proyectos. Una ONG se puede involucrar, no para ejecutar lo que la JDD ya formuló, sino para aportar ideas y sugerencias de posibles proyectos. Esta vía se utiliza en muy pocos casos.

La situación de las JDDs en este aspecto es dispar: en algunas sostienen que existen unas redes sociales fuertes que desarrollan las actividades, mientras que en otras esta red es muy precaria.

- Mecanismos de coordinación interinstitucional departamental complementarios con las JDD. A título de ejemplo, existen:

Mesas interinstitucionales del MIDES, integradas por algunos Ministerios: el propio MIDES, el de Salud Pública, el de Economía, Interior, Defensa y los Ministerios de Educación y Cultura. Estas mesas para el desarrollo de las políticas sociales se han constituido posteriormente a las JDD, son muy similares a ellas y cuentan con dificultades muy similares. Su ventaja es que el propio MIDES tiene una oficina en la capital departamental, por lo que existe un referente de dedicación activa y un equipo profesional asignado. En muchos casos, el coordinador/a de estas mesas es el mismo que el de la JDD y en algunos la JDD funciona como un área especializada dentro del conjunto de las políticas sociales.

Mesa interinstitucional de inserción social: participan centros de tratamiento (públicos y privados), entidades de capacitación e instituciones estatales, tales como MTSS, INEFOP, INJU y MIDES.

En la actualidad, se ha constituido un *fideicomiso público* en el que participan 4 instituciones que aportan fondos para la política de la Red Nacional de Tratamiento de Drogas y parece que el MIDES tiene previsto para el próximo quinquenio²⁰ una partida presupuestaria para esta temática.

1.5. Funcionamiento de la coordinación interinstitucional

La participación **real** en las JDDs es muy variada e irregular: algunas JDD cuentan con una amplia representación de instituciones y en otras la representación es menor, aún están poco consolidadas. En todos los casos, suele haber un "núcleo fijo" que participa con asiduidad -"son siempre los mismos"- y otras instituciones que acuden de vez en cuando. Por otro lado, no siempre se envía a los mismos representantes, lo que produce desajustes y ralentiza y entorpece los procesos. Todos los Ministerios

²⁰ Los presupuestos del país son cada 5 años, asociados a una Presidencia y un determinado gobierno.

manifiestan que su participación es una prioridad, pero el modo en el que este planteamiento se concreta en cada uno de los territorios y cómo se incorpora a la agenda local varía en gran medida.

Por su parte, las relaciones y participación de las intendencias en las JDD depende de una variedad de factores, entre los que se encuentra el hecho de que una y otras sean de color político diferente. Hay que pensar que la intendencia es la encargada del control de fondos a este nivel, por lo que su falta de cooperación puede producir dificultades relevantes.

En algunas JDD están involucradas todas las instituciones y la coordinación interinstitucional es efectiva, pero en otras este proceso no está consolidado y siguen estando condicionadas por la predisposición de los responsables locales a participar y por una coordinación interinstitucional estable. Según la información suministrada en estos momentos aproximadamente la mitad de las Juntas estarían funcionando de manera fluida, un quinto de ellas mostrarían claras deficiencias en cuanto a funcionamiento y voluntad de trabajo conjunto y el 30% restante estaría en una situación intermedia. Es necesario hacer un esfuerzo adicional para la integración institucional y la alineación de sus planteamientos con la Estrategia Nacional.

Las JDD trabajan con bastante precariedad de medios económicos y de recursos humanos. No cuentan con RRHH propios, sino con la dedicación de algunas horas de algún funcionario/a perteneciente a alguno de los Ministerios -generalmente Salud Pública y/o MIDES- (con suerte, una dedicación de media jornada). Tampoco disponen de presupuesto propio, sino que las instituciones que participan ceden algunos recursos, habitualmente en especie. En el marco de SAVIA **la JND financia solamente los proyectos** que constituyeron la primera aportación dineraria que llegó a las JDD.

El tejido de ONG en Uruguay es muy débil en este tema: hay pocas ONGs que trabajan en temas de adicciones y las existentes se han centrado más en atención/asistencia o intervienen en programas más generales, como atención a la infancia/adolescencia, etc.

La ciudadanía que participaba de manera voluntaria a nivel local en un momento dado demandó cierta legitimación y recursos en términos de remuneración económica. Se trataba de líderes locales que se consideraban muy valiosos y que fueron desplazados por la presencia del Estado y a través de las JDD. Es decir, los vecinos y líderes comunitarios se sustituyeron por Directores departamentales de política pública. Fue un proceso de cambio lento y con dificultades de entendimiento, que alejó a personas valiosas de la sociedad civil, organizada y no organizada, del proceso de constitución de las JDD.

Con SAVIA se produce un incremento de demandas a las JDD, cuando la mayor parte de estas aún no tenían capacidad para dar una respuesta adecuada. En consecuencia, los proyectos locales que se diseñaron contaban con una escasa calidad técnica. Aún así, hubo algunas buenas implementaciones de proyectos, básicamente cuando la motivación, la responsabilidad e implicación personal de los equipos era muy fuerte, lo que compensaba al menos en parte la escasez de recursos disponibles.

1.6. Recursos económicos para el desarrollo de proyectos locales

Los presupuestos en Uruguay son verticales, pertenecen a cada Ministerio, y **la temática de drogas es transversal**. Se percibe como una debilidad y/o dificultad que dificulta la gestión y que exige una negociación y una articulación de recursos en el ámbito de las JDD. Con Savia se inició un canal de financiación de pequeños proyectos locales de prevención. Las transferencias de CICAD-OEA a cada proyecto fueron de 5.000 US\$ y otro tanto en pesos uruguayos desde la JND, siendo la financiación igualitaria para todas las JDD.

Las transferencias anuales de recursos desde la JND a las Juntas Departamentales se mantienen una vez que se agota el financiamiento de CICAD-OEA, recibiendo la parte correspondiente del presupuesto nacional. La Secretaria de Descentralización decidió en 2010, y ya se encuentra previsto

por ley y se planifica todos los años, una transferencia de 5.000 US\$ a cada JDD para la implementación de proyectos a través de tres mecanismos:

- Los proyectos FIL (Fondos de Iniciativa Local), que no son fondos concursales, puesto que se van a apoyar en todo caso. Las JDD formulan sus proyectos y se envían al Área de RDD de la JND para su supervisión y mejora. El proceso se repite hasta que los proyectos cuentan con la calidad requerida. En el caso de que ya cuenten con ella en el momento de la presentación inicial son aprobados directamente. Es el mismo mecanismo que se utilizaba durante la vigencia del Programa Savia.
- Los Fondos Concurales se asignan a los 5 mejores proyectos mediante convocatoria abierta. Las propuestas de proyectos de prevención las pueden presentar las JDD o cualquier organización de la sociedad civil. Sin embargo, la JDD debe estar enterada de que en su Departamento se va a gestionar determinado proyecto, ya que deben implicarse en su desarrollo, definiendo el rol que cada parte va a asumir durante su implementación. Son compatibles con los proyectos FIL.
- Los premios concursales también están establecidos por Ley con una asignación global de 2 millones de pesos uruguayos. Se destinan a premiar experiencias que se hayan desarrollado el año anterior.

Los Fondos y Premios Concurales no han sido utilizados por Savia, pero son complementarios con él en la medida en que impulsan el proceso de descentralización de las políticas de drogas.

II. Política y marco programático en materia de drogas

2.1. Plan o estrategia nacional en materia de drogas

Estrategia Nacional 2011–2015, en vigor, que se construye a partir de los avances en la implementación de políticas de drogas y las bases y principios fundamentales que las guiaron durante el período de gestión 2005-2010 (Estrategia anterior). La Estrategia Nacional sobre Drogas es elaborada por la JND y se presenta e informa al Parlamento, pero es aprobada por la Presidencia, sin necesidad de que sea sancionada por el Parlamento.

2.2. Relevancia de Savia en la creación y renovación de las políticas de drogas

Uruguay desde el año 2000, ya había incorporado la perspectiva de reducción de daños y riesgos que eran temas muy controvertidos y resistidos desde CICAD-OEA y Naciones Unidas. Por otro lado, el proceso de “descentralización”, que tuvo sus orígenes en el año 2008, coincide con el inicio del Programa Savia y tuvo una influencia importante a la hora de favorecer y facilitar este proceso. El programa Savia vino a reforzar un proceso que ya se estaba poniendo en marcha en el país (“*vino como anillo al dedo*”).

Además, muchos de los planteamientos y enfoques de la política de drogas que plantea el programa Savia ya estaban concebidos anteriormente a la llegada del programa, el cual contribuyó a que se desarrollaran y consolidaran, tales como: descentralización de las políticas de drogas, perspectiva de salud pública, de DDHH, prioridad de la reducción de la demanda, modelo psicosocial del fenómeno frente al modelo o enfoque ético/jurídico y las políticas criminalizadoras y perspectiva de la reducción de daños y riesgos, tanto en las estrategias preventivas como asistenciales.

Savia empujó para avanzar más rápido y mejor y fue una especie de catalizador de numerosos elementos que estaban a punto de consolidarse y que pasaron a concretarse, permitiendo los desarrollos conceptuales fundamentales, así como la transmisión e intercambio de prácticas.

El programa contribuyó notablemente a la sensibilización y a la toma de conciencia por parte de las personas que estaban desarrollando actividades relacionadas con la temática de las drogas en el interior,

(voluntarios/as y técnicos/as, líderes comunitarios, etc.), de la importancia de contar con un análisis de la realidad local para establecer un plan departamental de drogas y de la necesidad de formarse.

2.3. Enfoque y abordaje en materia de drogas en la política o estrategia nacional.

La perspectiva de la RDD ya se contemplaba en la Estrategia Nacional 2005-2009, pero adquiere un peso específico mayor en la actual (2011/2015), que aborda un nuevo paradigma sobre la política de drogas que se ha ido implantando lentamente con unos nuevos referentes. Uruguay ha reclamado en el seno de la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas la necesidad de revisar el paradigma vigente y avanzar en una evaluación seria de la estrategia mundial y de los modelos de fiscalización actuales a través de un debate político, cultural, que recoja los aportes científico-académicos y saberes acumulados en las prácticas sociales y comunitarias evaluadas como positivas.

Un componente clave de la Estrategia en Drogas de Uruguay promueve como un imperativo político, ético y científico la discusión de nuevos paradigmas y de sistemas de fiscalización que contemplen la despenalización y/o descriminalización consensuada de los segmentos menos problemáticos. En este marco la JND ha definido que el desarrollo de sus acciones se oriente en base a los siguientes principios: (Estrategia Nacional sobre Drogas 2011-2015):

- **Derechos humanos.** Integración de principios e instrumentos de DDHH con la política de drogas. Respeto de derechos y garantías en todas las dimensiones.
- **Equidad.** Compromiso en el logro de la dignidad y equidad humana, incorporando la equidad socio económica, de género, generaciones y territorios.
- **Democracia.** Necesidad de abrir un gran debate hemisférico, regional, nacional y local, integrando todas las miradas como forma democrática de fortalecer la estrategia en drogas.
- **Cooperación, responsabilidad común equitativamente compartida.** Defensa del multilateralismo como patrimonio del hemisferio y unidad en la diversidad.
- **Integralidad, equilibrio y transversalidad.** Abordaje complejo, interinstitucional, cooperación con la sociedad civil y ampliación de las visiones y modalidades de intervención.
- **Participación.** Gestión compartida de los riesgos, construcción de las políticas con la comunidad desde un Estado presente y responsabilidad social compartida.
- **Evidencia científica y buenas prácticas.** Políticas de Drogas basadas en información y conocimiento de base científica y de buenas prácticas evaluadas debidamente.

En sus **bases programáticas** para la construcción de políticas públicas sobre el fenómeno y el problema social en drogas, se señalan una serie de puntos clave:

- Nº2 La JND asume su responsabilidad en la construcción de las políticas públicas de drogas desde el **respeto de los Derechos Humanos individuales y colectivos.**
- Nº4 **Privilegia como piedras angulares las acciones en el ámbito local de la política de drogas,** con un compromiso compartido con los gobiernos y los actores municipales y comunitarios, la prevención en el ámbito laboral [...], un enfoque socio sanitario desde la Atención Primaria en Salud y la sistematización e institucionalización en el ámbito de todo el Sistema Educativo incorporando la información y prevención del tema drogas desde una perspectiva de formación en promoción de habilidades para la vida.
- Nº 5 **La descentralización es un proceso inherente al enfoque de cogestión de políticas** sobre el problema de las drogas. Hace al papel protagónico de Intendencias, Alcaldías, Juntas Departamentales de Drogas y entidades de la sociedad civil. Responde a una concepción medular que pretende desplegar los saberes y la capacidad de la comunidad organizada, sus organizaciones sociales, vecinales y no gubernamentales, junto a los organismos nacionales y municipales de acción local.

- Nº 6 Promoverá un abordaje socio sanitario** desde una óptica de salud pública en su más amplia acepción. Incluye el derecho a la salud, la educación en salud, la prevención, detección precoz, asistencia y tratamiento en el campo de la enfermedad y de la reducción de daños a través de diversos dispositivos. El enfoque de salud pública constituye un pilar desde una óptica de solidaridad social y de una concepción bio-psico-social que incluye la promoción, prevención y el trabajo comunitario con participación activa de todos los actores locales públicos, privados, de organizaciones vecinales, ONG y líderes comunitarios.
- Nº 7 El impulso desde el Estado y con todo el tejido social de redes de promoción y prevención, de proximidad y de atención en salud, tratamiento y reinserción social** que coordinen todas las acciones inherentes al consumo problemático de drogas legales e ilegales desde una visión participativa e inclusiva.
- Nº 8 El enfoque preventivo-educativo debe estar incorporado a los sistemas formales y no formales de educación**, privilegiando que docentes, padres y madres, educandos y agentes comunitarios incorporen un pensamiento crítico y creativo, racional y emocional enfocado a desarrollar habilidades y valores para la vida.
- Nº 10 No comparte los enfoques prohibicionistas y la concepciones de “guerra a las drogas” extendidas a nivel internacional** que han tenido como consecuencia causar más daño, generar más violencia y corrupción y no han tenido éxito en cuanto a las metas que persiguen. El modelo de tipo prohibicionista, que ha sustentado el peso político, cultural y presupuestal totalmente desbalanceado hacia la reducción de la oferta, está siendo cuestionado por su ineficacia e ineficiencia.
- Nº 11 El enfoque de salud pública, de convivencia y seguridad ciudadana es un desafío de integración social y de reconocimiento del derecho de terceros.**

Asimismo, entre los **lineamientos estratégicos** se señalan:

- III. Promover políticas de reducción de la demanda estructuradas a partir de la investigación de la complejidad del fenómeno en sus aspectos globales y en las contingencias de la realidad nacional y local.
- IV. Impulsar y fortalecer la transversalización de la perspectiva de género en el conjunto de estrategias, planes y acciones que se desarrollen por parte de la diversidad de actores involucrados en el diseño y ejecución de las Políticas de Drogas en el país.
- Las políticas de reducción de riesgos y daños tendrán como finalidad contemplar al conjunto de UPD con propuestas educativas, preventivas, de inserción y sanitarias de acuerdo a sus realidades e intereses.
- Establecer la descentralización y territorialización de todas las políticas de drogas desarrolladas por la JND favoreciendo la participación de los ciudadanos en el diseño y ejecución de programas, proyectos y acciones que se ajusten a las diferentes realidades locales.
- IX. Promover e impulsar políticas y estrategias de drogas en el ámbito internacional y regional que sostengan enfoques humanistas fundados en el marco de los derechos humanos.

El alineamiento de los objetivos del programa se produce con los lineamientos estratégicos señalados en la Estrategia Nacional sobre Drogas de Uruguay.

La perspectiva de género está más desarrollada en el discurso que en la realidad de los proyectos. Todavía no es una realidad efectiva, tratándose como un planteamiento transversal todavía muy precario a pesar de que la JND cuenta con una Secretaría de Género, de reciente creación. Se está en la fase de “poner el tema sobre la mesa” con campañas de sensibilización. No hay un mandato interno desde la JND de que en sus actuaciones se contemple la perspectiva de género, no existe la obligación ni se visualiza como necesario, solamente “se insta” y numerosas actuaciones todavía no pasan por la Secretaría de género para su supervisión.

En los proyectos apoyados por Savia en los Departamentos no se contemplaba la perspectiva de género. En la actualidad se ha incorporado un presupuesto específico de los Fondos Concuriales para proyectos sobre género y drogas.

Un desafío actual importante en el que está inmerso el país en relación a su política sobre Drogas es la Regulación de la Ley del cannabis y la implantación de la Red pública de centros de asistenciales (dispositivos "Ciudadela").

2.4. Prioridad asignada al proceso de descentralización.

Uruguay estaba en el punto de maduración necesario para trabajar en la línea propuesta por Savia. La idea de descentralización estaba presente antes de la llegada del programa. En la década de los 80 ya se sostenía la conveniencia de crear instancias de coordinación de la política de drogas en los Departamentos, pero se trataba de un tema todavía débil. Los responsables políticos se encontraban sensibilizado sobre el tema ya que el objetivo de la descentralización en la actualización de la política o estrategia nacional que ya estaba prevista.

Existe un marco legal que favorece el proceso de desconcentración y el objetivo de la descentralización es recogido en la actual Estrategia Nacional de Drogas, en un apartado concreto: "La descentralización en el marco de la Estrategia Nacional para el abordaje del problema de drogas para el periodo 2111/2015 y se señala específicamente en los subapartados: Base Programática 5, lineamiento estratégico I.3. y lineamiento estratégico VII.

El programa ayudó a fortalecer las JDD, a hacerlas visibles, pero la descentralización de las políticas de drogas no es un objetivo que se haya conseguido hasta la fecha. El programa Savia "*significó para Uruguay una semilla*", porque aunque los recursos económicos no era muy elevados, proporcionó una metodología y un procedimiento de trabajo: diseño para cada departamento de unos proyectos de intervención en drogas, capacitar a las personas en el territorio, implementar proyectos con financiación, intercambios de técnicos, etc., todo ello como requisitos para poder acceder a los fondos. Savia fue el embrión de los proyectos actuales que se financian con los FIL. (Sostenibilidad)

En realidad, en el país existen unas condiciones favorecedoras para un proceso de desconcentración, más que para una auténtica descentralización, como puede verse, por ejemplo, en que las JDD, aunque tienen competencias en materia de drogas, no reciben fondos de las instituciones centrales. Además, no se ha producido una transferencia a los departamentos ni a los municipios de competencias para poder definir sus propias políticas de drogas.

2.5. Complementariedad del Programa SAVIA con otras actuaciones.

Programa COPOLAD: Se participó en distintos seminarios y capacitaciones en el exterior financiados por COPOLAD sobre descentralización de políticas de drogas, encuentros de Observatorios, reuniones de investigación, prevención o buenas prácticas. COPOLAD en la actualidad tiene una complementariedad pero dentro de otra lógica de cooperación ya que financia el fortalecimiento de RRHH e institucional.

III. Ejecución del Programa SAVIA, diseño, actividades y productos

3.1. Origen de las relaciones del Programa SAVIA con el país

El proyecto surge por una demanda específica del país a la CICAD, se estaba avanzando en los países de la región andina y Uruguay se encontraba un poco más atrás en el proceso de descentralización. Se hizo la propuesta de incorporación y los contactos y la buena disposición de CICAD-OEA sumaron el país al programa Savia, ya que se necesitaba un apoyo, un empuje para avanzar en el proceso de descentralización para trabajar con las JDDs. Uruguay se incorpora al programa Savia en el año 2008.

3.2. Adecuación del Programa SAVIA al país/prioridades CND.

Uruguay se integra a Savia para reforzar el proceso de descentralización previsto y ya puesto en marcha por las JDD, por tanto, se constata una adecuación al país y las prioridades de la JND en esos

momentos. Las acciones/productos realizados fueron decididos por el país, a partir de las orientaciones, sugerencias y líneas estratégicas ofrecidas por el administrador del programa (por ejemplo, la incorporación de la perspectiva de integración social, que ubicaba la problemática de las drogas en un enfoque más amplio).

Los planteamientos se acordaban en algún taller o visita del coordinador del programa SAVIA y nunca fueron impuestos. La JND tenía margen para decidir qué actividades/productos realizar en cada momento y flexibilidad para gestionar los recursos económicos. Así, se fue trabajando en líneas acodes con la Estrategia Nacional de Drogas y se decidió trabajar fundamentalmente en materia de prevención y percepción de riesgo del consumo del alcohol y la marihuana.

3.3. Productos del Programa SAVIA para la actuación municipal en RDD:

Diagnósticos. Se comenzaba por la realización de diagnósticos locales, fase que ya se había desarrollado en otros países participantes (Ecuador y Perú). Se decidió intervenir en **todos** los departamentos que estaban constituidos en aquel momento, por lo que no se definen criterios para su elección. Así, se realizaron diagnósticos en 18 departamentos y se solicitó al OUD que supervisara ese proceso y que sugiriese los lugares de cada departamento que fuesen más adecuados para su realización. Sin embargo, la decisión última de la elección fue de los miembros de la JDD.

Un diagnóstico local era una investigación participativa y de acción, con un componente cualitativo potente (no se realizó una medición estadística sobre datos de consumo (investigación epidemiológica)), aunque incorporaban una encuesta sobre percepción del problema de drogas en la comunidad. Tampoco existen otras fuentes de indicadores sobre drogas desagregados a nivel local.

Los diagnósticos contaban con la participación de los actores locales, que proporcionaban insumos para la detección de los problemas. Algunos fueron colaboradores del estudio, pero la responsabilidad última era de los investigadores contratados. Al comienzo se priorizó que fueran técnicos locales los que realizaran los diagnósticos. Para ello, se realizó una convocatoria en cada Departamento, pero en 5 casos no fue posible encontrar el perfil deseado, por lo que se tuvo que designar técnicos y/o expertos desde la JND, algunos de los cuales quedaron como referentes técnicos en la JDD.

Se utilizó la Guía de referencia realizada por CICAD-OEA en el marco de Savia (elaborada por DEVIDA), cuya metodología fue adaptada por el OUD. Posteriormente, CICAD-OEA convocó al OUD para elaborar una guía actualizada para la elaboración de los diagnósticos locales, que fue publicada en 2011.

Los diagnósticos supusieron un insumo fundamental, ya que se obtuvo evidencia empírica de las necesidades y se empezó a hacer un registro de las demandas en los territorios. El valor principal no fueron sólo los resultados de la investigación, sino también poder incorporar y desarrollar un método que se sigue utilizando en estos momentos. De hecho, ya con financiación de la propia JND se han desarrollado 8 diagnósticos más en Montevideo y se van a realizar otros 3 durante 2014.

Los diagnósticos locales realizados con fondos Savia, continúan siendo una referencia en la mayor parte de los proyectos locales, pero no se han actualizado y ya no reflejan las realidades locales, por lo que requerirían de actualización. Se ha hecho un esfuerzo recientemente por trabajar con las JDDs para que incorporaran otro tipo de información que no fueran los diagnósticos realizados en el año 2010, que se han quedado obsoletos, como por ejemplo, las informaciones procedentes de las encuestas desarrolladas por el OUD que, eso sí, no cuentan con datos desagregados territorialmente ni por sexo.

Los documentos de los diagnósticos, en la mayoría de los casos, han sido valorados muy positivamente por las personas entrevistadas en el país, tanto en lo que se refiere a su calidad como a su capacidad para reflejar la realidad del contexto de los departamentos. Para el OUD el desarrollo de esta metodología supuso la oportunidad de elaborarla, pensarla, aplicarla y dar fortaleza al Observatorio. Al mismo tiempo, su propuesta de futuro es que, en caso de existir una línea de continuidad, se actualizaran los

diagnósticos con una metodología más amplia. En el Departamento de Salto hay interés por parte de la Universidad de la República para seguir desarrollando estudios locales, pero con una metodología algo diferente a la elaborada por el programa Savia.

Una de las debilidades de los diagnósticos, sin embargo, es que son de carácter micro, afectan sólo a un barrio. Es decir, no abarcan todo el Departamento, ni siquiera toda el núcleo urbano, por lo que pierden potencia a medida que se ampliaban los espacios y las poblaciones. Por otra parte, no siempre se utilizaron de forma adecuada para basar los proyectos propuestos.

Planes municipales. En el caso de Uruguay estos planes se encontrarían ubicados en el nivel departamental, pero **no se han desarrollado**. La secuencia prevista era que surgieran a partir de los diagnósticos locales realizados. Había una lógica entre la realización del diagnóstico, el diseño de un plan y luego el diseño y desarrollo de proyectos concretos. Se declara que esto fue inviable porque constituían una carga demasiado pesada para las JDD que no contaban con RRHH suficientes para una dedicación exclusiva a esta temática y porque requieren de la implicación y el compromiso de las diferentes áreas: salud, educación, deporte, temas sociales, etc., ya que se quería integrar la política de drogas desde distintos campos. Esto supone un esfuerzo y una capacidad importante de negociación que en esos momentos no se había alcanzado. Los recursos económicos que se ponían a disposición de las JDD a través de Savia (recursos CICAD-JND) tampoco eran suficientes para desarrollar un plan municipal.

Lo que más se aproxima a este concepto –pero que son totalmente ajenas a Savia– son las agendas estratégicas del MIDES, elaboradas por sus mesas interinstitucionales. Se trata de **agendas estratégicas departamentales** donde la temática de las drogas puede quedar incorporada, aunque no es obligatoria: en algunos casos se considera un tema fundamental, pero en otros ni siquiera es mencionada. La SND participa en esos espacios de discusión al formar parte del “*Consejo Nacional de Políticas Sociales*”, que está constituido casi por los mismos actores sociales que la propia JND. Estas Agendas Estratégicas **también carecen de presupuesto propio**.

Recientemente, en algunos departamentos (San José, Salto, Tacuarembó) se han alineado diferentes instituciones y organismos para desarrollar una Política de Prevención de Drogas con proyectos que se entrecruzan y que están a la espera de nueva financiación. En dos de los casos se están iniciando, de manera aún muy incipiente, procesos de creación de Planes Municipales.

Apoyo a proyectos municipales. Con Savia se financiaron **17 proyectos locales** en su primera fase y otros **8** en la segunda. Los proyectos se diseñaron y aprobaron durante 2012 y se implementaron durante el año 2013 en el cual finaliza la financiación de CICAD-OEA. Los **importes medios** dedicados a los proyectos locales son 5.000 US\$ aportados por CICAD/OEA y el equivalente en pesos uruguayos aportados por la JND. Además, parte de las instituciones que conforman las JDD aportan recursos humanos, logísticos, materiales, infraestructuras, etc. que resultan clave para poner en marcha los proyectos.

Desde el Área de RDD de la JND se apoyó y supervisó la realización de los proyectos Savia, elaborados desde las JDD. Se aprobaron todos los proyectos, tras múltiples correcciones y ajustes, puesto que la mayoría de ellos eran débiles y muchos estaban formulados inadecuadamente. Fue un proceso largo que comienza con la elaboración del proyecto en las JDD –con sus propios técnicos–, el envío a la JND para su supervisión y corrección y su posterior envío al administrador del Programa para una nueva revisión hasta lograr al menos una calidad técnica mínima, para su aprobación definitiva y la firma del Convenio.

La calidad técnica y metodológica resultante es bastante pobre en muchos de los casos, especialmente en algunos departamentos donde las JDD no estaban suficientemente consolidadas y fortalecidas. De hecho, se recoge una declaración en el sentido de que fue necesario flexibilizar el nivel de exigencia técnica a las propuestas, con el fin de que pudiesen ser aprobadas. Por otra parte, lo prolongado de este proceso de ajuste inicial suponía importantes retrasos en el proceso general y en la puesta en marcha de los proyectos en particular.

Los proyectos aprobados se pueden clasificar en tres grupos:

1. Mayoritariamente de prevención universal, basados en la estrategia de generación de alternativas de ocio saludable a través del deporte (Departamentos de Cerro Largo, Lavalleja, Florida, San José).
2. Con foco en la capacitación de mediadores juveniles, llamados también promotores, líderes, movilizadores comunitarios, etc. (Departamentos de Durazno, Rio Negro, Tacuarembó, Flores, Soriano, Canelones, Rocha) que actúan con sus iguales organizando actividades informativas sobre los riesgos del consumo de drogas
3. Con énfasis en la formación/capacitación de las familias, docentes y jóvenes a través de talleres informativos sobre las drogas y su uso (Departamentos de Colonia, San José, Maldonado, Rivera, Salto y Paysandú. En el de Treinta y Tres se llevó a cabo una campaña de sensibilización.

Ya se ha dicho que la ejecución puede correr a cargo de una ONG, de una de las organizaciones que constituyen la JDD o de varias de ellas. No se tiene constancia de que un modelo de ejecución de los proyectos sea más eficaz que otro. Según los y las informantes, la mayor o menor eficacia tiene más que ver con la profesionalidad de los equipos implementadores, el compromiso con el proyecto, su inscripción en una visión de la temática a nivel departamental, etc. y no tanto con el carácter de la institución u organización que los ejecute.

Existe cierta sostenibilidad de la acción local a través de proyectos locales a través de los Fondos de Iniciativa Local (FIL) que "sustituyen" la financiación que aportaba Savia. Los proyectos que se están financiando por esta vía tienen características similares a aquéllos (por ejemplo, un año de duración) e incluso se sigue utilizando el mismo formulario y el mismo modelo de marco lógico. Ello supone que los productos actuales se siguen identificando en muchos casos como 'proyectos Savia' ("*quedó como el sello*").

A partir del año 2013, la valoración completa de los proyectos se hace desde la JND (se asigna un técnico del Departamento de Prevención a cada proyecto, quien se encarga de pulirlo y orientar a la JDD para que lo ajuste hasta que tenga la calidad mínima exigida. Se aprueban todos los proyectos, aunque, según afirma la JND, no se financia cualquier cosa ("*se hacen tantas idas y venidas como haga falta*").

Además la JND definió que la línea de acción prioritaria fuese la prevención, de manera que todas las JDD tenían que dar prioridad a unas líneas de acción dirigidas al aumento de la percepción de riesgo en la población general (Prevención Universal). Además, la Secretaria marcó la línea de la prevención orientada a dos sustancias fundamentalmente, alcohol y marihuana.

Un avance señalado es que con Savia se ha ido armando **una estructura más formal para la elaboración de proyectos locales**: tienen que presentarse por escrito, con una matriz de un marco lógico donde aparezca el nombre del proyecto, antecedentes, población objetivo, objetivos del proyecto, etc. Esto ordena también el sistema de monitoreo y evaluación. La intención es diseñar proyectos cada vez más centrados en la población y cada vez mejor formulados, siguiendo la línea orientativa de la Secretaria.

Se produjeron algunas dificultades durante la ejecución, fundamentalmente por la falta de recursos humanos capacitados en el nivel local. Por otro lado, los proyectos con el sistema educativo formal tuvieron que enfrentarse a dificultades en algunos Departamentos, debido a exigencias burocráticas que extendían el proceso y lo hacían más complicado, o a retenciones por parte de algunos los docentes a la hora de permitir el acceso a los centros educativos.

Algunas JDD enviaron informes de ejecución pero la falta de recursos en la JND impedía realizar visitas de seguimiento y verificación a un número de proyectos tan amplio como el que se había planteado.

Finalmente, la inclusión de la perspectiva de género es precaria o más bien inexistente, ya que en la estrategia de promoción de la salud a través del deporte, se hace hincapié fundamentalmente en la actividad del fútbol con participación mayoritaria de chicos y olvido de las chicas.

Guías o manuales de referencia. Como ya se ha dicho, la Guía para la elaboración de diagnósticos locales sobre la problemática del consumo de drogas de CICAD es conocida y adaptada por los técnicos del OUD y fue utilizada para la elaboración de los diagnósticos locales iniciales.

3.4. Apoyo del Programa SAVIA en generar estructuras/institucionalidad:

El aporte fundamental de Savia ha sido contribuir al conocimiento del territorio para que se diseñaran los proyectos ajustados a las realidades locales y fue clave para el fortalecimiento e impulso de las JDD. El programa supuso una toma de contacto con la realidad de lo que se pretendía con la creación de las JDD, en el sentido de descentralizar las intervenciones, ideas que se encontraban en los documentos y que el programa permitió concretar. Permitted visualizar las JDD [*“las JDD eran como una nube que estaba en todos lados, pero no estaba en ninguno, era como virtual”*]. Las JDD se han creado como unidades de coordinación en materia de drogas en RDD en los territorios, que permiten aterrizar las políticas nacionales y la aplicación de los distintos programas que se generan desde allí, adaptándolo a la realidad local.

3.5. Formación e intercambio de experiencias:

Se realizaron dos **talleres regionales de capacitación para la realización de los diagnósticos**, dentro de Savia I (2009), en aquellos departamentos donde no había formación suficiente, dirigidos a las JDD y a la comunidad en general y en los cuales el OUD explicó la metodología que se proponía. Se trataba de poner en común una misma metodología, explicar a la comunidad lo que se iba a llevar a cabo y sensibilizar y motivar para su participación. **En estos talleres participaron diferentes agentes comunitarios: líderes de la comunidad, miembros de ONG, así como técnicos de instituciones públicas.**

Se realizaron también (2009/2010) **Talleres Locales** de Metodología de Formulación de Planes Locales sobre Drogas y Marco Lógico de Proyectos en varios Departamentos. La Secretaría de Descentralización realizó jornadas de trabajo en el interior del país sobre esta temática según los informantes entrevistados

Savia II tuvo un **componente de formación** muy potente. La razón es que la formación estaba muy centralizada en Montevideo y desde el interior existía una demanda de capacitación de los actores locales que desbordaron las posibilidades de la JND. Las carencias formativas se detectaron a partir de los diagnósticos y se tomó conciencia de la necesidad de una formación más específica y rigurosa. La necesidad de formación se detectó en todos los niveles de la administración, pero **básicamente la formación se dirigió a los técnicos locales del interior del país**, aunque la convocatoria se hizo desde la Secretaría de Formación de la JND.

Por otra parte, se vio la necesidad de coordinación y encaje con el mundo académico, ya que los técnicos demandaban una certificación académica. En el año 2012 tiene lugar la primera experiencia del Curso con FLACSO, a nivel nacional y centrado en RDD, con apoyo de los fondos Savia, cuyos antecedentes eran los cursos que anteriormente se realizaban desde la SND sobre políticas de drogas.

Savia sólo financió la edición de 2012 y desde 2013 lo financia en exclusiva la Secretaría de Formación de la JND. Se destinó un presupuesto para realizar el curso al margen de la SND, pero proporcionando un número importante de becas. Esta transición de la formación organizada por la SND al curso de FLACSO fue un cambio complicado que Savia hizo posible. La duración del curso en línea era de 8 meses, con una matrícula pequeña (para 300-400 estudiantes) y focalizado en los intereses de las personas que estaban trabajando en la problemática en el interior del país. Los objetivos básicos del curso son:

- Construir masa crítica y un discurso común en el campo de las drogas.
- Incrementar los conocimientos en la problemática y la cualificación técnica de los actores y profesionales locales

- Proporcionar contenidos y metodologías basados en investigaciones y aplicado a la realidad local del interior
- Cuestionar y desmontar mitos y estereotipos sobre las drogas y prejuicios sobre la estrategia de reducción de riesgos y daños.
- Establecer sinergias entre los diferentes actores sociales y los profesionales para consensuar una misma mirada sobre la temática (pautas comunes desde los conceptos más básicos)

Contenidos/temáticas. Tres módulos: uno general de conceptos básicos sobre drogodependencias, otro módulo de especialización (prevención, tratamiento y políticas públicas) y un tercero de profundización.

Características del curso. Según sus organizadores es un curso muy completo y exigente en términos de contenidos, lecturas y trabajos prácticos, con tutoría constante del alumnado. La línea central de todos los módulos es un enfoque de gestión de riesgos y daños y de DDHH.

Destinatarios del Curso básico. Dirigido a un sector amplio de población, con titulación de Secundaria completa, no universitario. No está dirigido exclusivamente a actores locales, pero el cupo de este perfil era importante, ya que se intentó captar a un perfil diferente del curso que se realizaba anteriormente desde las SND a nivel central. Se da prioridad a personas que tengan alguna inserción práctica en algún campo relacionado con las drogas, aunque no sean especialistas en drogas, pero no se exige ser profesional en activo. No se realizan entrevistas individuales pero se pide una carta de motivación

Perfil de participantes en el curso FLACSO 2012. Savia II. Aproximadamente el 50% de los participantes son personas recomendadas desde las JDD y mayoritariamente están relacionadas con la intervención preventiva. La selección definitiva de los participantes se hace desde la SND tratando de abarcar perfiles diversos a nivel local y ampliando el espectro hacia otras perspectivas en el campo de las drogas, ya que la inercia son los temas de prevención. Así, se intenta seleccionar técnicos relacionados con justicia, desarrollo comunitario, tratamiento, dispositivos de atención, profesores de secundaria, docentes trabajando en la temática en un espacio curricular abierto para trabajar temas optativos, docentes de las UTU y de formaciones profesionales básicas, cargos que están relacionados con el diseño de políticas públicas en diferentes campos de las JDD, cuadros de policías comunitarios, de Salud Pública, del MIDES, miembros de ONG, etc.

En la práctica, el perfil mayoritario de participantes eran agentes comunitarios cuya posible actividad se iba a encaminar hacia la prevención universal: policías comunitarios y profesores de Secundaria (sobre todo de Biología) y psicólogos en servicios relacionados con población adolescente. Poco alumnado relacionado con área asistencia y tratamiento.

Financiación del curso. El curso siempre tuvo un número importante de becas y también matrícula abierta, pero entre el 60-75% de matrículas cuentan con becas. El coste medio del curso es de 18.000 pesos uruguayos.

Evaluación del curso. Se realiza un seguimiento frecuente de los alumnos con evaluaciones bimensuales. Al finalizar el módulo de profundización, se realiza una evaluación del nivel de capacitación final a través de un formulario en línea y también presencial. La evaluación aborda aspectos generales sobre la formación realizada: perfil inicial y grado de satisfacción básicamente. No se tiene información sobre la transferencia práctica de la formación, ya que no se ha realizado un seguimiento del alumnado a su finalización.

Los casos de deserción son aproximadamente del 20% ya que las expectativas de dedicación suelen ser más bajas y surgen dificultades para responder de manera sostenida al ritmo de exigencia que es alto. La formación facilitó la motivación y favoreció pensar en propuestas locales ("vino como anillo al dedo") para consolidar la descentralización que se pretendía lograr.

El programa Savia ayudó a resolver y apoyar un tránsito en el cambio de paradigma de la política de drogas y que ha quedado instalado en el enfoque de la “Academia Savia”, según las personas entrevistadas que han diseñado el curso de FLACSO.

Evolución y mejoras. A lo largo de los últimos años, 2013/2014, se inscriben en el curso personas más vinculadas a temas de tratamiento. Esta área ha ido creciendo en detrimento del área de prevención que era mayoritaria. Se ha mejorado el mecanismo de selección y se espera perfeccionarlo para futuras ediciones. En la actualidad una prioridad es dar respuesta ambulatoria a los casos de consumos problemáticos de drogas a través de los dispositivos “Ciudadela” que se pretenden implantar en las JDD. Por lo tanto, hay una necesidad de formar profesionales en el área asistencial.

Se han realizado numerosos intercambios entre departamentos, encuentros entre JDD sobre drogas, y dichos encuentros se mantuvieron y consolidaron y gracias al apoyo del programa Savia (un encuentro anual) con presencia de un técnico en representación de la JND.

En 2010 se realiza un encuentro en Perú para la realización de la Guía para la elaboración de diagnósticos locales (intercambio con este país) acudieron investigadores de Uruguay para adaptar la Guía referencial a la realidad de Uruguay. Este es uno de los ejemplos de **pasantías** desarrolladas en Uruguay. Además, se contó con el apoyo de una profesional colombiana para introducirles en el tema de la integración social.

Los **encuentros internacionales** en Cartagena de Indias (Colombia) fueron otra línea de capacitación e intercambio de experiencias. Ayudaron a colocar la experiencia uruguaya en un contexto de una experiencia internacional, al llevar a técnicos de Departamentos a eventos internacionales a compartir con técnicos de otros países, así como a identificar estrategias, enfoques e intervenciones que se están desarrollando en países del entorno con problemáticas similares.

Talleres en los que ha participado Uruguay y perfil de los participantes

Taller y año	Perfil de los participantes
Taller sobre la calidad de las políticas locales de reducción del consumo de drogas en Iberoamérica. Centro de Formación de la Cooperación española Cartagena de Indias, Colombia. Del 27 de abril al 3 de mayo de 2009	-Junta Nacional de Drogas Uruguay (Integrante de la Unidad de Descentralización y Responsable del Área de Prevención Laboral). -Junta Departamental de Canelones (Representante) -Junta Departamental de Drogas de Paysandú (Coordinador) Se presentan las mejores prácticas existentes de programas locales o regionales dirigidos a la reducción de la demanda de drogas por parte de dos departamentos: Departamento de Canelones Programa departamental de prevención Departamento de Paysandú Programa departamental de drogas
Visita de estudio de delegaciones de países participantes para conocer la implementación de políticas de RDD a nivel autonómico y municipal en España. 13 al 17 de Junio del 2011.	Responsable del Área de Descentralización de la SND y Asesor del Área de Descentralización
Taller sobre Desarrollo de Políticas Locales de Integración Social en el Marco de Políticas Nacionales sobre Drogas. Centro de Formación de Cooperación española Cartagena de Indias. Del 19 al 23 de sept. de 2011	Encargado de la Secretaría de Descentralización de la Secretaría Nacional de drogas y Responsable de ejecución de SAVIA. Coordinador de Paysandú del Ministerio de Desarrollo Social e Inserción Coordinador de Paysandú del Ministerio de Desarrollo Social e Inserción Encargada del Departamento de Inserción de la Secretaria Nacional de Drogas (SND)
Seminario Iberoamericano sobre Programas Locales de Formación e Inserción Laboral de personas drogodependientes (2012)	Se presentan Experiencias locales sobre integración social y drogas en América Latina.- Uruguay: - Cooperativa de Docentes para una Formación Integral (CODOF). - Programa pro joven, Instituto Nacional de empleo y formación Profesional INEFOP.

Taller y año	Perfil de los participantes
Encuentro Subregional Cono Sur sobre políticas de integración social y drogas	Ministerio de Desarrollo Social/ M° de trabajo. (Subsecretario de Desarrollo Social) Suprema Corte de Justicia/ Tribunal de Apelaciones en lo Penal de 2do Turno. (Juez) Presidente 2000-2005 de la Junta Nacional de Drogas (Abogado) ENCARE, (Director) Oficina Nacional de Policía Comunitaria (Abogado) Centro Nacional de Control de Adicciones Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Director/ (Profesor/ Psiquiatra) Ministerio de Educación y Cultura, Director General de Gabinete

Uruguay tiene una presencia fuerte en foros internacionales: CICAD, UNASUR, MERCOSUR, Comisión de Estupefacientes, Naciones Unidas, CICAD. Participa también en instancias no multilaterales.

Ha sido un país promotor en foros internacionales a partir del año 2009 y está liderando un debate sobre un modelo emergente sobre política de droga que implica un cambio de paradigma y la modificación de la gobernanza de la política de drogas a nivel internacional, como por ejemplo, una moción para la inclusión de los tratados de DDHH en las políticas de droga y en 2011 ante la Organización de Naciones Unidas de la declaración de inclusión de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas de drogas. En la actualidad lidera el debate sobre la regularización del uso del cannabis.

III. Gestión del Programa SAVIA

Un error estratégico reconocido fue la decisión de que el programa Savia actuase en **todos los departamentos**. Así, se hicieron 18 diagnósticos locales, 18 planes, 18 capacitaciones, 18 proyectos. No se pudo llegar a todo con la calidad deseada. La decisión fue tomada por la JND sin participación de las JDD. La financiación se repartió entre las 18 JDD que estaban constituidas, tratando de mantener el principio de equidad entre los Departamentos y apoyar a todas las JDD que estaban demandando apoyos desde hacía tiempo.

Se produjeron **algunos retrasos** en la firma de los Convenios, en las tramitaciones, en la designación de la contraparte local, etc. La aprobación presupuestal para cada JDD en Savia I supuso un proceso burocrático largo y complicado; hubo desfases entre las dos partidas presupuestarias: la llegada de los fondos de CICAD (un giro), y la llegada de la financiación nacional (fondos de las JND). Fue un proceso difícil y salpicado de obstáculos. No es tanto que tardaran en llegar los recursos, como que se prolongaba y ralentizaba el proceso en el tiempo. Con Savia II la financiación de cada JDD se hizo con un solo donante. Lo cual agilizó el proceso de recepción de los fondos.

Según las declaraciones recogidas, los diagnósticos se elaboraron en tiempo razonable y con un nivel de calidad adecuado, al igual que la capacitación de los agentes locales de Savia II (curso FLACSO). Sin embargo, el diseño de los proyectos locales se alargó en el tiempo, fue un proceso excesivamente laborioso y poco ágil de revisión y corrección. Muchos de ellos tuvieron que ser reconvertidos ya que su calidad técnica era insuficiente.

Surgieron numerosos problemas burocráticos motivados por la lentitud en el proceso desde que se envía un proyecto a la JND y es supervisado, se envía al administrador Savia para validación, regresa de nuevo a la JND y se devuelve a las JDD. Esta lentitud supuso un problema clave en la relación con las JDD e implicó un retraso en la llegada de los fondos.

La lentitud y los aspectos burocráticos en los procedimientos relativos a la provisión de recursos (aprobación por el área jurídica de JND, búsqueda de una organización local receptora de los mismos,

transferencia de los fondos de la organización social al proyecto aprobado por la JDD, justificantes de los gastos presupuestarios, etc.) ralentizaron y entorpecieron en algunos casos el desarrollo de los proyectos locales.

IV. Consecución del propósito general de las intervenciones y otras cuestiones

No se cuenta con Planes Departamentales de Drogas.

Se han reforzado las JDD, aunque algunas todavía están en situación precaria y se han constituido muy pocas Juntas Locales (sólo en algunos lugares del área metropolitana de Montevideo).

Las JDD no cuentan con recursos económicos procedentes de fuentes estables de financiación que se hayan mantenido después del programa Savia, aunque se financian proyectos que diseñan las JDD. Los gastos en infraestructura, materiales de apoyo, contratación de recursos técnicos estables, etc. no se encuentran cubiertos de manera estable.

No cuentan con indicadores desagregados que les proporcionen información periódica sobre el fenómeno.

Participan en redes regionales (reuniones y encuentros periódicos anuales de las JDD) y redes *online*, también participan en encuentros a nivel nacional y en talleres y encuentros internacionales.

Es difícil valorar el impacto de los proyectos diseñados e implementados en los departamentos en la salud y la calidad de vida de los ciudadanos, ya que se han desarrollado intervenciones básicamente de prevención universal utilizando la estrategia de generación de alternativas de ocio saludable (básicamente a través del fútbol) cuyos resultados en la población infante/juvenil, de tenerlos, serán evidentes a largo plazo.

V. Contexto (influencia de variables externas ajenas al control del Programa SAVIA, elementos de riesgo y de oportunidad)

5.1. Voluntad política y valoración de las relaciones con la OEA y la CICAD.

Las relaciones con la OEA-CICAD se valoran positivamente. Se percibe como un organismo con el cual se trabajó de forma eficaz, fluida. Una entidad especializada, colaboradora, de referencia, de apoyo continuo y de asistencias técnicas *ad hoc*, así como un ente de apoyo financiero.

La aportación a nivel técnico para la formulación de los proyectos fue muy intensa y minuciosa. Los proyectos eran revisados varias veces hasta alcanzar la calidad mínima exigida. La implicación, el apoyo y el seguimiento han sido absolutos, incluso demasiado minuciosos en la supervisión y corrección de los proyectos locales presentados. Se transmite la idea de presencia y acompañamiento continuo (*"un organismo internacional que mira el proyecto como si fuera el único, lo cual tranquiliza"*).

La cooperación con CICAD-OEA ha sido muy positiva y tampoco contaban con un equipo grande (dos personas para 6 países), por lo que el esfuerzo realizado se valora muy positivamente. Se valora especialmente, desde las personas entrevistadas en las JND, la implicación y el trabajo, en ocasiones exhaustivo, y el esfuerzo realizado por el administrador del programa Savia.

5.2. Cambio de responsables/decisores en materia de drogas.

Algo que generó cierto desconcierto fue el periodo de *impasse* que se produjo entre la salida de un coordinador del programa y la llegada de otro nuevo, ya que hubo 6 meses de vacío. Dicho cambio supuso en algunos casos que hubo proyectos que se perdieron, convenios que se dejaron de firmar y

que hubo que reenviar de nuevo, efectos negativos en las JDD que contaban ya con la ONG para implementar el proyecto, etc.

También los cambios de equipos en la JND tuvieron un efecto negativo en la marcha del programa Savia, ya que se estaba en plena realización de la firma de Convenios y de elaboración de proyectos.

Anexo 9. SÍNTESIS DE LA FORMACIÓN OFRECIDA EN SAVIA II (ACADEMIA SAVIA)

Perú

Entre septiembre 2013 y marzo 2014 se financió un curso virtual de 4 meses de duración, con 4 módulos temáticos y un componente presencial de intercambio de experiencias de los 20 mejores alumnos/as con el propósito, también, de evaluar el curso. La puntuación/valoración del curso fue de 21,4 sobre 23. Esta actividad fue cofinanciada, aportando DEVIDA 20.000US\$ sobre un total de 73.000US\$.

Se matricularon 108 personas (57% mujeres), todas las cuales fueron aceptadas y becadas, el 60% de provincias. Casi la mitad provenientes de Gobiernos locales o del sector Salud.

Desertaron 47 personas (45%, similar en hombre y mujeres), más 2 que no iniciaron el curso. El porcentaje más alto se da entre participantes del sector salud (deserción del 70%, 16 de las 23 inscripciones). Finalizaron la formación 59 personas (55% de matriculados), terminan un 61% de mujeres inscritas y un 46% de hombres; y el 100% del personal de DEVIDA inscrito (6 personas).

Aprobaron la formación 53 participantes (90% de los que terminan la formación). Puntuación promedio de 14,7 sobre 20, y participación promedio en las actividades calificadas del 88%. No se realizó una evaluación *ad hoc* sobre mejora de capacidades o adquisición de competencias. Los parámetros evaluados más aproximados serían: a) la afirmación de "he mejorado mis conocimientos sobre el tema" (puntuada 0,91 sobre 1; y b) "he mejorado mi preparación para la práctica profesional" es de 0,89 sobre 1.

Sin embargo, la evaluación del primer módulo, dedicado a RDD, apunta elementos interesantes para valorar las capacidades profesionales a nivel local que SAVIA pretende promover. Se mencionan como objetivos cumplidos:

- Incorporados conocimientos básicos sobre el contexto general de las drogas, tanto en el ámbito nacional como internacional, y de los efectos que se generan en la población en situación de vulnerabilidad.
- Logrado interiorizar conceptos que les permite reflexionar y analizar la situación y necesidades institucionales y vincularlas con las necesidades de orientación de las políticas de RDD (intervenciones locales o globales).
- Identifican las normas internacionales en RDD, pero ha resultado difícil vincularlas con el ámbito local.
- Ha resultado aún más difícil analizar la transformación que han sufrido las políticas sobre drogas en el Perú. Confundían una orientación punitiva con reducción de daños o riesgo entre otras alineaciones políticas.
- Evaluadas adecuadamente las experiencias concretas en RDD, pero la mayoría no llega a identificar las políticas influyentes en las experiencias que se analizaban.
- Se logra vincular normativa políticas, con prácticas y con labor institucional. Consolidados conocimientos que posibilitan definir políticas de acuerdo a ámbitos de intervención: prevención de demanda y oferta, tratamiento y rehabilitación, y comunicación; y analizar políticas en cuanto a su potencial y limitaciones en la RDD.
- Percepción sobre tráfico de drogas está relacionada al narcotráfico. Insistir en micro-comercialización en zonas urbanas, más vinculado a las acciones de prevención de drogas en la comunidad.

Uruguay

Surge por la demanda a la JND desde los departamentos del interior, dado que la mayor parte de la oferta formativa especializada se encontraba en Montevideo. Al mismo tiempo, el proceso de los diagnósticos desvela que esta demanda responde a una necesidad real, y que es necesario facilitar la existencia de una oferta formativa rigurosa y especializada, dirigida a los técnicos locales del interior. Se valoró como mejor opción recurrir a una institución académica de prestigio para la puesta en marcha de un curso virtual.

En el año 2012 tiene lugar la primera convocatoria del curso con FLACSO, único financiado con fondos SAVIA, para adaptar y desarrollar los contenidos y para sufragar las becas del alumnado. El curso se dirige a titulados de secundaria, no universitarios. Se da prioridad a personas que tengan alguna relación con las drogas en sus diferentes aspectos, pero no se exige ser profesional en activo. Con todo, la mayoría tenían relación, directa o no, con la intervención preventiva de carácter universal (policías comunitarios, profesores de secundaria y psicólogos que trabajan con población adolescente.).

La selección se realiza mediante carta de motivación y la decisión final corrió a cargo del OUD. La duración del curso es de 7 meses (240 horas estimadas) con 3 encuentros presenciales.

El curso está compuesto por tres módulos: (1) módulo general sobre conceptos básicos sobre drogodependencias; (2) módulo de especialización (en prevención, tratamiento o políticas públicas) y (3) módulo de profundización.

Comenzaron el curso 116 personas financiadas por SAVIA y se produjo un nivel de inserción de en torno al 20%. Se valora que la causa principal es que el nivel de exigencia de la formación es alto, y surgen dificultades para mantener el ritmo. El alumnado aprobado fue de 75 personas (un 65% de los matriculados). No se conoce su distribución por sexo.

Se realizó un seguimiento frecuente del alumnado, con evaluaciones bimensuales. Tras el módulo de profundización, se hizo una evaluación *online* del nivel de capacitación final, que también incluyó aspectos relativos al perfil inicial y el grado de satisfacción.

A partir de 2013, la financiación del curso es exclusiva de la JND. Si no se obtiene una beca, el coste del curso es de unos 725 US\$ al cambio actual.

Anexo 10. RECONSTRUCCIÓN DEL MODELO LÓGICO

En este apartado se realiza una presentación preliminar del **modelo lógico del Programa SAVIA**. Como tal, es fruto del análisis de los **tres proyectos individuales** indicados en los Términos de Referencia (TdR). En todo caso, para disponer de una fotografía lo más completa posible de la estrategia de actuación, se ha decidido integrar en el análisis **también el proyecto de Descentralización 2003-2005** que antecede los proyectos establecidos en los TdR.

Se ha organizado en dos bloques, correspondiendo el primero a la descripción de la secuencia de análisis y reconstrucción realizada para identificar el modelo lógico general de intervención, y en segundo a la representación del modelo lógico en sí misma.

1. Secuencia de análisis aplicada

Paso 1. Analizar las matrices de planificación individuales

Para reconstruir un modelo lógico de intervención que representase las cuatro actuaciones, el primer paso consistió en analizar las matrices de planificación de los cuatro proyectos y observar su estructura lógica de intervención. En el **Anexo 2** se presenta un resumen comentado de estas matrices de planificación individuales analizadas²¹.

La reconstrucción de un modelo lógico agregado no fue inicialmente sencilla, en tanto que los esquemas de planificación de los proyectos responden a distintas lógicas. (Ver Tabla 1).

Tabla 8. Lógicas de planificación de los proyectos de SAVIA

El Proyecto Descentralización 2003/2005 articula su lógica de intervención en torno a **dos Objetivos específicos**, cada uno de los cuales da cabida a 3 y 5 Resultados, respectivamente.

El Proyecto Descentralización - Ampliación 2005/2007 presenta un **doble esquema de planificación**.

- Un marco general con un único Objetivo específico y 7 Resultados de nivel inferior, **6 de los cuales enmarcarían a su vez las Acciones nacionales en cinco países**, en tanto que el resultado séptimo opera como logro de alcance regional (coordinación e intercambio).
- Cada una de las cinco Acciones nacionales es representada en su **propia matriz de planificación** bajo la siguiente secuencia: un Objetivo general, **varios Objetivos específicos** y al menos tantos Resultados como Objetivos específicos. En el caso de estas Acciones nacionales, los Resultados no representarían exactamente los logros intermedios que conducen a los Objetivos específicos que los albergan, sino los productos concretos esperables dentro de cada Objetivo específico. No son por lo tanto los medios para lograr cada uno de los Objetivos específicos, sino más bien la expresión material de haberlos logrado.

Cabe decir que **algunas de las seis primeras** áreas de trabajo representadas en los **resultados del marco general** de actuación **no tienen su correspondencia** con los componentes o **resultados de las Acciones nacionales**. En otras palabras, que las acciones nacionales no los reconocen y reflejan en su propio marco nacional de actuación

El Proyecto Savia Fase I 2007-2009 acomoda su lógica de intervención en la siguiente secuencia: un Objetivo general, **tres Objetivos específicos** (cofinanciación de proyectos locales demostrativos, cualificación técnica con enfoque regional de los responsables de programas de drogas, y actuaciones particulares en Uruguay), y varios Resultados para cada uno de los tres Objetivos específicos.

²¹ Con ello, además se da respuesta a una de las peticiones establecidas en los TdR: "la revisión de los marcos lógicos de los proyectos".

Por último, el Programa SAVIA Fase II 20011/2013 es el **único** de los cuatro cuya planificación de objetivos y resultados responde con cierta **coherencia** a un esquema de “marco lógico”. Es decir, **un objetivo general** o Fin como representación de la finalidad última a la que el proyecto contribuye; **un único Objetivo específico** o Propósito, expresión de aquello que el proyecto pretende alcanzar en el marco temporal de ejecución, y **varios Resultados esperados** o Productos **que establecen los logros intermedios** que harán posible la consecución del Objetivo específico de nivel superior.

Paso 2. Representar la secuencia de intervención de todos los proyectos para identificar sus puntos en común

En segundo lugar, se ha “analizado el discurso” de estas distintas matrices de planificación para **agrupar las actuaciones y logros equivalentes** en cuanto a temática y alcance. Así por ejemplo, han sido unificados todos los resultados de los distintos proyectos tendentes a fortalecer las capacidades de los actores de ámbito local (municipal o regional), las actuaciones ligadas a la puesta en marcha de programas piloto locales sobre drogas, o las relativas a la creación y posterior consolidación de estructuras locales específicas en temática de drogas.

Del análisis conjunto de los cuatro proyectos se desprenden **una estrategia secuencial de intervención** que es representada en la **Anexo 11** por proyecto (filas) y temas abordados en cada uno (columnas). Los siguientes puntos resumen tal secuencia.

1. El Proyecto Descentralización 2003-2005 sienta las primeras bases de actuación tratando de asegurar en 5 países (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela) las **condiciones institucionales necesarias para la descentralización** de las políticas y programas de drogas hacia las Administraciones locales, tanto a nivel de las entidades rectoras de la Administración local (las Comisiones Nacionales de Drogas (CND)), como en el ámbito local (municipios). Para ello:
 - a) Por un lado, se **fortalece la capacidad de las CND** para que sean capaces de coordinar tal proceso de descentralización en cada país.
 - b) Por otro lado, se coopera en la **creación y fortalecimiento de estructuras institucionales y administrativas locales** específicas en materia de drogas.

En menor medida, el proyecto realiza **formación a actores locales**, invita a explorar las **vías de financiación municipal** en temas de drogas y empieza a poner en marcha la **red andina** de encuentros entre los países participantes.

2. Posteriormente, el Proyecto de Descentralización (Ampliación) 2005-2007 trata de:
 - c) Primero, **consolidar** lo iniciado en el proyecto anterior en relación con las **estructuras locales** (regionales y municipales), apoyando diagnósticos y la creación de comités municipales.
 - d) Retoma la **capacitación a actores locales *in situ*** y el **intercambio de experiencias a nivel andino** como ejes de trabajo ya iniciados en el proyecto anterior.
 - e) Aborda con fuerza por primera vez **incrementar la disponibilidad presupuestaria para Programas de Reducción de la Demanda de Drogas (RDD)** de actores locales/regionales -es decir, disponibilidad de recursos descentralizados-. Y lo hace a través de distintas vías:

- Tratando de **implicar a las Administraciones públicas** en los distintos niveles y sectores, empezando por la propia CND, pero también Ministerios de Salud y de Educación (o sus equivalentes en los países) y pasando por las áreas equivalentes de los Gobiernos regionales y municipales para que reserven en sus presupuestos fondos destinados a la temática de RDD.
- Incorporando las **estrategias de drogas en los Planes de desarrollo** de cada Administración, con el mismo fin
- Incrementando la capacidad de los actores locales para **movilizar recursos locales** adicionales.

En paralelo, con este proyecto, Colombia da pasos a nivel central para crear una estructura nacional de coordinación interinstitucional e intersectorial, avanzando en uno de los propósitos del Proyecto de Descentralización 2003-2005 anterior [ver punto a)]; y se comienza a apoyar por primera vez **programas locales con fondos semilla** en Bolivia y Ecuador.

3. El Proyecto SAVIA (Fase I) 2007-09, por su parte, abordó principalmente:

- a) La **extensión** como fórmula de trabajo a toda la red andina de la **cofinanciación de proyectos locales demostrativos**, dando así continuidad a los primeros casos iniciados en dos países en el proyecto anterior.
- b) La **continuidad** de la **cualificación técnica** con enfoque regional de los responsables de programas de drogas (pasantías, encuentros regionales, visitas al PND de España). También se genera la Web como espacio para apoyar este intercambio y proveer de recursos *on line* a todos los participantes.
- c) Atendiendo a una demanda del propio país, CICAD integra en este proyecto a **Uruguay**, iniciándose con ellos el recorrido trazado en los dos primeros proyectos de cara a crear las **condiciones institucionales necesarias para la descentralización**. Es decir, la generación de **estructuras a nivel nacional** para acompañar el proceso de descentralización [ver a)] y la creación o fortalecimiento de **estructuras locales específicas en materia de drogas** (diagnósticos, planes, formación) [ver b)].

4. Por último, el Proyecto SAVIA (Fase II) 2011-13 vuelca todos sus esfuerzos a nivel local, manteniendo, eso sí, la coordinación con los responsables de las CND. Como objetivo se plantea entonces **mejorar la calidad y cobertura de los programas locales**, objetivo último que representaría la **descentralización** efectiva de la atención a la RDD. Para ello, el último proyecto SAVIA hasta la fecha ahonda en:

- d) La **formación ad hoc** en cada país y a nivel local para los responsables de programas de drogas o agentes relacionados con la temática. [ver d) y g)].
- e) El **intercambio de experiencias y buenas prácticas a nivel andino**, posibilitando de nuevo encuentros y pasantías inter-país, y brindando recursos informativos adicionales (Guía para la formulación de políticas y programas en integración social y drogas). [ver d) y g)].
- f) La **cofinanciación de proyectos locales** [ver f)].

En esta última intervención, Bolivia y Ecuador ya no continúan participando en SAVIA, debido a razones relacionadas con un cambio de interés por parte de sus instituciones, según la información recabada hasta el momento.

Paso 3. Reconstruir el modelo lógico o teoría del cambio subyacente

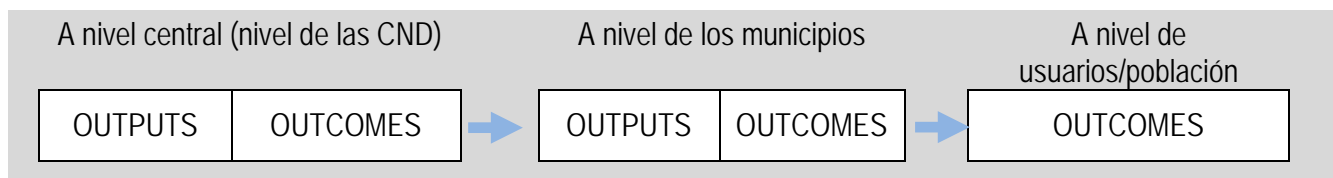
A partir de producto anterior, se **reconstruyó el modelo lógico del Programa SAVIA entendido como un proceso de trabajo a través de distintos proyectos** que, como hemos visto, compartían en algunos puntos estrategias y actividades comunes.

Para contrastar determinadas ideas acerca de la lógica que estaba detrás de su funcionamiento, también se tomó información recabada a través de entrevistas preliminares, en particular con quien fue responsable del mismo en la CICAD durante los últimos años.

En primer lugar, se procedió a la **identificación de los principales elementos de la 'cadena de resultados'** (*inputs*, actividades, *outputs* y *outcomes*) que se derivaban de los cuatro proyectos agregadamente considerados.

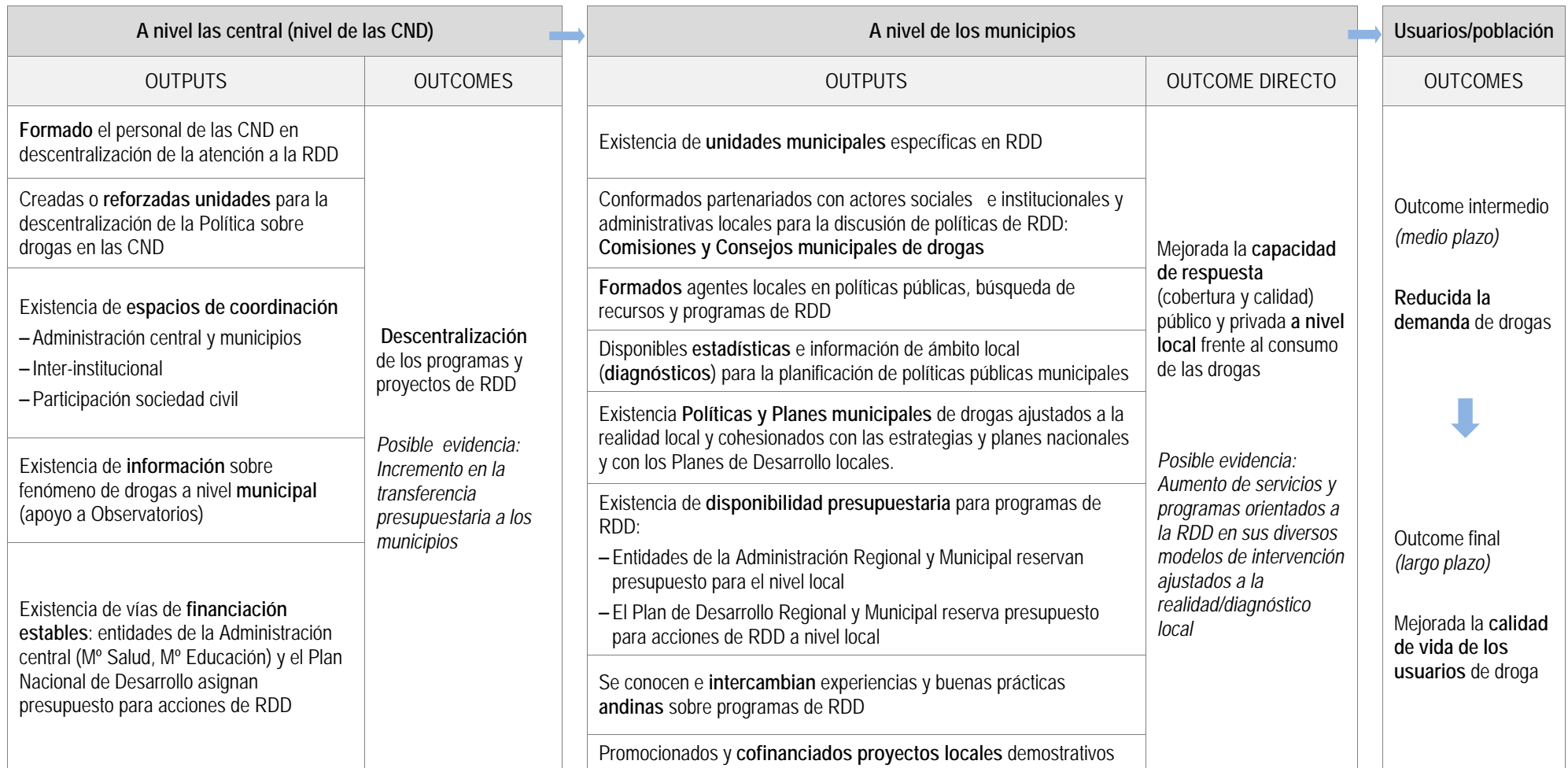
A la hora de trazar el nivel de resultados (*outputs* y *outcomes*) se distinguieron los siguientes ámbitos de actuación:

- A nivel **central** como condición para la descentralización.
- A nivel **local (regional o municipal)** como espacios en los que la descentralización se hace efectiva y han de garantizar la prestación y de servicios de su competencia en RDD.
- El ámbito del **usuario de drogas y la ciudadanía** en general con quienes interrelacionan los actores locales responsables (funcionarios, profesionales, promotores), tanto públicos como privados, de la temática de RDD.



Con ello, ya se podía pasar a representar el modelo lógico, que ha sido descrito en el epígrafe siguiente. Pero antes, se presenta una síntesis de todos los elementos en el Gráfico 1, que aparece en la página siguiente.

Gráfico 3. 'Cadena de resultados' de los proyectos de SAVIA



Otros posibles resultados a nivel central (CND) no previstos en SAVIA y que incidan directamente sobre la población (nivel

2. Representación del modelo lógico

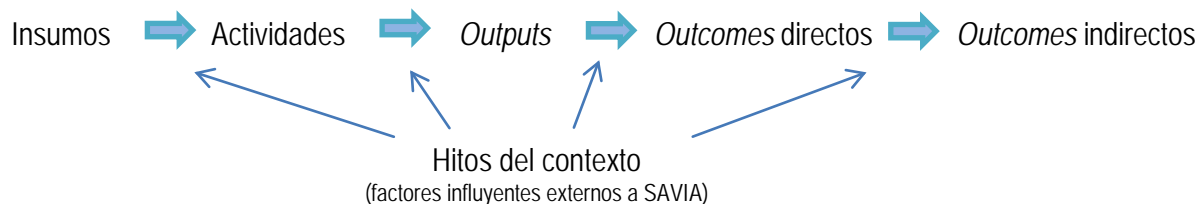
Un modelo lógico es una representación de cómo operan los programas y generan los resultados esperados. Uno de los modelos lógicos más habituales es la cadena de resultados ya mencionada y cuya versión más sencilla sería el siguiente gráfico:

Gráfico 4. Cadena de resultados: modelo causal lineal



En esta oportunidad, hemos introducido un quinto elemento, las variables e hitos del **contexto** más relevantes, del marco en el que SAVIA opera y el peso específico del Programa en tal contexto. Esto permite disponer de un modelo lógico o teoría del cambio más comprensivo, que completa la lógica lineal arriba representada y que da cuenta además de cómo algunos acontecimientos del contexto pueden influir, positiva o negativamente, en las actividades realizadas por SAVIA y en los resultados que se pretenden lograr.

Gráfico 5. Cadena de resultados, incluyendo contexto



En cada uno de los niveles han sido incluidos los siguientes elementos:

■ **Insumos:**

- i. Marco estratégico que orienta el diseño del programa SAVIA, tanto de la CICAD como en los países andinos;
- ii. Capacidades y experticia de las organizaciones implicadas en la promoción del Programa SAVIA (CICAD, CND, PND de España);
- iii. Insumos de colaboración y acuerdos, siendo los más relevantes los convenios firmados entre CICAD y las CND en los países.
- iv. Recursos financieros movilizados para realizar las actividades, tanto de AECID y CICAD, como la cofinanciación de los países a nivel de central y local.²²

- En este nivel de las **actividades** se incluyen las principales de las realizadas hasta la fecha: formación, asistencias técnicas, apoyo a la creación de unidades y oficinas, pasantías,

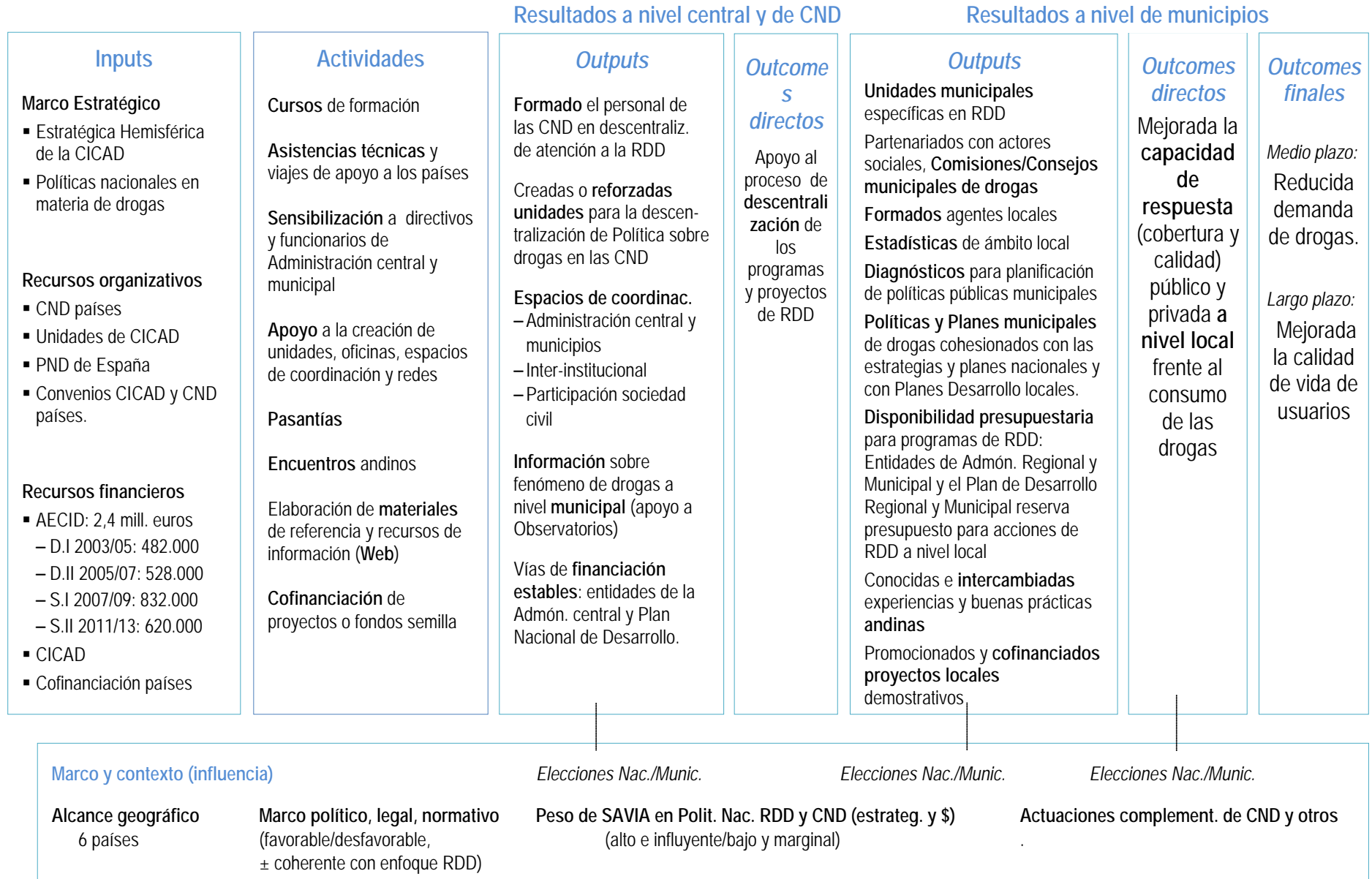
²² En el caso del PND, su cofinanciación resultó en la valorización monetaria de la colaboración prestada, tanto en asistencias técnicas realizadas por su personal, como en las visitas de personal de las CND a España. Tal colaboración valorizada se entiende incluida en el ítem ii) Capacidades y *experticia* de las organizaciones implicadas.

encuentros andinos, elaboración de materiales de referencia, cofinanciación de proyectos o fondos semilla, entre otras.

- ▣ **Outputs y Outcomes**, que se corresponden con los elementos y niveles ya identificados en Gráfico 1, diferenciándose entre Outcomes directos que el Programa SAVIA debería poder garantizar en términos de mejoras en la respuesta que dan los municipios al consumo de drogas; de aquellos otros efectos derivados de su acción (Outcomes intermedios y finales) y que representarían cambios en cuanto a la reducción del consumo de drogas y, en última instancia, de mejora de la salud de los usuarios.
- ▣ **Contexto**: cambios en el marco político, legal y normativo; peso del Programa SAVIA en el marco de actuación de los PND (relevancia estratégica y fondos); influencia de acciones similares ejecutadas por la propia CICAD, las propias PND u otros organismos (ej. UNODC). También se incluirá el efecto de las elecciones nacionales y municipales en la rotación del personal de referencia para el Programa.

Como tal, el modelo lógico presentado a continuación supone una **primera aproximación** a cómo el Programa SAVIA como conjunto de proyectos estuvo y está operando. A medida que avance la evaluación, podrán ser identificados otros elementos importantes a considerar, o caracterizar con mayor precisión los ya identificados, en particular a nivel de actividades e hitos de contexto que refuerzan o mitigan la actuación de SAVIA y sus resultados. Con el informe de evaluación final se presentará la versión definitiva del modelo lógico, mismo que servirá —junto con otros elementos— como base para la interpretación de los resultados de la evaluación y sus conclusiones, y de manera muy especial, para establecer recomendaciones acerca de la futura estrategia a adoptar por SAVIA.

Ilustración 1. Modelo lógico del Programa SAVIA



Anexo 11. ANÁLISIS DE COSTES DE SAVIA POR COMPONENTES

No se consideran: a) el IRC de CICAD (recuperación de costes indirectos); b) las cofinanciaciones locales o comprometidas por CICAD

En dólares USA	Descentraliz. Ampl.		SAVIA Fase I		SAVIA Fase II		Total Programa SAVIA	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Proyectos locales	166.000	23%	364.400	39%	81.000	13%	611.400	27%
Bolivia	76.500						76.500	
Colombia	89.500		90.000				179.500	
Ecuador			110.000				110.000	
Perú			90.000		40.000		130.000	
Uruguay			74.400		41.000		115.400	
Equipamiento	45.200	6%					45.200	2%
Ecuador	13.700						13.700	
Perú	31.500						31.500	
Interc. experiencias y Coop. horizontal	50.400	7%	59.300	6%	49.700	8%	159.400	7%
Seminarios internacionales	50.400		59.300		42.000		151.700	
Pasantías					7.700		7.700	
Sist. Información (Web, boletines, difusión)		0%	3.400	0,4%		0%	3.400	0,2%
Coordinación programa	316.500	44%	426.900	46%	352.300	58%	1.095.700	48%
Salarios (Admin. y Asist.)	296.000		391.200		331.000		1.018.200	
Misiones coord. países	20.500		35.700		21.300		77.500	
Consultores locales	99.300		38.800	4%			138.100	6%
Bolivia	45.600						45.600	
Ecuador	7.700						7.700	
Perú	39.500						39.500	
Venezuela	6.500						6.500	
Uruguay			38.800				38.800	
Talleres y formación nacional	50.000	7%	35.400	4%	94.000	15%	179.400	8%
Bolivia	9.600						9.600	
Colombia	16.300						16.300	
Ecuador	18.600						18.600	
Perú	4.200				53.000		57.200	
Venezuela	1.300						1.300	
Uruguay			35.400		41.000		76.400	
Guías y manuales de referencia					30.300	5%	30.300	1%
TOTAL GENERAL	727.400	100%	928.200	100%	607.300	100%	2.262.900	100%

Anexo 12. ESTRATEGIA DE SAVIA: IDONEIDAD ANTE LA PROBLEMÁTICA Y CAPACIDAD DE INFLUENCIA

En este anexo se presenta, en primer lugar, las estrategias previstas por SAVIA a lo largo de los sucesivos proyectos (12.1) para, después, valorar su idoneidad respecto a la problemática identificada (12.2) y, por último, adelantar la capacidad de influencia en ellos por parte del programa (12.3); influencia en todo caso potencial, esto es, referida a su **diseño**, no a su ejecución, que es comentada en el cuerpo principal del informe, en el capítulo referido a resultados).

12.1. Las estrategias puestas en marcha

Como se desprende del modelo lógico reconstruido, el programa SAVIA actuó desplegando las siguientes **seis estrategias**:

- Estrategia 1. Fortalecer capacidades órgano rector
- Estrategia 2. Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil
- Estrategia 3. Fortalecer capacidades en los municipios (capacitación a profesionales, unidades e instrumentos institucionales de política de drogas: diagnósticos, planes, etc.)
- Estrategia 4. Garantizar vías de financiación para políticas y programas municipales
- Estrategia 5. Puesta en marcha de proyectos locales
- Estrategia 6. Intercambio regional

En todo caso, tales estrategias **no fueron una constante** durante la prolongada vida de SAVIA. En realidad, acometió **dos grandes etapas**, que representan a su vez un énfasis en distintas estrategias.

Una primera etapa la representó los proyectos Descentralización 2003-2005 y Descentralización Ampliación 2005-2007, volcados en el fortalecimiento de las **unidades centrales** para acompañar el proceso de descentralización, y en la generación o consolidación de capacidades y condiciones en los **municipios** para coordinar, financiar e implementar políticas de drogas a nivel local.

Las cuatro estrategias presentes en esta primera etapa eran: fortalecer capacidades del órgano rector, la coordinación inter-institucional, capacidades en los municipios y vías de financiación. Y vendrían acompañadas de las siguientes siete medidas (ver Tabla 1):

Tabla 1. Estrategias de la 1ª etapa. Proyecto Descentralización 2003-2005

Sentar las bases: capacidad de la CND y condiciones en los municipios (partenariados, capacidad gestión, oficinas y fondos)
Estrategia 1: Fortalecer capacidades órgano rector
1. Fortalecer la capacidad de organización, planificación y evaluación de las CND para coordinar el proceso de "descentralización" de las políticas nacionales de drogas.
2. Apoyo a los Observatorios Nacionales de Drogas para desarrollar estadísticas e información de ámbito e interés local , en coordinación con los distintos municipios involucrados
Estrategia 2: Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil
3. Desarrollo de mecanismos de coordinación entre la administración central (CNDs) y las instancias locales .
4. <u>Capacidades en municipios</u> para crear y animar partenariados locales entre diferentes actores sociales que deben involucrarse en la política local sobre drogas.

Estrategia 3: Fortalecer capacidades en los municipios
5. <u>Capacidades en municipios</u> para planificar, ejecutar y evaluar políticas municipales de drogas.
6. <u>Capacidades en municipios</u> para poner en marcha oficinas municipales de drogas (coordinación con Observatorios).
Estrategia 4: Vías de financiación para políticas municipales de drogas
7. <u>Líneas de financiación</u> que ofrezcan viabilidad económica a las políticas y planes municipales de drogas.

El segundo de los proyectos (“Descentralización Ampliación 2005-2007”) fue más incisivo en la actuación local, lo que implicaba asumir la premisa de una CND central ya suficiente fortalecida. Focalizándose en el ámbito de la municipalización de las políticas de drogas, estableció los siguientes focos de actuación (coordinación inter-institucional, capacidades en los municipios y vías de financiación), con un peso muy relevante en aquellas actuaciones destinadas a garantizar la disponibilidad presupuestaria que hicieran de las políticas de drogas una iniciativa viable (ver Tabla 2, las estrategias en las que se reiteran medidas, siguen la misma numeración que la Tabla anterior).

Tabla 2. Estrategias de la 1ª etapa. Proyecto Descentralización Ampliación 2005-2007

Consolidar las condiciones: estructuras y coordinación inter-institucional, vías de financiación y formación
Estrategia 2: Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil
Consolidar la conformación de estructuras regionales y municipales . Colaboración y coordinación entre niveles de administración pública (central, regional y local) y actores sociales .
Estrategia 3: Fortalecer capacidades en los municipios
Capacitar a actores, públicos y de la sociedad civil en los ámbitos local y regional en diferentes aspectos de fortalecimiento institucional y de reducción de la demanda de drogas.
Estrategia 4: Vías de financiación para programas y proyectos regionales/locales
Sensibilizar a: <ul style="list-style-type: none"> – Los CND para destinar parte de su presupuesto en reducción de la demanda para proyectos regionales o locales, adecuado al correspondiente traspaso competencial – Las instituciones públicas de todos los niveles de la administración para incorporar en sus presupuestos asignaciones para programas de RDD en el ámbito local (Mº. Educ. y Salud, Gob. Regionales y locales). Incorporar las estrategias locales de drogas en el marco de los planes de desarrollo de cada administración para facilitar la asignación de fondos . Incrementar la capacidad de los actores regionales y municipales para movilizar otros recursos locales que permitan obtener financiación adicional para sus programas

Con el proyecto SAVIA Fase I, da comienzo una segunda etapa del programa SAVIA. El Administrador del Programa la justifica en el interés de la DGPND por visibilizar actuaciones y resultados de ámbito local y, en cierto sentido, actuar para la población destinataria última. De ahí el giro del programa en potenciar la cofinanciación de proyectos piloto locales demostrativos que había puntualmente experimentado con Bolivia en la etapa anterior.

Tabla 3. Etapa 2ª. Proyecto SAVIA Fase I

La puesta en marcha de proyectos locales
Estrategia 5: Puesta en marcha de proyectos locales
Cofinanciación de proyectos piloto locales demostrativos en reducción de la demanda de drogas.

Este proyecto SAVIA Fase I también acogió la demanda de la JND de Uruguay con vistas a apoyar su proceso de descentralización de las políticas de drogas. Como tal, focalizadas en un **único país**, el proyecto asumió algunas de las estrategias precedentes, tales como fortalecer el área de descentralización de la Secretaría Nacional de Drogas uruguaya y disponer de información que caracterizase el consumo de drogas en el ámbito local (Estrategia 1), o fortalecer las estructuras municipales para el diseño y ejecución de la política local sobre drogas, incluida su capacitación (Estrategia 3).

Por su parte, la Fase II del Proyecto SAVIA, redunda en la estrategia de apoyo a proyectos locales y refuerza la estrategia de capacitación relacionada con las capacidades locales.

Tabla 4. Etapa 2ª. Proyecto SAVIA Fase II

Proyectos y capacidades locales	
Estrategia 3: Fortalecer capacidades en los municipios	
360 profesionales y actores locales capacitados (temas <i>ad hoc</i> en cada país)	
150 profesionales de centros de tratamiento en Ecuador formados (posgrado)	
Estrategia 5: Puesta en marcha de proyectos locales	
10 proyectos locales desarrollados	

Presente en todos los proyectos se encontraba una estrategia regional de actuación, estrategia que ha ido evolucionando en cuanto a su ambición y medidas, pasando del propósito inicial de conformar una red andina de municipios para el intercambio de experiencias y mejores prácticas —apoyada a su vez en la constitución de las respectivas redes nacionales—, a disponer en segunda instancia de espacios regionales para coordinar la marcha del programa y su proceso descentralizador, para terminar en la etapa de SAVIA Fase I y II bajo la forma de un espacio de intercambio de experiencias y mejores prácticas —contando por primera vez con una Web común de recursos de información alojada en CICAD— (ver Tabla 5).

Tabla 5. Etapas 1ª y 2ª. Evolución de la estrategia transversal y regional del Programa SAVIA

Estrategia 6: Intercambio regional	
Versión 1ª: Redes de municipios (nacional y andina) para el intercambio	
Desarrollo de 5 redes nacionales y de una red andina de municipios con planes locales de drogas para el intercambio de experiencias y mejores prácticas	Descentralización 2003-2005
Versión 2ª: Coordinar procesos descentralización a través del intercambio	
Facilitar la coordinación de los procesos de descentralización a través del intercambio de experiencias (inf., metod., herram.) con apoyo desde la CICAD/OEA	Descentraliz. Ampliac. 2005-2007
Versión 3ª: Intercambio de experiencias y plataforma común de información (Web)	
Intercambio de experiencias locales. Sistema de información regional sobre políticas locales y de coordinación de la cooperación horizontal en marcha en la Secretaría Ejecutiva de la OEA (Web)	SAVIA Fase I ²³
68 expertos nacionales y locales con conocimientos de mejores prácticas (intercambio experiencias y coop. horizontal y regional). Página Web actualizada y difundida	SAVIA Fase II

²³ En este proyecto, tales medidas aparecían bajo el resultado: "Mejora del nivel técnico de responsables de programas nacionales, regionales y municipales en reducción demanda de drogas". Si bien este resultado podría encajar dentro de la estrategia de 3 (Fortalecer capacidades en los municipios), las actividades específicas (talleres y seminarios regionales, y sistema de información regional) la ubican dentro de esta estrategia transversal y regional.

En el siguiente apartado se valora la idoneidad y capacidad de influencia de cada una de estas estrategias ante la problemática que el propio programa identificó.

12.2. La idoneidad de las estrategias ante la problemática

SAVIA sostenía que existía un “alejamiento de la ejecución de las políticas de drogas del ámbito más cercano a los ciudadanos” y reivindicaba el **papel fundamental de los municipios** en “los aspectos relativos a la promoción de la salud, la prevención, la integración social, la limitación de la oferta y la coordinación de las intervenciones a escala local”.

Bajo tal premisa, SAVIA no ocultaba que “el caso español ha supuesto siempre un **modelo de referencia** muy interesante en lo que se refiere a la descentralización de las políticas de drogas. En el caso español, las competencias están distribuidas entre la administración central, la autonómica o regional, la provincial y la local, permitiéndose espacios de participación a ONG y otras entidades sociales. Los municipios han jugado en España un papel muy importante en la generación de respuestas institucionales adecuadas para enfrentar el fenómeno de las drogodependencias”.

La **hipótesis** en la que descansaba tal apuesta era que los municipios “aportan la disponibilidad de una red de servicios próximos y accesibles, ofreciendo un entorno adecuado para ordenar la vida comunitaria, detectar y tratar los distintos problemas sociales y para facilitar la cooperación entre los distintos actores sociales locales”. En realidad, como veremos en el apartado dedicado al análisis de los resultados del programa, aunque SAVIA trató de crear las condiciones para incrementar el papel de los municipios ante la problemática de la RDD (diagnósticos, comités de coordinación, formación, etc.) hubo de enfrentarse a una casi inexistente red de servicios y, en la mayoría de los municipios tuvo que limitarse a actuar en el ámbito de los proyectos y campañas puntuales, sin abordar aspectos relativos al tratamiento o la integración social, por ejemplo.

Pues bien, las diferentes **estrategias de SAVIA actuaron, con mayor o menor énfasis, en la mayoría de los frentes posibles derivados de la problemática** identificada: tratando de hacer de la política de drogas una política multisectorial, reforzando capacidades a nivel central y local, movilizando vías de financiación estables, poniendo en marcha proyectos de actuación en el ámbito local, etc.²⁴

Con todo, si bien la mayoría de estrategias eran adecuadas al abanico de problemas que caracterizaba las políticas de RDD en los países andinos, SAVIA **no dimensionó** dos elementos fundamentales: i) su capacidad de influencia, representada por los medios que sostenían en la práctica tales estrategias, muy limitados en varios de los casos; y ii) la diversidad de condiciones de partida y realidades en cada país. Por último, iii) **no respetó** una actuación consistente en algunas de sus estrategias iniciales lo suficientemente prolongada en el tiempo como para poder asentar los cambios a los que apuntaban.

12.2.1. Relación entre problemática y la capacidad de influencia de SAVIA.²⁵

Tal y como fue diseñado, SAVIA demostraría un **potencial de influencia** en las siguientes problemáticas:

- ☐ Actuar sobre las debilidades de las CND relacionadas con su capacidad técnica e institucional y de capacitación de sus recursos humanos.
- ☐ Reforzar las capacidades y recursos de entidades locales y regionales: recursos humanos suficientemente preparados para desarrollar este trabajo especializado, y manejo de instrumentos institucionales (políticos, administrativos y presupuestarios) que garanticen la eficacia y viabilidad de

²⁴ Un resumen de la problemática que SAVIA decía enfrentar se recoge en la Tabla 1 del siguiente Anexo 13.

²⁵ Para más detalle acerca de la correspondencia entre la problemática identificada y la potencial influencia de SAVIA a través de sus distintas estrategias, ver Tabla 2 del siguiente Anexo 13.

las políticas de drogas y su inserción en la agenda local (diagnóstico del problema a escala local, y la planificación, gestión y financiación de las políticas locales de drogas).

- ☐ Atajar en cierta medida la incapacidad de las entidades locales y regionales para movilizar y captar medios económicos para programas de drogas.

En menor medida pero aún de manera significativa, las estrategias de SAVIA **también podrían influir**, tal y como se diseñaron sus acciones, en:

- ☐ La pobre participación de municipios, provincias, distritos y regiones en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas de drogas.
- ☐ Romper la dinámica compartimentada y sectorial de la actuación y programación de las administraciones públicas. Y en el nivel municipal, la deficiente articulación con otras políticas sociales de ámbito local.
- ☐ La inexistencia de una planificación integral de aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc., a través de los espacios de coordinación previstos y la hipotética plasmación de acuerdos multisectoriales en los planes municipales de drogas.
- ☐ La insuficiente inversión pública para cubrir las necesidades tanto en prevención y mitigación, como en atención e integración social que, en la práctica, convertía a esta política en sucesión de esfuerzos atomizados, limitados y sin visos de convertirse en verdaderos sistemas de prestación de servicios a la población, con calidad y cobertura suficientes.
- ☐ Relacionado con la anterior, el hecho de que la mayor parte de la inversión pública estuviese dirigida hacia los ámbitos de prevención (basados en intervenciones no evaluadas) y sensibilización social (visibilidad).
- ☐ No haber incursionado de manera decidida en el ámbito de la integración social, ausente de las políticas públicas sobre drogas (aunque está en estrategias nacionales, no desarrollada en la práctica), cerrando de esta manera el ciclo de la recuperación.

Por el contrario, otras tantas **problemáticas quedarían fuera**, bien de sus **estrategias** (por no ser abordadas a través de ninguna de ellas de una manera nítida), bien de su **capacidad de influencia** teórica (en relación a la suficiencia de los recursos y actividades/productos diseñados a través de los cuales implementaría tales estrategias):

- ☐ La distribución y manejo individualizado de presupuestos por parte de las entidades gubernamentales; —y lo que afecta más a SAVIA—, la ausencia de acuerdos estables de transferencias presupuestarias desde el nivel central del Estado.
- ☐ Un modelo rígido de diseño y gestión de las políticas que en ocasiones incorpora plataformas de participación y trabajo en coordinación con las ONG, pero que en la práctica no cuenta con cauces efectivos de participación comunitaria. Como efecto, una débil participación de la sociedad civil en las políticas y programas de RDD.
- ☐ El hecho de que las estrategias nacionales “no incorporan criterios de descentralización, por lo que no (...) promueven la participación de los gobiernos municipales o locales”.
- ☐ La capacidad real de SAVIA para fortalecer a las CND en su nivel político (su jerarquía en la Administración) e incrementar la cantidad de recursos humanos, así como en revertir la escasez presupuestaria reflejada en la ejecución parcial de sus funciones y de los planes nacionales.
- ☐ La inequidad en acceso y cobertura de servicios de salud derivada de una limitada o inexistente oferta pública de tratamiento. Mientras que aquellos con capacidad económica acceden a centros privados con criterios mínimos de calidad, la gran mayoría ve negado su derecho a la salud y, si logra

cobertura, es en centros de tratamiento de dudosa calidad terapéutica o en los que se vulneran sus derechos básicos.

- ☐ El hecho de que sólo en algunos países se realizan programas de reducción de daños y de atención a drogodependientes, casi siempre por ONG u operadores privados. Nunca el grueso de la atención es en los sistemas generales de salud pública.

Varios de estos problemas son de **carácter estructural** y siguen aún vigentes con distinta intensidad en la mayoría de los países. Al no poder reconducirlos de una manera efectiva, pasaron a convertirse durante la ejecución del programa en factores externos que ralentizaban o dificultaban los intentos de SAVIA por consolidar una política municipal integral, coordinada entre los diferentes estamentos sectoriales, y financieramente sostenible.

12.2.2. La diversidad de condiciones de partida y de realidades en cada país.

El análisis anterior se completaría si tomamos en cuenta la diversidad de condiciones y capacidades de las que partían cada uno de los países en los que intervenía SAVIA. Tales condiciones nacionales actuaban a modo de aceleradores o freno en el propósito final de municipalización de las políticas de drogas.

Colombia, por ejemplo, contaba con unas mejores condiciones de partida que el resto de países: una capacidad de actuación de la CND en todo el territorio nacional, existencia de instancias de coordinación a nivel regional y municipal ya operativas, labrada experiencia en actuaciones a nivel descentralizado, visión integral de la actuación en RDD, etc.

En otros países, como Perú y Ecuador, si bien SAVIA había previsto estrategias adecuadas a un buen grupo de problemas, aquellos en los que no pudo influir pasaron a engrosar —como hemos mencionado— el conjunto de factores contextuales de orden político y estructural que, en cierta medida, impidieron avanzar hacia la mejora de la cobertura y calidad de los servicios y programas de RDD, el propósito de SAVIA. Entre los factores más severos estarían: a) un política estatal (centralista), con un fuerte control sobre los recursos y su transferencia efectiva a los municipios, a contracorriente de la decisión de SAVIA de dar mayor peso político y de ejecución a las autoridades locales; b) la ausencia de una estructura desconcentrada de la CND que permitiese acompañar las actuaciones a nivel municipal; o c) un estadio de la actuación en RDD todavía apegado a la prevención universal y sin, por otro lado, contar con un sistema de salud con la cobertura adecuada con el que coordinar potenciales actuaciones en consumos problemáticos y tratamiento, ni mucho menos rehabilitación e integración social.

Por su parte, en Uruguay el marco programático estaba muy avanzado y la política otorgaba gran relevancia a la RDD en el ámbito departamental. Además, existía una estructura de intervención a este nivel departamental, aunque aún en un estado de gran debilidad y con ausencia de recursos regulares propios o ajenos.

Estas diferencias ente países, desde el punto de vista de estructuras existentes, recursos, marco legal y administrativo que define el modelo de Estado (centralizado/descentralizado), tienen mucho que ver en la capacidad de penetración de las estrategias de SAVIA en cada país y, a la postre, en consolidar a nivel municipal una política consistente, institucionalizada y con capacidad, preferentemente pública, de prestar servicios y gestionar programas.

12.2.3. Consistencia y sostenimiento de las estrategias en el tiempo

Un segundo factor que explica la adecuación e influencia de las estrategias previstas por SAVIA en relación con los problemas identificados, tiene que ver con el sostenimiento de estas actuaciones en el tiempo. A este respecto el programa no sostuvo un impulso proporcional a la envergadura de los cambios

marcados en sus objetivos, máxime si estos son de naturaleza de política e institucional, relacionados con la generación de capacidades locales, la integración de instrumentos en la agenda y práctica municipal, etc. La consistencia de tales estrategias pasaría por: a) actuar en el país de manera continuada a lo largo de las distintas etapas y años del programa, b) asentar unas estrategias en los avances de las anteriores y c) concatenar actuaciones en los mismos municipios.

El comportamiento del programa a tales efectos fue el siguiente:

a) Actuar en el país de manera continuada. En primer lugar, ya se ha comentado la ‘entrada’ y ‘salida’ de países a lo largo del programa, lo que hace que solo DEVIDA (Perú) permaneciese desde sus inicios (11 años, de 2003 a la actualidad), seguido de Colombia y Ecuador (8 años, 2003 a 2011) y Uruguay (6 años, 2007 a la actualidad), y en menor medida Venezuela²⁶ y Bolivia (5 años, 2003 a 2008). En todos los casos, por distintas razones, se produjeron parones de entre 1 y 2 años en la participación de varios países en el paso de un proyecto a otro.

b) Asentar unas estrategias en el avance y consolidación de las anteriores. En segundo lugar, el paso del proyecto de Descentralización 2005-2007 al proyecto SAVIA Fase I 2007-2009 supuso un salto hacia adelante en las estrategias de actuación, ya que el apoyo directo a proyectos locales pasó a ser la piedra angular de SAVIA. Pero, de algún modo, solo podría avanzarse en este segundo proyecto en la medida en que algunos de los objetivos planteados por el primero estuvieran consolidados en los países. Estos objetivos se recuerdan en el Recuadro 2.²⁷

Objetivos del proyecto Descentralización Ampliación 2005-2007 entendidos como condiciones para implementar el proyecto SAVIA Fase I focalizado en proyectos locales

1. Consolidar el proceso de conformación de estructuras regionales y municipales para atender los aspectos de reducción de la demanda de drogas en los 5 países participantes.
2. Sensibilizar a las Comisiones Nacionales de Drogas de los cinco países para destinar una parte de su presupuesto en reducción de la demanda para proyectos regionales o locales, adecuado al correspondiente traspaso competencial. A este respecto, habría que revisar la legislación que ordena el reparto de los fondos nacionales de bienes decomisados, para facilitar que los programas regionales o locales puedan ser beneficiarios de los mismos.
3. Sensibilizar a las instituciones públicas de todos los niveles de la administración para que incorporen en el marco de sus presupuestos asignaciones destinadas a programas de reducción de la demanda de drogas en el ámbito local (M^o de Educación, M^o de Salud, Gobiernos regionales y locales). Además, deberá proponerse la incorporación de las estrategias locales de drogas en el marco de los planes de desarrollo de cada administración para facilitar la asignación de fondos correspondiente.
4. Incrementar la capacidad de los actores regionales y municipales para movilizar otros recursos locales que permitan obtener financiación adicional para sus programas.

Tales objetivos eran, a su vez, condiciones para avanzar en siguientes fases de SAVIA. Algunos no eran fácilmente alcanzables en un marco temporal de 2 años (2005-2007), ni desde luego en la extensión geográfica que una política nacional de descentralización hubiese requerido. A pesar de su escaso éxito, no fueron retomados para el diseño de la segunda etapa de SAVIA. Sin duda, entre las ausencias más relevantes están todo el conjunto de objetivos —la mayoría de los previstos, por otro lado— que trataban de **asegurar vías de financiación estables como expresión del compromiso político** por parte de las distintas instancias de la Administración, compromiso que habría de materializarse en la integración de la problemática de la RDD entre las asignaciones de los presupuestos nacionales (estrategias nacionales de los Ministerios afectados), regionales (planes regionales) y municipales (planes de desarrollo local).

Más aún, en la etapa del programa que se inicia con el proyecto SAVIA Fase I se plantea la *“prestación de asistencia técnica y financiera para el desarrollo de acciones locales en el ámbito de la RDD. Se trata de*

²⁶ Aunque Venezuela retomó sus actividades en 2008, lo hizo en los tres últimos meses del proyecto en vigor y ya posteriormente se acordó formalmente su no continuidad.

²⁷ Ver Anexo 11. Secuencia de etapas de SAVIA y sus actividades, por proyecto.

ofrecer asistencia directa a proyectos concretos canalizados a través de las comisiones locales de drogas ya constituidas en numerosos municipios de la región y que emanen de los ya aprobados planes municipales o regionales de drogas". Esto fue posible en toda su extensión en aquellos países, como Colombia, que ya contaban con esta dotación institucional (comisiones y planes) y, como apuntamos en el último punto más adelante, no en todos los casos esto se realizó respetando tales condiciones. En la práctica, el avance entre el proyecto Descentralización Ampliación y el proyecto SAVIA Fase I supuso una especie de fuga hacia adelante en aquellos otros países que no habían consolidado aún esta capacidad estructural de actuación para acompañar y dar coherencia a las actuaciones a nivel municipal.

c) **Concatenar actuaciones en los mismos municipios.** Por último, no en todos los casos SAVIA fue capaz de respetar la concatenación de pasos que, en el ámbito de actuación municipal, había previsto en su diseño. Aunque el diseño marcaba una estrategia coherente de actuación, más tarde comentaremos cómo los diagnósticos fueron realizados en unos municipios, mientras que no se pudo garantizar que en las mismas localidades se conformasen comités de coordinación o elaborasen los planes que debían tomar precisamente como insumo los diagnósticos realizados. Mientras, en fases posteriores, los proyectos locales fueron en ocasiones ejecutados en municipios distintos a los anteriores, o la formación brindada sin aplicar unos criterios previos de selección que primasen una actuación sinérgica con los mismos actores presentes en las acciones anteriores.

Anexo 13. ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIA ENTRE PROBLEMAS Y ESTRATEGIAS

Tabla 1. Resumen de la problemática identificada en el Programa SAVIA

Problemática identificada por SAVIA
<p><u>Limitaciones de las políticas de drogas</u></p> <p>Pobre participación de municipios, provincias, distritos y regiones en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas de drogas. → Limitado alcance de las acciones llevadas a cabo por los Gobiernos centrales.</p> <p>Descoordinación entre los actores institucionales y no gestión integral y conjunta de la política nacional: a) dinámica compartimentada y sectorial de la actuación y programación de las administraciones públicas; b) distribución y manejo individualizado de presupuestos; y c) Deficiente articulación con otras políticas sociales de ámbito local.</p> <p>Estrategias nacionales “no incorporan criterios de descentralización, por lo que no (...) promueven la participación de los gobiernos municipales o locales”.</p> <p>Ausencia de acuerdos estables de transferencias presupuestarias desde el nivel central del Estado.</p> <p>Modelo rígido de diseño y gestión de las políticas (en ocasiones incorpora plataformas de participación y trabajo en coordinación con las ONG; en la práctica no hay cauces efectivos de participación comunitaria). → Débil participación de la sociedad civil en el acercamiento de las políticas de drogas a la realidad social de las comunidades.²⁸</p>
<p><u>Debilidades de las CND</u></p> <p>Requieren ser fortalecidas en su nivel político, en capacidad técnica, institucional y de recursos humanos.</p> <p>Escasez presupuestaria reflejada en la ejecución parcial de sus funciones y de los planes nacionales</p>
<p><u>Capacidades y recursos de entidades locales y regionales</u></p> <p>Incapacidad de entidades locales y regionales para mobilizar y captar medios económicos para programas de drogas.</p> <p>Falta de recursos humanos suficientemente preparados para desarrollar este trabajo especializado</p> <p>No manejo de instrumentos institucionales (políticos, administrativos y presupuestarios) que garanticen la eficacia y viabilidad de las políticas de drogas y su inserción en la agenda local: diagnóstico del problema a escala local, y la planificación, gestión y financiación de las políticas locales de drogas).</p>
<p><u>Complejidad y multi-dimensionalidad de drogodependencias</u></p> <p>No planificación integral de aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc.</p> <p>Las políticas RDD requieren un ciclo completo: prevención (programas educativos-promocionales), tratamiento (asistencia sector salud) y reinserción social (aspectos personales, sociales y laborales; pertenencia a la comunidad).</p>
<p><u>Baja inversión pública y presupuesto</u></p> <p>La inversión pública, aunque creciente, es insuficiente para cubrir las necesidades tanto en prevención y mitigación, como en atención e integración social.</p> <p>La limitación presupuestaria convierte a esta política en sucesión de esfuerzos atomizados, limitados y sin visos de convertirse en verdaderos sistemas de prestación de servicios a la población, con calidad y cobertura suficientes.</p> <p>La mayor parte de la inversión pública se ha dirigido hacia los ámbitos de prevención (basados en intervenciones no evaluadas) y sensibilización social (visibilidad).</p>
<p><u>Inequidad y pobre calidad y alcance en la cobertura de servicios</u></p> <p>Inequidad en acceso y cobertura de servicios de salud: limitada o inexistente oferta pública de tratamiento. Solamente con capacidad económica se accede a centros privados con criterios mínimos de calidad. La gran mayoría ve negado su derecho a la salud y, si logra cobertura, es en centros de tratamiento de dudosa calidad terapéutica o en los que se vulneran sus derechos básicos.</p> <p>Sólo en algunos países se realizan programas de reducción de daños y de atención a drogodependientes, casi siempre por ONG u operadores privados. Nunca el grueso de la atención es en los sistemas generales de salud pública</p> <p>El ciclo de recuperación no se cierra. No se ha incursionado de manera decidida en el ámbito de la integración social, ausente de las políticas públicas sobre drogas (aunque está en estrategias nacionales, no desarrollada en la práctica).</p>

²⁸ En los programas sobre drogas “los gobiernos deben reconocer y aprovechar la experiencia y capacidad de las ONG” (Declaración de Cartagena de Indias para la Cooperación en Materia de Drogodependencias de la Red Iberoamericana de ONG que trabajan en Drogodependencias –RIOD-, 1998).

Tabla 2. Relación entre la problemática identificada, las estrategias de SAVIA y su potencial influencia

Problemática identificada por SAVIA	Capacidad de influencia potencial (Acciones diseñadas por SAVIA)	Estrategias
<p><u>Limitaciones de las políticas de drogas</u> Pobre participación de municipios, provincias, distritos y regiones en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas de drogas. Dinámica compartmentada y sectorial de la actuación y programación de las administraciones públicas Deficiente articulación con otras políticas sociales de ámbito local.</p>	<p>Influencia media <u>Acciones diseñadas SAVIA:</u> Conformar Comités Regionales y Municipales Planes regionales y municipales en RDD Conocimiento de buenas prácticas y cooperación horizontal <u>No previsto / hipótesis:</u> Existencia de una estructura administrativa descentralizada consolidada y con competencias (políticas, legislativas y financieras) transferidas. Acciones de <i>lobby</i> dirigidas al más alto nivel de la toma de decisiones políticas.</p>	<p><i>Estrategia 2. Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil</i> <i>Estrategia 6. Intercambio regional</i></p>
<p><u>Distribución y manejo individualizado de presupuestos</u> Ausencia de acuerdos estables de transferencias presupuestarias desde el nivel central del Estado. Modelo rígido de diseño y gestión de las políticas (en ocasiones incorpora plataformas de participación y trabajo en coordinación con las ONG; en la práctica no hay cauces efectivos de participación comunitaria). → Débil participación de la sociedad civil. Estrategias nacionales “no incorporan criterios de descentralización, por lo que no (...) promueven la participación de los gobiernos municipales o locales”.</p>	<p>Influencia baja - Cambiar elementos estructurales de política nacional (modelo de gestión pública y transferencia de competencias y presupuestos - Influenciar cambios legislativos y programáticos nacionales No previstas medidas más allá de la capacidad de sensibilización del Programa con agentes políticos en los distintos niveles de la Administración pública.</p>	
<p><u>Debilidades de las CND</u> Requieren ser fortalecidas en su capacidad técnica e institucional y de recursos humanos.</p>	<p>Influencia alta Capacidad técnica (formación) Capacidad institucional (unidades para coordinar proceso descentralización). Conocimiento de buenas prácticas y cooperación horizontal</p>	<p><i>Estrategia 1. Fortalecer capacidades órgano rector</i> <i>Estrategia 6. Intercambio regional</i></p>
<p>Requieren ser fortalecidas en su nivel político y de recursos humanos. Escasez presupuestaria reflejada en la ejecución parcial de sus funciones y de los planes nacionales</p>	<p>Influencia baja Elementos políticos, de incremento de RRHH y de presupuesto asignado por el Gobierno a la CND.</p>	

Problemática identificada por SAVIA	Capacidad de influencia potencial (Acciones diseñadas por SAVIA)	Estrategias
<p><u>Capacidades y recursos de entidades locales y regionales</u></p> <p>Incapacidad de entidades locales y regionales para movilizar y captar medios económicos para programas de drogas.</p> <p>Falta de recursos humanos suficientemente preparados para desarrollar este trabajo especializado</p> <p>No manejo de instrumentos institucionales (políticos, administrativos y presupuestarios) que garanticen la eficacia y viabilidad de las políticas de drogas y su inserción en la agenda local: diagnóstico del problema a escala local, y la planificación, gestión y financiación de las políticas locales de drogas).</p>	<p>Influencia alta</p> <p>Vías de financiación de políticas y programas locales</p> <p>Capacidad institucional y técnica.</p> <p>Conocimiento de buenas prácticas y cooperación horizontal</p>	<p><i>Estrategia 3. Fortalecer capacidades en los municipios</i></p> <p><i>Estrategia 4. Garantizar vías de financiación para políticas y programas municipales</i></p> <p><i>Estrategia 6. Intercambio regional</i></p>
<p><u>Complejidad y multi-dimensionalidad de drogodependencias</u></p> <p>No planificación integral de aspectos interrelacionados: sanitarios, psicosociales, educativos, laborales, etc.</p> <p>Las políticas RDD requieren un ciclo completo: <u>prevención</u> (programas educativos-promocionales), <u>tratamiento</u> (asistencia sector salud) y <u>reinserción social</u> (aspectos personales, sociales y laborales; pertenencia a la comunidad).</p>	<p>Influencia media</p> <p><u>Acciones diseñadas SAVIA:</u></p> <p>Diagnóstico y planes municipales</p> <p>Comités locales multi-sectoriales</p> <p>Implementar proyectos locales multidisciplinares o de variado espectro temático.</p> <p><u>No previsto / hipótesis:</u></p> <p>Supone la existencia de servicios de salud, de empleo y de integración laboral/social, y una articulación entre organismos, procedimientos y protocolos que no siempre existen</p>	<p><i>Estrategia 3. Fortalecer capacidades en los municipios</i></p> <p><i>Estrategia 5. Puesta en marcha de proyectos locales</i></p>
<p><u>Baja inversión pública y presupuesto</u></p> <p>La inversión pública es insuficiente para cubrir las necesidades tanto en prevención y mitigación, como atención e integración social.</p> <p>La limitación presupuestaria convierte a esta política en sucesión de esfuerzos atomizados, limitados y sin visos de convertirse en verdaderos sistemas de prestación de servicios a la población, con calidad y cobertura suficientes.</p> <p>La mayor parte de la inversión pública se ha dirigido hacia los ámbitos de prevención (basados en intervenciones no evaluadas) y sensibilización social (visibilidad).</p>	<p>Influencia media</p> <p>Vías de financiación de políticas y programas locales.</p> <p>Espacios de coordinación multi-sectorial regionales y municipales</p> <p>Implementar proyectos locales multidisciplinares o de variados espectro temático.</p> <p><u>No previsto / hipótesis:</u></p> <p>Disponibilidad e interés hacia las políticas de RDD en un contexto de prioridad hacia políticas de control de la oferta e interdicción.</p>	<p><i>Estrategia 4. Garantizar vías de financiación para políticas y programas municipales</i></p> <p><i>Estrategia 2. Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil</i></p> <p><i>Estrategia 5. Puesta en marcha de proyectos locales</i></p>

Problemática identificada por SAVIA	Capacidad de influencia potencial (Acciones diseñadas por SAVIA)	Estrategias
<p><u>Inequidad y pobre calidad y alcance en la cobertura de servicios</u></p> <p>Inequidad en acceso y cobertura de servicios de salud: limitada o inexistente oferta pública de tratamiento. Solamente con capacidad económica se accede a centros privados con criterios mínimos de calidad. La gran mayoría ve negado su derecho a la salud y, si logra cobertura, es en centros de tratamiento de dudosa calidad terapéutica o en los que se vulneran sus derechos básicos.</p> <p>Sólo en algunos países se realizan programas de reducción de daños y de atención a drogodependientes, casi siempre por ONG u operadores privados. Nunca el grueso de la atención es en los sistemas generales de salud pública</p>	<p>Influencia baja</p> <p>Incapacidad para actuar sobre la existencia de servicios de salud, de empleo y de integración laboral/social, y diseñar, validar y ejecutar una articulación entre organismos, procedimientos y protocolos que no siempre existen.</p> <p>Dificultades para cambiar el paradigma de salud y de derechos se concrete en la práctica entre los tomadores de decisiones del nivel central y autoridades locales (alternativo a un enfoque punitivo, seguridad ciudadana)</p>	
<p><u>Inequidad y pobre calidad y alcance en la cobertura de servicios</u></p> <p>El ciclo de recuperación no se cierra. No se ha incursionado de manera decidida en el ámbito de la integración social, ausente de las políticas públicas sobre drogas (aunque está en estrategias nacionales, no desarrollada en la práctica).</p>	<p>Influencia media</p> <p>Espacios de coordinación multi-sectorial regionales y municipales (derivación e integración sistema salud)</p> <p>Implementar proyectos locales integrales o con énfasis en recuperación e integración.</p> <p><u>No previsto / hipótesis:</u></p> <p>Supone la existencia de servicios de salud, de empleo y de integración laboral/social, y una articulación entre organismos, procedimientos y protocolos que no siempre existen.</p> <p>Visión de un enfoque de salud y de derechos en los tomadores de decisiones del nivel central y autoridades locales (alternativo a un enfoque punitivo, seguridad ciudadana)</p>	<p><i>Estrategia 2. Coordinación inter-institucional nivel central-regional-local y con sociedad civil</i></p> <p><i>Estrategia 5. Puesta en marcha de proyectos locales</i></p>

Anexo 14. ETAPAS DEL PROGRAMA SAVIA A TRAVÉS DE SUS PROYECTOS

¿Qué planteó realizar el Programa SAVIA en sus distintas versiones de proyectos individuales?

Etapas Proyecto	Fortalecer y crear estructuras descentralizac.		Generar capacidades y recursos locales				Cooper. regionalmente	Apoyar progr. Municip.
Descentralización 2003-05	Capacidad de las CND para coordinar "descentralización"	Crear e instrumentar estructuras locales y políticas municipales						
<i>Resultados y acciones principales</i>	Diagnóst. municipalización Formación formadores Mecanismos coord. Admin central-local para cohesión política local con estrategia nacional Apoyo Observatorios estadísticas a nivel local	Comisiones municipales Planes municipales Oficinas municip. drogas Redes nacionales	Formación actores locales	Vías de financiación			Red andina (reuniones)	
Descentralización Ampliación 2005-07		Consolidar estructuras reg. y municipales	Capacitar a actores públicos y soc. civil RDD	Incrementar disponibilidad presupuestaria para programas RDD de actores locales/regionales			Intercambio andino para facilitar coordinación de proceso descentralización	Apoyar el desarrollo de programas municipales (fondos concursables)
<i>Resultados y acciones principales</i>	Estructura nacional coordinación interinstitucional e intersectorial (<u>Col</u>)	Diagnósticos y planes municipales Comités municipales Redes munic de coord. interinst. e intersect. (<u>Col</u>) Observatorios regionales (<u>Col</u> , <u>Ec</u> , <u>Ve</u>) Comités Multisectoriales (<u>Pe</u> , <u>Ve</u>)	Sensibilizar y capacitar funcionarios de la Administración Formación actores (técnicos, promotores comunitarios)	Sensibilizar a la Administración (CND, M° Salud y M° Educ., Gob. Reg. y local) en destinar presupuesto RDD a proyectos locales (CND: revisar legislación, traspaso competencial)	Incorporar estrategias locales drogas en planes de desarrollo de cada Administración para facilitar la asignación de fondos	Incrementar capacidad de actores reg./munic. para movilizar otros recursos locales	Encuentros andinos Plenarias CICAD	Programas pilotos municipales (<u>Bo</u> , <u>Ec</u>)
Proyecto SAVIA (Fase I) 2007-09	Descentralización Polit. Nac. Drogas (<u>Uruguay</u>)						Mejora nivel técnico (intercambio experiencias)	Cofinanciación proyectos pilotos locales
<i>Resultados y acciones principales</i>	Área Descentralización (SND) (<u>Ur</u>)	Diagnós. municipales (<u>Ur</u>) Planes Depart.s (<u>Ur</u>)	Progr. Formación (<u>Ur</u>)				Enc. Andinos + Urug. Pasantías / Web CICAD Visitas al PND (Esp)	
Proyecto SAVIA (Fase II) 2011-13	Mejorar calidad y cobertura de programas locales							
<i>Resultados y acciones principales</i>			Formación nacional <i>ad hoc</i> en cada país (Academia Savia)				Encuentros andinos + Urug. / Pasantías Guía Integrac. Social y D. Web actualiz.	Proyectos locales

Anexo 15. ANÁLISIS DE LOS MARCOS LÓGICOS DE LOS PROYECTOS

En este anexo son comentados los marcos lógicos de cada uno de los proyectos incluidos en los TdR. Como formó parte del ejercicio de reconstrucción del modelo lógico del Programa SAVIA (como conjunto de proyectos), también se incluyen comentarios a la matriz de planificación del primer proyecto de Descentralización 2003/2005. Comoquiera que el proyecto **SAVIA Fase II** es el **único** de los cuatro analizados que realmente se amolda a una estructura de planificación conforme al **modelo del Marco Lógico**, en él se ahondará en detalles, tales como el análisis de la calidad de los indicadores.

15.1. Proyecto: Descentralización (2003-2005).

La **matriz de planificación** utiliza la siguiente terminología por niveles: Objetivos específicos (2), Resultados (3 y 5 para cada Objetivo específico) y Acciones para cada uno de los Resultados.

La **lógica de intervención** del proyecto no casa bien con el Marco Lógico, en tanto que el proyecto se define en torno a dos objetivos específicos o Propósitos, y no en torno a un único Propósito, tal y como recomienda el Marco Lógico. Tampoco acierta a definir un objetivo superior (Fin) a los dos establecidos.

Se establecen **indicadores** (denominados "indicadores de progreso") únicamente a nivel de las Actividades. Por ejemplo, para las Actividades de los Resultados del abajo denominado Objetivo Específico 1: número de convenios firmados, número de planes iniciales de trabajo acordados, número de municipios pre-seleccionados, respuestas recibidas al formulario, informe de diagnóstico elaborado, finalización del plan de capacitación, equipo conformado, número de técnicos nacionales formados, número de equipos de formadores creados, entre otros.

Para las actividades relacionadas con el segundo Objetivo Específico nos encontramos con indicadores como: número de técnicos municipales capacitados, existencia de oficinas de drogas en cada uno de los municipios participantes, porcentaje del presupuesto de los planes municipales que cuenta con financiación efectiva, desarrollo del taller y exposición de mejores prácticas, número de municipios participando activamente en la red, entre otros.

Obj. Esp.1.
Fortalecer la **capacidad** de organización, de planificación y de evaluación de las **Comisiones Nacionales de Drogas** para **coordinar** el proceso de “**descentralización**” de las políticas de drogas

Obj. Esp.2.
Cooperar en la **creación de estructuras institucionales y administrativas locales** específicas de drogas y en el desarrollo de **políticas municipales** de drogas en un número determinado de municipios de los cinco países.

<p>R1. Fortalecer la capacidad de organización, planificación y evaluación de las Comisiones Nacionales de Drogas para coordinar el proceso de “descentralización” de las políticas nacionales de drogas</p>	<p>R2. Desarrollo de mecanismos de coordinación en materia de drogas entre instancias de la administración central de cada uno de los países participantes (CNDs) y las instancias locales correspondientes.</p>	<p>R3. Apoyo a los Observatorios Nacionales de Drogas para el desarrollo de estadísticas e información de ámbito local, en coordinación con los distintos municipios involucrados</p>	<p>R4. Desarrollo de <u>capacidades en los municipios</u> de los países participantes para crear y animar partenariados locales entre los diferentes actores sociales que deben involucrarse en la política local sobre drogas y para la planificación, ejecución y evaluación de las políticas municipales de drogas</p>	<p>R5. Desarrollo de <u>capacidades en los municipios</u> de los países participantes para la planificación, ejecución y evaluación de las políticas municipales de drogas</p>	<p>R6. Desarrollo de <u>capacidades en los distintos municipios</u> para poner en marcha oficinas municipales de drogas de ámbito local, también en coordinación con los Observatorios Nacionales</p>	<p>R7. Desarrollo de diferentes líneas de financiación que ofrezcan viabilidad económica a las políticas y planes municipales de drogas</p>	<p>R8. Desarrollo de 5 redes nacionales y de una red andina de municipios con planes locales de drogas para el intercambio de experiencias y mejores prácticas</p>
<p>Convenios CICAD-CND Diagnósticos municipalización Polit. Drog. Formación (formac formad)</p>							

15.2. Proyecto: Descentralización (Ampliación) (2005-2007)

El proyecto **no presenta una lógica de intervención, sino varias** y de distinto carácter: 1 global y 6 para cada país de intervención. Únicamente en los niveles de las Acciones **en cada país** se podría hablar de la existencia de una **matriz de planificación**.

- A. Marco de actuación global: Como marco previo a la especificación de la actuación en cada país, en el documento de proyecto se establecen un Objetivo principal y 6 Objetivos específicos para el global del proyecto, que **reinterpretamos** equivaldrían a un Fin u Objetivo específico y 6 Resultados esperados (Productos).

Marco general de actuación

Obj. Específico							
Consolidación de los procesos de descentralización de las políticas de reducción de la demanda en Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela							
R1 Consolidar el proceso de conformación de estructuras regionales y municipales para atender los aspectos de reducción de la demanda de drogas	R2 Facilitar la colaboración y la coordinación entre los distintos niveles de las administraciones públicas (central, regional y local) y actores sociales trabajando en el área de drogodependencias	R3 Sensibilizar a los Consejos Nacionales de Drogas para destinar una parte de su presupuesto en reducción de la demanda para proyectos regionales o locales , adecuado al correspondiente traspaso competencial . (revisar legislación)	R4.1 Sensibilizar a las instituciones públicas de todos los niveles de la administración para que incorporen en sus presupuestos asignaciones destinadas a programas de reducción de la demanda de drogas en el ámbito local (Min. Educ. y. Salud, Gob. Regi. y locales). R4.2. Incorporar las estrategias locales de drogas en el marco de los planes de desarrollo respectivos de cada administración para facilitar la asignación de fondos correspondiente.	R5 Incrementar la capacidad de los actores regionales y municipales para movilizar otros recursos locales que permitan obtener financiación adicional para sus programas	R6 Capacitar a actores, públicos y de la sociedad civil en los ámbitos local y regional en diferentes aspectos de fortalecimiento institucional y de reducción de la demanda de drogas	R7 Facilitar la coordinación de los procesos de descentralización a través del intercambio de experiencias (inf., metod., herra.) con apoyo desde la CICAD/OEA Reuniones coordinación-país y 2 plenarias CICAD	2 encuentros regionales
<i>Marco de resultados para las 6 Acciones nacionales.</i>							
<i>Abajo se señala cuáles de los Resultados de los proyectos nacionales abordan cada Resultado de este marco general de actuación</i>							
Bo2, Bo3, Ec1, Ec5, Pe2, Pe4, Pe5, Pe6, Ve1, Ve2, Ve4	Co1, Co2, Ec1, Pe1, Ve3, Ve5	Bo4 (fondos concursables)		Bo1	Bo3, Co4, Ec3, Ec4, Pe3, Ve6	Resultados no cubiertos por las Acciones nacionales	

B. Marco de actuación nacional: Posteriormente, el proyecto establece **una matriz de planificación para cada Acción en cada país**. Cada matriz de planificación es representada con los siguientes niveles: Objetivo general (1), Objetivos específicos (varios), Resultados y Actividades.

La lógica de intervención de cada Acción-país no casa bien con el Marco Lógico, en tanto que cada una de ellas fija **varios Propósitos**, y el método de planificación en cascada del Marco Lógico establece un único objetivo específico como referencia para los proyectos. Además, el nivel inferior de Resultados o Productos está formulado prácticamente en los mismos términos que los Propósitos del nivel superior. Así, en varios casos el nivel inferior (Productos) no representa adecuadamente la causalidad que provoca los cambios en el nivel superior (Propósitos).

Se establecen **indicadores y factores externos** únicamente a nivel de las Actividades de cada uno de los Resultados.

Las matrices de planificación por país son resumidas a continuación.

a) **Matriz de planificación de Bolivia** (*reconstruida*)

<u>Objetivo general</u>			
Disminuir los niveles de prevalencia del consumo de drogas en la población de los municipios de Tarija, Sucre, Trinidad, Potosí y Oruro, mediante la implementación de programas de Reducción de la Demanda descentralizados			
<u>Obj. Esp.1.</u> Sensibilizar y capacitar a los directivos y funcionarios de los Municipios seleccionados = <u>R1.</u> Directivos, funcionarios y líderes sensibilizados.	<u>Obj. Esp.2.</u> Elaborar 5 diagnósticos situacionales y 4 Planes Estratégicos Municipales para la Reducción de la Demanda 2005 – 2010 (participación de técnicos, representantes comunidad y organizaciones e instituciones competentes) = <u>R2</u> 5 diagnósticos situacionales sobre consumo de drogas en cada municipio	<u>Obj. Esp.3.</u> Fortalecer las estructuras locales políticas, técnicas administrativas para la reducción de la demanda.	<u>Obj. Esp.4.</u> Apoyar el desarrollo de programas preventivos a través de fondos concursables. = <u>R5</u> Programas preventivos, implementados través de la creación de un fondo concursable.
		<u>R3</u> Comités Municipales de Lucha Contra el Tráfico Ilícito de Drogas (COMULTIDS) establecidos.	<u>R4</u> 150 técnicos locales capacitados en reducción de la demanda y en planificación.

b) Matriz de planificación de Colombia (*reconstruida*)

<u>Objetivo general</u>					
Fortalecer la coordinación entre el nivel nacional y las estructuras departamentales para la descentralización de la política de reducción de la demanda de drogas, con participación de las organizaciones de la sociedad civil					
<u>Obj. Esp.1.</u> Crear y fortalecer las estructuras que se ocupan del tema de reducción de la demanda de drogas, mediante la mejora de su capacidad técnica y de gestión para definir políticas públicas, lineamientos estratégicos y avanzar en conocimientos específicos relativos al problema de drogas.		<u>Obj. Esp.2.</u> Desarrollar un sistema de comunicación entre el nivel central y las regiones		<u>Obj. Esp.3.</u> Crear y fortalecer observatorios sobre drogas a nivel regional	<u>Obj. Esp.4.</u> Promover buenas prácticas en el área de reducción de la demanda de drogas con entidades públicas y privadas
<u>R1.1.</u> Creado estructura nacional de coordinación y concertación interinstitucional e intersectorial en materia de RDD	<u>R1.2.</u> Las 5 principales ciudades del país cuentan con una instancia de coordinación interinstitucional e intersectorial para desarrollar acciones en el tema de RDD	<u>R1.3.</u> Se ha apoyado la creación y funcionamiento de redes municipales en por lo menos 4 departamentos del país	<u>R2.</u> Existe un sistema de comunicación funcionando entre el nivel central y el nivel departamental	<u>R3.</u> Se han creado dos observatorios regionales sobre drogas y se ha fortalecido el observatorio del eje cafetero	<u>R4.</u> Se han identificado, sistematizado y divulgado experiencias significativas en el tema de RDD desarrolladas en el país

c) Matriz de planificación de Ecuador (*reconstruida*)

<u>Objetivo general</u>						
Descentralizar las políticas y estrategias del Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas 2004-2008, para reducir y prevenir el consumo de drogas						
<u>Obj. Esp.1.</u> Descentralizar la ejecución de los programas y proyectos referentes a reducción de la demanda: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de drogodependencias; así como, investigación y capacitación		<u>Obj. Esp.2.</u> Conformar un Comité Técnico en cada uno de los Municipios participantes encargados de la ejecución de los programas		<u>Obj. Esp.3</u> Capacitar sobre estrategias de intervención en las diferentes áreas de la demanda a los equipos técnicos locales .	<u>Obj. Esp.4.</u> Generar procesos de investigación que permitan elaborar una línea base para la intervención .	<u>Obj. Esp.5.</u> Lograr una cobertura del proyecto de descentralización en todos los Municipio capitales de provincias a nivel nacional
<u>R1.</u> Fortalecimiento del Equipo Técnico Multisectorial a nivel Central	<u>R2.</u> Diagnósticos locales referente a la problemática de drogas	<u>R3.</u> Observatorios regionales estructurados	<u>R4.</u> Municipios participantes sensibilizados y motivados	<u>R5.</u> Convenios suscritos con los gobiernos Municipales	<u>R6.</u> Comités Municipales conformados en estrategias de intervención	
<u>R7.</u> Equipos Técnicos Nacional y Locales capacitados	<u>R8.</u> Documentos técnicos y material de apoyo editados	<u>R9.</u> Municipios ejecutando programas y proyectos (pilotos) en RDD con una cobertura poblacional del 50% nacional (Ibarra, Latacunga, Ambato, Riobamba, Cañar, Loja, Guaranda, Machala, Babahoyo, Esmeraldas, Puerto Baquerizo, Coca, Tena, Puyo, Macas, Zamora)			<u>R10.</u> Monitoreo, seguimiento y evaluación	

d) Matriz de planificación de Perú (reconstruida)

Objetivo general					
Ampliar y fortalecer el proceso de descentralización de las políticas de drogas en el Perú					
Obj. Esp.1. Sensibilizar a directivos y funcionarios de los Gobiernos Regionales y Municipales sobre abordar el problema de las drogas, desde una perspectiva multisectorial	Obj. Esp.2. Ampliar cobertura de descentralización de políticas en materia de drogas a través de la conformación de nuevos Comités Multisectoriales regionales y municipales	Obj. Esp.3. Implementar un programa de formación de promotores comunitarios de prevención del consumo de drogas	Obj. Esp.4. Elaboración de diagnósticos situacionales del consumo de drogas	Obj. Esp.5. Contar con Instrumentos y documentos de apoyo a la gestión de los Comités	Obj. Esp.6. Contar con equipos técnicos de apoyo (capacitación, planificación, gestión)
R1. Directivos y funcionarios de los Gobiernos Regionales y Municipales sensibilizados	R2. La cobertura de descentralización de políticas en materia de drogas se ha ampliado a través de la conformación de 16 nuevos Comités Multisectoriales regionales o municipales	R3. COMULS cuentan con promotores comunitarios de prevención del consumo de drogas	R4. 16 COMULS constituidos cuentan con diagnósticos situacionales del consumo de drogas	R5. COMULS cuentan con instrumentos y documentos que facilitan su gestión	R6. Se cuenta con 16 equipos técnicos de apoyo

e) Matriz de planificación de Venezuela (reconstruida)

Objetivo general										
Impulsar el proceso de descentralización de las políticas públicas de reducción de la demanda de drogas, hacia los estados y municipios del país, de acuerdo a los lineamientos, objetivos y estrategias del Plan Nacional Antidrogas 2002 – 2007										
Obj. Esp.1. Crear y fortalecer Institucionalmente las Comisiones Regionales - CORECUID , para desarrollar y/o ampliar su capacidad operativa y de planificación, ejecución y evaluación de planes estatales de Reducción de la Demanda		Obj. Esp.2. Creación de Observatorios Regionales , para realizar un levantamiento de la información regional y adecuar las estrategias de intervención a la realidad específica		Obj. Esp.3. Conformar sistemas regionales de coordinación interinstitucional para la articulación de acciones en el área de Reducción de la Demanda		Obj. Esp.4. Brindar asistencia técnica y financiera a las CORECUID para fortalecer sus acciones y planes operativos, tomando en cuenta las especificidades de cada región		Obj. Esp.5. Desarrollar lineamientos y programas de prevención en los ámbitos de educación, comunidad, laboral y tratamiento		Obj. Esp.6. Crear y fortalecer las Comisiones Municipales – COMUCUID para el desarrollo de acciones locales de Reducción de la Demanda
R1. 10 CORECUID creadas	R2. 15 CORECUID fortalecidas	R3. Creación de 3 Observatorios Sub-regionales, para el levantamiento de información sobre drogas		R4. 13 CORECUID con Comité Interinstitucionales conformados	R5. 15 Planes operativos en ejecución	R6. 15 CORECUID con programas implementados en los diferentes ámbitos	R7. Creación de COMUCUID en el 50% de los municipios a nivel nacional	R8. 100% de las COMUCUID creadas, fortalecidas	R9. COMUCUID con programas implementados en los diferentes ámbitos	

15.3. Proyecto: SAVIA Fase I (2007-2009)

La **matriz de planificación** utiliza la siguiente terminología por niveles: Objetivo principal (1), Objetivos específicos (3), Resultados (5, 2 y 3 para cada Objetivo específico) y Acciones para cada uno de los Resultados. El equivalente en matriz de planificación del Marco Lógico sería: Objetivo general, Objetivo específico, Resultados esperados y Actividades.

La lógica de intervención del proyecto no casa bien con el Marco Lógico, en tanto que el proyecto es el resultado de la combinación de dos intervenciones de distinto perfil:

- ▣ Una regional con su propia secuencia lógica y a través de la cual la cofinanciación de proyectos piloto y la mejora del nivel técnico del personal de programas en RDD conduciría un Objetivo específico no planteado. En ella los Objetivos específicos no serían tales, sino en realidad Resultados esperados, y su nivel inferior pasarían a ser Actividades.
- ▣ Otra intervención de carácter nacional que operaría de manera individual con su propio Objetivo específico y Resultados esperados.

Combinar ambas lógicas da como resultado que el proyecto: a) no acierte a formular un Objetivo específico que intermedie entre el Objetivo general (“Mejorar la salud...”) y los cambios fijados en el nivel inferior, por cuanto son de distinto calado, ámbito de actuación y no confluyentes entre sí; b) paralelamente, el proyecto fija 3 Objetivos específicos cuando el método de planificación del Marco Lógico establece un único Objetivo específico como referencia para los proyectos.

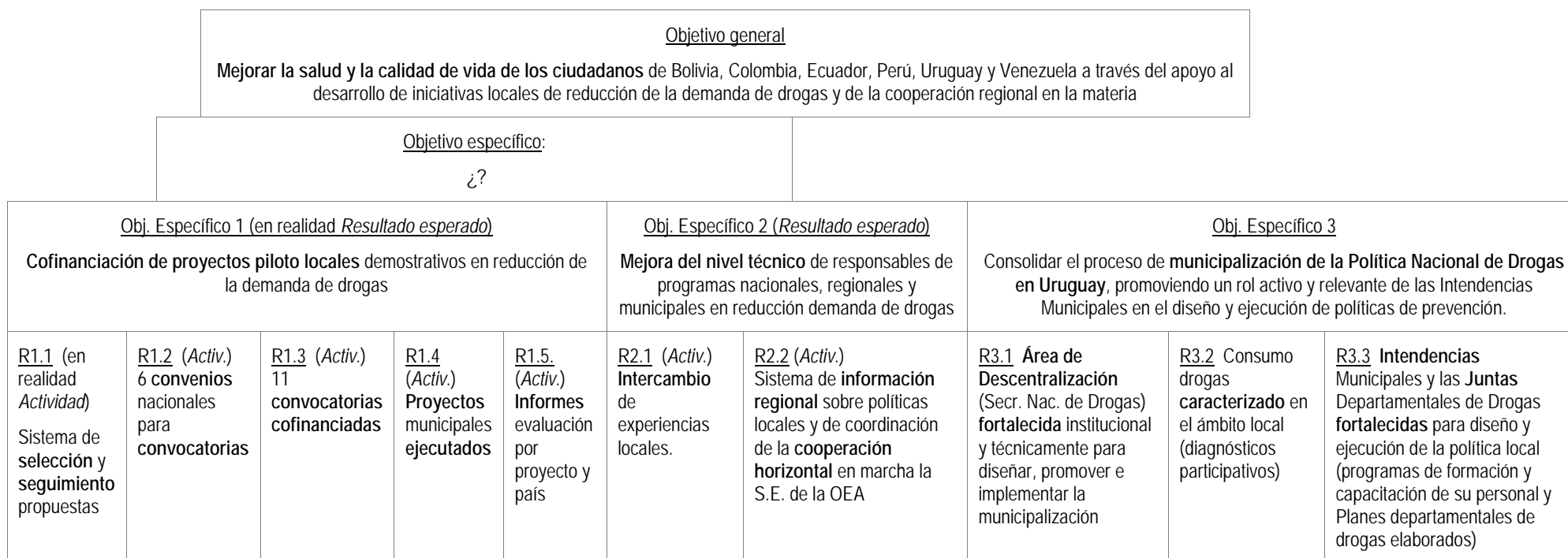
Se establecen **indicadores** y **factores externos** únicamente a nivel de las Actividades (Acciones) de cada uno de los Resultados esperados. Los indicadores (denominados “de seguimiento”) son la traducción en producto de las actividades puntuales. Así, para las actividades relacionadas con el abajo establecido como Objetivo específico 1, los indicadores son: i) Un documento técnico en el que se definan claramente los sistemas de evaluación y seguimiento de los proyectos municipales, necesario para comenzar a negociar la firma de convenios con las Comisiones Nacionales de Drogas; ii) Texto de las 6 propuestas redactadas; iii) 6 convenios firmados por las respectivas Comisiones Nacionales; iv) Texto de convocatoria redactado; v) Modelo de formulario redactado; vi) Número de convenios firmados entre los municipios participantes y la Comisión Nacional de Drogas correspondiente; vii) Presupuesto entregado a los municipios participantes para el desarrollo de sus proyectos; viii) Número de proyectos ejecutados. Número de beneficiarios directos e indirectos; ix) Número de municipios visitados. Informes de visitas de seguimiento sobre el estado de los proyectos; x) Número de informes locales de progreso recibidos; xii) Número de informes locales finales recibidos y conformes; entre otros

Para las actividades relacionadas con el denominado abajo como Objetivo Específico 2, los indicadores son del tipo: i) Reunión realizada; ii) Número de países, regiones y municipios participantes; iii) Sitio creado, número de experiencias recopiladas y presentadas, calidad de la información recogida; iv) Número de

participantes y de delegaciones y calidad del programa de trabajo; v) Número de pasantías, calidad de las propuestas de pasantías, informes de misión sobre conocimientos adquiridos; vi) Sitio creado, número de visitas por parte de los actores participantes, cantidad de información contenida, calidad de la información; vii) Número de boletines publicados, número de artículos originales elaborados; viii) Número de reuniones desarrolladas, informes de misión.

Finalmente, para el objetivo focalizado en Uruguay, los indicadores de sus actividades son: i) Documento de diseño institucional del área de descentralización; ii) Número de miembros participando activamente del Comité, iii) Plan de trabajo diseñado, iv) Modelo elaborado; v) Plan de capacitación diseñado; vi) Número de materiales diseñados, número de copias distribuidas; v) Guía elaborada, vi) Contratos realizados; vii) Diseño metodológico y protocolos elaborados; viii) Taller realizado, número de consultores locales capacitados; ix) Número de diagnósticos elaborados y avalados por la Junta Departamental y por la SND; x) Número de presentaciones, número de instituciones participantes en los eventos; xi) Número de eventos realizados; xii) 18 documentos aprobados por las intendencias.

La **lógica de intervención** reajustada de la propuesta inicial se representaría de la siguiente forma:

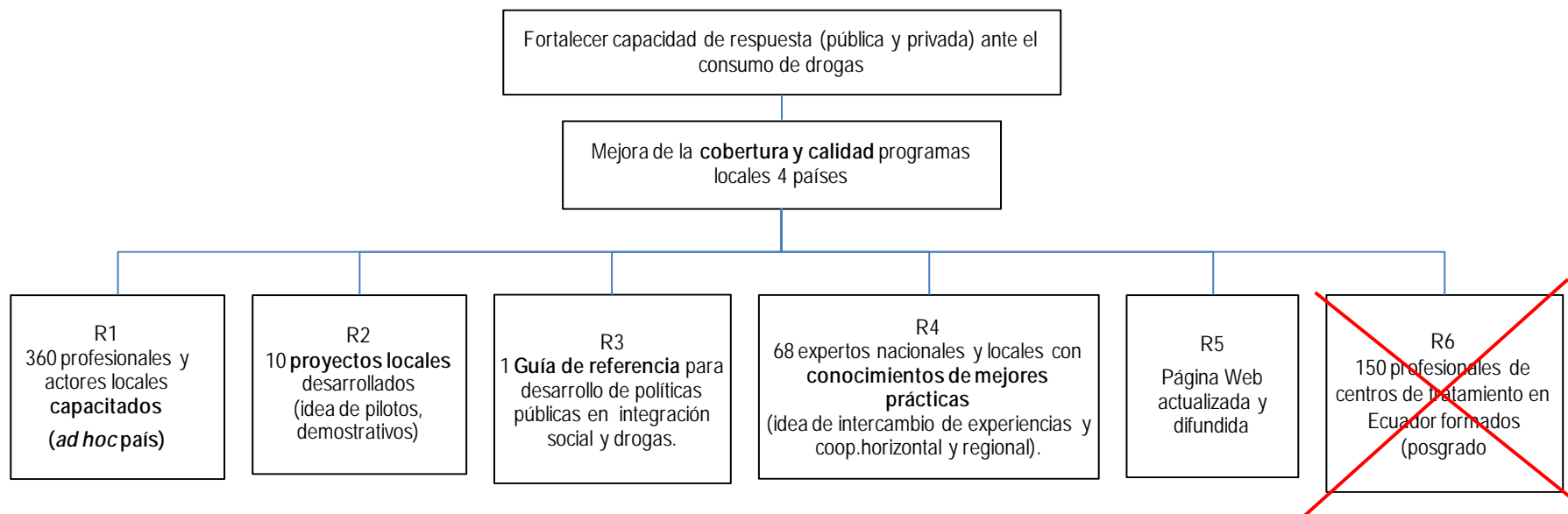


15.4. Proyecto: SAVIA Fase II (2011-2013)

El Proyecto SAVIA Fase II es el único que se acomoda al esquema del Marco Lógico. La **matriz de planificación** utiliza la siguiente terminología por niveles: Fin (1), Propósito (1), Productos (6) y Actividades para cada uno de los Productos. El equivalente en matriz de planificación del Marco Lógico sería: Objetivo general, Objetivo específico, Resultados esperados y Actividades.

4.1. Lógica del programa: matriz de planificación

La lógica de intervención es bastante coherente, si bien combina en el mismo nivel de 'Resultados esperados' cambios en las personas destinatarios o en los servicios prestados, con otros que representan productos a elaborar o actualizar. De estos últimos (Guía de referencia en integración social y drogas, y actualización de página Web) cabe preguntarse si son dos productos: a) que suman a algunos de los otros Resultados esperados; o b) son visibilizados para maximizar la oportunidad de financiación pero que en realidad no se integrarían dentro del proyecto, sino como una demanda muy específica e independiente. La lógica de intervención planificada se construye sobre los siguientes niveles:



Nota: Ha sido marcado en rojo el Resultado referido a Ecuador, por haber sido eliminado del proyecto posteriormente.

La robustez de la lógica del programa descansa en la respuesta a la pregunta siguiente: ¿en qué medida interrelacionan los distintos Resultados esperados/Productos? Esto es, ¿en qué medida los profesionales capacitados por cada CND de cada país (R1) interactúan con los proyectos locales (R2), conocen y manejan la Guía de referencia (R3), acuden a seminarios regionales y participan en pasantías, adquiriendo conocimiento de mejores prácticas (R4), consultan y manejan los recursos de la página Web (R5)? Si no se acumulan beneficios en el mismo público objetivo a nivel de Resultados, es difícil que se generen capacidades para provocar los cambios previstos en el OE. Desde esa perspectiva, parece evidente que:

- ❑ el R5 es instrumental y podría ser parte de cualquiera de los recursos de formación o combinarse con la Guía de referencia, otro recurso también instrumental disponible para los actores. En particular, el R5 no se entiende dentro del proyecto porque no aparece tampoco vinculado en el presupuesto (ni aporte AECID, ni OEA/CICAD).
- ❑ el R6 está descolgado y, en todo caso, debería integrarse en el R1 (si bien trata una temática específica, el tratamiento, y está previsto para un solo país). En todo caso, el R6 ha sido eliminado del proyecto.
- ❑ La relación más estrecha para garantizar algún efecto en el OE debería darse entre el R1, R4 y, en lo posible R2. Es decir, que **la mayoría del grupo de beneficiario debería ser el mismo**. Además, garantizar que tales actores beneficiarios se manejan con el resto de recursos instrumentales (R3 y R5).

La **lógica de intervención ajustada** a partir de la diseñada inicialmente se representaría de la siguiente forma:

Obj. General		
Fortalecer capacidad de respuesta (pública y privada) ante el consumo de drogas		
Objetivo Especifico		
Mejora de la cobertura y calidad programas locales de consumo de drogas 4 países		
<u>R1</u> 360 profesionales y actores locales capacitados (temas <i>ad hoc</i> en cada país) + <u>R6</u> 150 profesionales de centros de tratamiento en Ecuador formados (posgrado)	<u>R2</u> 10 proyectos locales desarrollados (pilotos, demostrativos)	<u>R4</u> 68 expertos nacionales y locales con conocimientos de mejores prácticas (intercambio experiencias y coop. horizontal y regional).
7 Activ. + 9 Activ.	10 activ.	6 Activ.
<u>R3</u> 1 Guía de referencia para desarrollo de políticas públicas en integración social y drogas. (3 Activ.) <u>R5</u> Página Web actualizada y difundida (1 Activ.) <i>Valorar como productos a qué problema responden y con qué resultados están relacionados.</i>		

4.2. Análisis de los indicadores

Se establecen, por primera vez, **indicadores** bajo un enfoque de resultado en los niveles de Objetivo específico (Propósito) y Resultados esperados (Productos). Se identifican Supuestos o **Factores externos** en los niveles de Objetivo específico (Propósito) y Actividades, no en el de Resultados esperados (Productos).

Como una muy buena práctica, en el documento de formulación (Pro Doc), además de la matriz de planificación, también se presenta una **matriz de monitoreo y evaluación** orientada por resultados. Esta matriz parte de los propósito y productos y de sus indicadores para fijar: i) el valor de la línea de base de cada indicador; ii) la meta a alcanzar por cada uno; iii) las fuentes que reportarían sobre su evolución; iv) la persona responsable de recopilar, analizar y divulgar la información; v) el método de análisis de la misma vi) la frecuencia en que es levantada la información; vii) la aplicación que se le dará; viii) el formato de divulgación; y ix) los usuarios finales.

Nivel	Indicadores previstos	Análisis y observaciones
PROPÓSITO Promover la mejora de la cobertura y calidad de los programas locales de consumo de drogas en Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay.	IOE1. El 50% de profesionales y actores locales formados en materia de consumo de drogas, en los 4 países participantes, trabajan en programas locales de reducción de la demanda de drogas al final del proyecto.	(Indicador que mide el efecto del R1 siempre y cuando la situación de partida fuese que no las personas destinatarias del proyecto no estuvieran trabajando y lo estén ahora gracias a la formación. Esto no es así. Los IPEP I y II reportan los mismos datos del IR1. Es decir, en la práctica no mide un cambio real de pasar de capacitación (R1) a trabajo (OE), ya que todos los que están formándose están ya trabajando). El IPEP III da cuenta de este error e indica que no dispone de la información. Si bien la línea de base de la "matriz de monitoreo y evaluación da cuenta de que el dato inicial es desconocido, indica también que se establecerá "en las inscripciones en los procesos de formación". Lo cierto es que tras algunos cursos de formación impartidos, se desconoce este dato.
	IOE2. Al menos 30.000 personas (*) de al menos 10 municipios de los 4 países participantes se han beneficiado de los proyectos locales de consumo de drogas, al final del proyecto (junio 2013).	Indicador que mide el efecto del R2. El proyecto asume como línea de base el valor cero (no beneficiarios antes de iniciarse SAVIA). Traslada a los informes de cada proyecto piloto la responsabilidad de reportar sobre el indicador. En los IPEP no hay información al respecto.
	IOE3. Al menos 4 programas nacionales y locales se han visto beneficiados y han mejorado sus enfoques y características tras las experiencias adquiridas en el marco de dichas pasantías, al final del proyecto (junio 2013) en los cuatro países participantes (1 por país)	Indicador que mide el efecto del R4. El indicador no es operativo, en tanto no especifica qué se entiende por haber "mejorado sus enfoques y características". Debería haberse operacionalizado tales conceptos para tener una pauta de medición u observación de los programas que diese cuenta de tal mejora.

Nivel	Indicadores previstos	Análisis y observaciones
<p>PRODUCTOS</p> <p>P1. Profesionales y actores locales en cada uno de los países participantes (Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay) capacitados en materias relacionadas con consumo de drogas en el ámbito local.</p>	<p>IR1. Al menos 360 profesionales y actores locales capacitados en materias relacionadas con consumo de drogas en el ámbito local al finalizar el proyecto.</p>	<p>El indicador no operativiza el fenómeno de cambio expresado en el Producto. Recurre al mismo concepto contenido en él ("capacitados"), con lo que indicador no cumple su función de indicar.</p> <p>Caben dos opciones:</p> <p>a) Operativizar el Producto hasta identificar las variables empíricas (observables, medibles) que permitan revelar una situación o comportamiento respecto de la capacitación adquirida. Pueden darse desde indicadores tangibles (certificado del egresado/a), hasta pruebas de conocimiento (superar un test al final de la formación). Ver indicador del Producto 6.</p> <p>b) Establecer una pauta operativa que relegue a la fuente de verificación la responsabilidad para informar sobre la capacitación efectivamente adquirida. Por ejemplo, en el caso de que la fuente de verificación fuese "<i>Informe de aptitudes de los egresados emitido por la entidad formadora</i>", se asumiría que tal informe establecería los criterios y pautas concretas para dar cuenta de la capacitación adquirida. En este caso, la fuentes de verificación es "<i>Registros de participantes locales en los cursos</i>". Es por lo tanto una fuente que informa sobre la realización de la actividad. No parece haberse previsto fuente de verificación que informe de los resultados en términos de capacitación adquirida.</p>
<p>P2. Proyectos locales (nº a definir por los países participantes y de acuerdo a los criterios de focalización) en los 4 países participantes, en materia de consumo de drogas, desarrollados.</p>	<p>IR2. Al menos un total de 10 proyectos locales en materia de consumo de drogas desarrollados, al final del proyecto (junio 2013) en los cuatro países participantes.</p>	<p>Al igual que en el caso anterior, el indicador no operativiza o hace medible el P2, recurriendo al mismo concepto contenido en el Producto como expresión del cambio que ha de medir. Un posible indicador debería fijar bajo qué criterios se entiende que un proyecto ha sido "desarrollado" (ej. cumplimiento de un 80% de las actividades previstas). De lo contrario, en tanto que la fuente de verificación es "<i>Informes intermedios y finales de los proyectos locales</i>", sea cual sea su estado, podría bastar con remitir un informe para dar cuenta del mismo.</p>
<p>P3. Guía referencial para el desarrollo de políticas públicas en materia de integración social y drogas en América Latina elaborada.</p>	<p>IR3.1 documento de guía referencial para el desarrollo de políticas públicas en materia de integración social y drogas elaborada en marzo 2012.</p>	<p>El carácter del Producto 3 no requiere más indicador que el mismo medio de verificación ("<i>Publicación de la guía</i>").</p>

Nivel	Indicadores previstos	Análisis y observaciones
<p>P4. Expertos nacionales y locales de los países participantes cuentan con conocimientos de mejores prácticas en políticas y programas locales de consumo de drogas en América Latina y España.</p>	<p>IR4.68 expertos nacionales y locales de los 4 países participantes participaron en programas de pasantías de corta duración en otros países de la región y en seminarios regionales sobre políticas locales de consumo de drogas, para el final del proyecto</p>	<p>El indicador no está referido al Producto, sino las actividades realizadas para lograrlo.</p> <p>“Participar” como indicador de asistencia a un evento formativo no hace referencia al logro del resultado en términos de “conocimientos” adquiridos. Por su parte, no queda claro si las fuentes de verificación previstas (“Archivos del proyecto: registros e informes de participantes” y “Informes de las pasantías”) han previsto reportar información que, más allá de la asistencia y valoraciones generales o de satisfacción, reporte acerca de los resultados en términos de capacitación adquirida)</p>
<p>P5. Página web del proyecto SAVIA actualizada y difundida entre los profesionales y actores nacionales y locales que trabajan en materia de consumo de drogas en Latinoamérica.</p>	<p>IR51. Página web actualizada en el primer semestre del proyecto.</p> <p>IR52. Al final del proyecto se habrá multiplicado por 4 (4.684 visitas anuales) el número de visitas desde países de América Latina a la web de SAVIA, respecto del inicio del proyecto (1171 visitas en el 2010).</p>	<p>Por el carácter del Producto 3, no se requiere más indicador que el mismo medio de verificación. En todo caso, falta fuente de verificación para el primer indicador.</p> <p>El indicador 2 es pertinente al resultado de difusión de la Web: Es decir el número de visitas como variable que indica la difusión alcanzada)</p> <p>La fuente de verificación del indicador 2 (“Registros de la web de SAVIA/CICAD/OEA”) es coherente la variable medible prevista en el indicador (“número de visitas”).</p>
<p>P6. Profesionales y operadores de centros de tratamiento ecuatorianos formados en un programa de maestría sobre tratamiento en adicciones. <i>(eliminado en revisión Mayo 2012)</i></p>	<p>IR6. 150 alumnos matriculados en la maestría, en las dos primeras promociones de la misma (55 egresados al final del proyecto y otros 55 un año después).</p>	<p>El indicador establecido es pertinente al resultado de “profesionales formados” La finalización de la maestría (egresado/a) como indicación de la formación adquirida, avalado por la fuente de verificación “Expedientes académicos de los estudiantes” es una pauta de medición coherente y, por otro lado, clásica y reconocida, para medir el resultado de los procesos de formación.</p>

Anexo 16. FICHA DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Conclusión 1. Un diseño con un completo modelo de actuación y visión estratégica que, sin embargo, es más propio de un plan de acción o estrategia a largo plazo que de un programa particular, programa que se resiente a la hora de responder a tales retos.
- Conclusión 2. El Programa SAVIA traducido en sus respectivos proyectos no estuvo bien dimensionado en extensión y alcance, ni adecuadamente focalizado: Su extensión y alcance no se ajustaba a los recursos disponibles, lo que mermaba su capacidad de influencia en los países; proponía una misma oferta de alcance nacional para diversos países con situaciones muy distintas.
- Conclusión 3. Aunque estaba presente en el enfoque, las iniciativas apoyadas no contemplaron la RDD de manera integrada sino que se centraron casi exclusivamente en la prevención, lo que resta valor añadido al programa y legitimidad al discurso.
- Conclusión 4. SAVIA reconocía la magnitud y complejidad de su reto pero no tuvo en cuenta la necesidad de contar y asegurar todos los apoyos necesarios, lo que a la postre redujo su alcance.
- Conclusión 5. Dadas estas capacidades, circunstancias y condicionantes, no era posible que SAVIA alcanzase su propósito.
- Conclusión 6. Un cambio de estrategia a mitad del programa: se pasa a priorizar la actuación directa (cofinanciar proyectos locales) cuando no se habían asegurado condiciones a nivel central, las vías de financiación, y la institucionalidad y el manejo de instrumentos en los municipios.
- Conclusión 7. Al saltarse la lógica previamente definida, las condiciones a nivel municipal eran débiles, por lo que SAVIA no pudo ejecutar pasos que resultaban importantes, concatenar los productos con las decisiones subsiguientes que debían propiciar y dotarlos de suficiente calidad.
- Conclusión 8. SAVIA ha tenido un diseño integral y una ejecución fragmentada.
- Conclusión 9. Una ejecución con débil encaje institucional y sin incentivos para la gestión por resultados.
- Conclusión 10. La labor de promoción e incidencia del primer Administrador, a modo de "asistencia transversal", permitió la sobrevivencia de SAVIA y aportó coherencia desde la óptica de los países.
- Conclusión 11. Los efectos de SAVIA por países no son los mismos: SAVIA cuenta con efectos claros en Uruguay y en Ecuador; en Perú, permitió reforzar la acción desconcentrada, pero la atribución de algunos productos y los efectos no está clara; en Colombia, se producen efectos de incidencia política.
- Conclusión 12. SAVIA ha permitido 'explorar' el nivel local, pero la exploración no siempre se hizo correctamente.

Conclusión 13. Los principales efectos de SAVIA lo sitúan como un programa acelerador o catalizador

Recomendaciones

Recomendación 1. Reflexionar, en el nivel de la estructura de la CICAD que resulte más adecuado, sobre el modo de hacer frente a sugerencias o peticiones de un donante que no coincidan plenamente con la línea de acción decidida internamente.

Recomendación 2. Diseñar intervenciones que realmente pueden llevarse a la práctica, o diseñar todos los componentes, pero elegir el que realmente se va a apoyar para marcar una diferencia. Tanto desde el punto de vista territorial, como desde el punto de vista de la intervención en la que se incidirá.

Recomendación 3. Intensificar el valor diferencial de la CICAD

Recomendación 4. Replantearse la conveniencia de la actuación a nivel municipal... pero si se opta por ella, que sea efectivamente demostrativa

Recomendación 5. Reforzar las posibilidades de obtener resultados sostenibles

Recomendación 6. Replantearse qué se puede hacer en formación

Recomendación 7. Ajustar específicamente los encuentros o seminarios internacionales

Recomendación 8. Aprovechar la oportunidad que puede suponer los cambios experimentados recientemente en SAVIA y replantearse el Programa en su totalidad

Recomendación 9. Integrar SAVIA en la estructura general de la CICAD, en el nivel que le corresponda

